

## Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yayın Kurulu

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı  
Dr. Şamih Demli  
Dr. Tolga İnce  
Stj. Dr. Berkan Kaplan  
Dr. R. Ekrem Kutbay  
Dr. Mehmet Özen  
Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz  
Dr. Emrah Şeyhoğlu  
Prof. Dr. Songül Yalçın  
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
Dr. Yılmaz Yıldız  
Dr. Adnan Yüce

## Bilimsel Danışma Kurulu

## Adli Tıp

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

## Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

## Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

## Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)  
Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)  
Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)  
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)  
Yrd. Doç. Dr. Esra Önal

Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

## Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Kula

## Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

## Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

## 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. Aylin Sena Beliner

Dr. Alper Büyükkakkuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

## Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sankaya

## İç Hastalıklar

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

## Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

## Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

## Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

## Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

## Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

## Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nevruz Gürceğiz

Dr. Nesrin Erbüür

Dr. Mesut Yıldırım

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Eriş Bilaloğlu

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4

Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

## Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.

İkitelli Organize Sanayi Bölgesi İpkas Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi:

## Araştırma / Research

## İş Kazaları Hakkında Bilgi Kaynağı

## Olarak Sosyal Sigortalar

## Kurumu Hastanesi Acil Servis

## Kayıtlarının Değerlendirilmesi

134

Dr. Işıl Ergin, Dr. H. Aslı Davas,

Dr. Hür Hassoy, Dr. Gülden Aykanat

## Ankara'da bir Eğitim Hastanesinin Üroloji

## Kliniğine Başvuran Enürezis Noktürna'lı

## Çocukların Bazı Kişisel ve Ailesel

## Özelliklerinin İncelenmesi

141

Dr. Hakan İstanbulluoğlu, Dr. Bilal Bakır,

Dr. Turgay Ebiloğlu, Dr. Sevilay Örs,

Dr. Murat Dayanç

## Bir Sağlık Ocağına Kayıtlı 40-59

## Yaş Grubu Kadınların Menopoz Yakınmaları

## Ve Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma

## Durumları

149

Dr. Aynur Kızılırmak, Dr. Ümit Seviğ

## Hizmet-içi Eğitim Programında Yer Alan

## Çocuk Sağlığıyla İlgili Bilgilerin ve

## Uygulamaya Yansımalarının

## Değerlendirilmesi

155

Dr. Şenay Çetinkaya

## Doğum Sonu Dönemde Primipar Anne ve

## Ebe/Hemşirelerin Eğitim Önceliklerinin

## Karşılaştırılması

163

Kamile Altuntuğ, Dr. Ali Acar

## Derleme /

## Türkiye'deki Sağlık Politikaları ve Tüberküloz Kontrolü Üzerine Etkisi

Dr. Filiz Hisar, Dr. Kemal Macit Hisar

169

## Olgu Sunumu / Case Report

## Pseudo Prune Belly Sendromu:

## Olgu Sunumu

175

Dr. Mehtap Acar, Dr. Pelin Zorlu,

Dr. Saliha Şenel, Dr. Şenay Çoban



Kapak Fotoğrafı

"Narlı Nine"

Dr. Esat Ünlü, Nazilli

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2010

Başarı Ödülü



### Merhaba,

Dr. Ergin ve arkadaşları "İş Kazaları Hakkında Bilgi Kaynağı Olarak Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi Acil Servis Kayıtlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmalarında İzmir Tepecik SSK Eğitim Hastanesi Acil Servis kayıtlarının istatistiklere ne düzeyde katkıda bulunduğunu saptamayı, bu örnek üzerinden ülkemizde iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili mevcut kayıt sisteminin kazalar açısından irdelenmesini ve politika yapıcılara konuya ilişkin öneriler getirilmesini amaçlamıştır. Araştırmacılar SSK Acil Servislerinden edinilen verilerin Türkiye'de iş kazası sıklığının saptanmasına Acil Servis kayıtlarının büyük katkı sağlayabileceğini gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Dr. İstanbulluoğlu ve arkadaşları "Ankara'da bir Eğitim Hastanesinin Üroloji Kliniğine Başvuran Enurezis Nokturna'lı Çocukların Bazı Kişisel ve Ailesel Özelliklerinin İncelenmesi" isimli çalışmaları GATA Üroloji Polikliniği Ürodinami Laboratuvarına başvuran EN tanısı almış hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Daha önceki araştırmalarda rastlanmayan fakat bu araştırma kapsamında araştırılan iki önemli konu EN'li çocukların spor yapma durumları ve televizyon seyretme süreleridir. Bu konuların yapılacak kapsamlı araştırmalarla incelenmesinin EN'nin patogenezi ile ilgili yeni ufuklar açabileceği değerlendirilmektedir.

Dr. Kızılırmak ve Dr. Seviş "Argıncık Sağlık Ocağına Kayıtlı 40-59 Yaş Grubundaki Kadınların Menopoz Yakınmaları ve Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma Durumu" isimli araştırmalarında kadınların %81.8'nin ateş basması, %79.2'sinin unutkanlık, %73.5'nin eklem ağrısı %69.0'nun sinirlilik, %63,7'sinin sırt ağrısı gibi menopozal yakınmaları yaşadığı, buna karşın %70.8'inin sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir. İhmal ve gereksiz görmenin yanı sıra, maddi durum yetersizliği, hastane ortamından memnuniyetsizlik ve sağlık personelinin ilgisizliği kadınların sağlık kuruluşuna başvurmasını engelleyen nedenler olarak belirlenmiştir. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların başvuru nedenleri daha çok ateş basması, gece terlemesi, unutkanlık, sinirlilik, eklem ağrısıdır. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların hemen hepsine bir tedavi

önerilmiştir. Ancak kadınların %20.7'si önerilen tedaviye başlamamış, başlayanların %56.2'si önerilen tedaviyi 1-6 ay arası uygulayıp bırakmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kadınlara danışmanlık ve uygun eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Dr. Çetinkaya "Hizmet-içi Eğitim Programında Yer Alan Çocuk Sağlığıyla İlgili Bilgilerin ve Uygulamaya Yansımalarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında evren Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve hemşire yöneticileri oluşturmuş, örneklem alınmamış, evrenin tamamına ulaşmıştır. Eğitim tamamlandıktan bir ay sonra eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anket formu ile değerlendirilmiştir. Klinikte çalışan hemşire, ebelerin ilgisini çekecek konuların seçimi ve anlatılanların uygulamaya yansıtılabilecek özellikte olması eğitimi olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Dr. Filiz Hisar ve Dr. Kemal Macit Hisar "Türkiye'deki Sağlık Politikaları ve Tuberkuloz Kontrolü Üzerine Etkisi" isimli makalede Türkiye'de tuberkuloz kontrol politikalarını incelemek ve gelecekteki tuberkuloz politikalarına ışık tutmak amacıyla yazılmıştır. Türkiye'de tuberkulozun seyri ve günümüzdeki durumu hakkında yeterli verilerin olabilmesi için kapsamlı çalışmaların yapılması ve belirlenecek politikaların bu verilere dayandırılmış olması gerekmektedir.

Dr. Altuntuğ ve Dr. Acar "Doğum Sonu Dönemde Primipar Anne ve Ebe/Hemşirelerin Eğitim Önceliklerinin Karşılaştırılması" isimli çalışmalarında primipar anneler ile doğum sonu bakım veren ebe/hemşirelerin doğum sonu bakıma ilişkin önceliklerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı yapılmıştır.

Çalışmada anneler ile ebe/hemşireler arasında yenidoğanın bakımı konusunda önceliklerin farklı olmadığı, doğum sonu anne eğitimi ile ilgili genel sıralamada önceliklerin farklı olduğu saptanmıştır. Daha etkili bir doğum sonu eğitim için; kısa süreli hastanede kalan annelerin eğitimlerinin yalnızca ebe/ hemşireler açısından planlanmaması, annelerin bakım gereksinimlerinin önceliklerinin de dikkate alınmasının önemli olduğu bulunmuştur.

**Bilimsel ve dostça kalın.**



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ndedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtları ve hekim günlükleri yayımlanır.

## Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

**1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazıya hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "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.

**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 150-250 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, gerekece belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

**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. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

**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 desteklediği 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. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

### Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased 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 -Verlag; 1988. p.521-32.

### Web Sitesi

Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

### Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

[http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

**9. Tablolar:** Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. 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 özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, aynı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift aralıklı listelenmesi gereklidir.

### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ üst ya da 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.

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

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

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiyeye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve diskiyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

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](http://www.ttb.org.tr/STED) adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**)

Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunaliğil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na 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](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: [http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

# İş Kazaları Hakkında Bilgi Kaynağı Olarak Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi Acil Servis Kayıtlarının Değerlendirilmesi

The Assessment of the Emergency Department Records of Social Insurance Organization Hospital as a Resource for Occupational Accidents

Araştırma



Research

*Dr. Işıl Ergin\*, Dr. H. Aslı Davas\*, Dr. Hür Hassoy\*,  
Dr. Gül den Aykanat\*\**

Geliş Tarihi: 23.09.2011  
Kabul Tarihi: 10.10.2011

## Öz

**Giriş ve Amaç:** İş kazalarının önlenmesi için kapsayıcı, ayrıntılı iş kazası kayıtlarına gereksinim vardır. Bu kayıtların iyileştirilmesinin iş sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesinde çok önemli rolü olduğu bildirilmektedir. Bu çalışma İzmir Tepecik SSK Eğitim Hastanesi Acil Servis kayıtlarının istatistiklere ne düzeyde katkıda bulunduğunu saptamayı, bu örnek üzerinden ülkemizde iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili kayıt sisteminin kazalar açısından irdelenmesini ve politika yapıcılara konuya ilişkin öneriler getirilmesini amaçlamıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışmada 1-30 Haziran 2004'te SSK Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ndeki 15467 başvurunun tamamı, Sigorta Servisindeki 605 kayıt, SSK Bölge Müdürlüğü Tepecik Sigorta Ödeme Bürosundaki 471 dosya iş kazaları sayısı ve içerdikleri bilgiler açısından incelenmiştir.

**Bulgular:** Toplam 936 iş kazası kaydı saptanmış olup veri kaynağı olarak, yalnızca acil servis olanlar (%50.2), yalnızca SSK bölge ödeme bürosu olanlar (%26.6) ve her ikisi olanlar (%23.2) bulunmaktadır. Tüm kaynaklarda yaş, cinsiyet, kaza, yaralanma tipi, vücut bölgesi, işkolu kodu bilgilerinin neredeyse tamamı bulunurken, kayıp işgünü sayısı, kaza saati, işe başlama tarihi ve saati gibi bilgiler acil servis kayıtlarında sınırlı ya da yoktur.

**Sonuç:** SSK acil servislerinden edinilen veriler, Türkiye'de iş kazası sıklığının saptanmasına acil servis kayıtlarının büyük katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Acil servis formlarında ve uygulamada yapılacak değişikliklerle buradan elde edilecek bilgi azımsanmayacak boyuttadır.

**Anahtar sözcükler:** İş kazası, Kaza kayıt, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bildirim sistemi

## Giriş

Her yıl göz ardı edilemeyecek sayıda insan, önlenbilir ve hukuken de önlenmesi zorunlu olan iş kazaları ve meslek hastalıklarından yaşamını yitirmekte ya da engelli duruma gelmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (UÇÖ) göre; her yıl yaklaşık 115 milyon kişi iş

## Abstract

**Introduction and Aim:** In order to prevent occupational accidents, it is necessary to have comprehensive and detailed accident records. The improvement of these records have a crucial role in promoting occupational health and safety. This study has aimed to determine the level of contribution of İzmir Tepecik SIO Hospital Emergency Medicine Service (EMS) records to accident statistics, and by way of this example, also to examine our country's records on occupational health and safety, and provide suggestions to policy makers regarding this matter.

**Method:** For this cross sectional study, 15467 patient medical records who attended EMS of SIO hospital at 1-30 June in 2004 (all admissions), 605 records at the Insurance Service and 471 accident notifications at Social Security Office (SSO) of the same period were examined for the number of accidents and their contents.

**Results:** A total of 936 occupational accident reports were encountered, the data source of which were only EMS (%50.2), only SSO(%26.6) or both (%23.2). In all sources, age, sex, accident, injury type, injury location, code of work were almost totally included; while lost working days, time of the accident, initial date and hour at work were present in a limited number of records at EMS or were completely missing.

**Conclusion:** The results indicate that, the data received from emergency services can be of great contribution to determine the frequency of occupational accidents in Turkey. The amount of information that will be gathered via implementing changes for the forms and practices at the Emergency Departments is greatly significant.

**Key words:** Occupational accidents, accident records, Social Insurance Organization, notification system

kazası geçirmekte, her gün yaklaşık 5000 kişi iş kazası nedeniyle yaşamını yitirmektedir (1). UÇÖ'ye göre 1000 çalışandan 42'si kaza geçirmekte, 100 bin çalışandan 8.3'ü işe bağlı nedenlerle ölmektedir (2).

\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

\*\*İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Ülkemizde ise işe bağlı beklenen kaza ve hastalık tahminlerinin çok altında saptamalar yapılabilmektedir. Türkiye'de 35-105 bin arasında beklenen meslek hastalığına karşılık 2008 itibarıyla yalnızca 539 meslek hastalığı bildirimi bulunmaktadır (3). Kazalar açısından da DSÖ'nün 2009 tahminlerinin çok gerisinde olan bildirilmiş kaza sayısı 64316'dır. Bunlardan %41.6 sı yüzeysel ya da açık yaralanmalar, %22.9'u ezilmeler ve %14.3'ü kırıklardır. Veriler bu kazaların ağırlıklı olarak madenler ve metal işleme birimlerinde gerçekleştiğini göstermektedir (4). Türkiye'de iş kazalarının yaklaşık %90'ı geçici bir engellilik durumuna neden olurken, %2.5-3.5'unda kalıcı sakatlık meydana gelmektedir (5). İş kazalarının sektörel dağılımı incelendiğinde; metal sektörü %15, maden sektörü %9, inşaat sektörü %7.6 ile ilk üç sıradaki sektörler olarak karşımıza çıkmaktadır. (6). 2009'da meydana gelen iş kazalarının %36.2'si 1-9 işçi çalıştıran işyerlerinde, %27.1'i 10-49 işçi çalıştıran işyerlerinde, %19.8'i 50-249 işçi çalıştıran işyerlerinde yani iş kazalarının toplam olarak %83.0'ü KOBİ'lerde meydana gelmektedir. Kaza oranı 1-3 çalışanı olan işyerlerinde en yüksektir (%1.27). Geçici iş günü kaybı en sık 7-13 gün olarak hesaplanmıştır (4). Yasal olarak bildirim zorunlu olduğu iş kazaları üç günün üzerinde iş günü kaybına neden olanlar olup üç günden az olanlar zorunlu bildirim dışında kalmakta ve bu nedenle de sıklıkla bildirilmemektedir. Böylelikle bildirim istatistiklerine yansıyan iş kazaları genellikle ağır ve hatta ölümcül olanlar olmaktadır. Hafif travmalar, özel bir sağlık bakımı gerektirmeyenler, çoğunlukla bildirilmemekte ve olası kaza nedenlerine yönelik yapılabilecek önleyici girişimleri güçleştirmektedir. İş kazalarına bağlı ölüm sayısı ise 2009'da 1171'dir (4). Bu ölümler Avrupa ile karşılaştırıldığında Türkiye son üç yılda hep ilk üç sırada yer almaktadır (7). Bu 1171 ölümlü kaza, iş sağlığı ve güvenliği açısından önemli sorunların olduğuna ve gizli kalan, bildirim yansımayan pek çok olgunun da varlığına işaret etmektedir.

Türkiye'de iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin veriyi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) toplamaktadır. Bu kurum, toplam 25 milyonluk işgücünün sosyal güvence sahibi olan 8,5 milyonunu

kapsamakta ve önemli oranda çalışan nüfusun, iş kazalarını toplamakla ilgili eksikliğin başlangıç noktasını oluşturmaktadır (8). İş kazalarıyla ilgili ulusal istatistikler, işveren bildirimleri ve tazminat bürolarına başvuru kayıtları esas alınarak yapılmaktadır. Özellikle küçük ve orta ölçekli işletmelerde iş kazası kayıtları tutulmamaktadır, düzenli değildir ya da güvenilirliği tartışmalıdır. Çalışanlar da çeşitli nedenlerle tazminat başvurusunda bulunmamaktadır. Bununla birlikte, iş kazalarının büyük çoğunluğu hastanelerin acil servislerine başvurmakta ve burada kayıtları tutulmaktadır.

1998'de UÇÖ'nün düzenlediği uzmanlar toplantısında, iş kazalarının önlenmesi için kapsayıcı, ayrıntılı iş kazası kayıtlarının gerekli olduğu ve bunun iş sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesinde çok önemli bir yeri olduğu vurgulanmıştır. Yaralanma olgularının dağılımı, farklı yaralanma tipleri ve sıklıkları kazaların nerelerde yoğunlaştığı ve şiddeti konusunda bilgi sağlayarak koruyucu önlemlerin temelinin oluşturmaktadır. Sık görülen kaza tipinin belirlenmesi öncelikle nereye müdahale edileceğini belirlemektedir. İş kazaları istatistikleriyle ilgili bilgiler iş sağlığı ve güvenliği alanındaki iyileşmelerin ve bozulmaların izlenmesine olanak sağlamaktadır (9).

İş kazalarının bildirimi bu derece önemli olmasına, ulusal ya da uluslararası alanda gösterilen tüm çabalara karşın bildirimler gerçek kaza düzeyini yansıtamamaktadır. ILO'ya ulaşan bildirimlerin tüm kazaların yalnızca %3.9'u olduğu tahmin edilmektedir. Bildirimlerin etkin bir biçimde yapılması bilincinin gelişmediği ülkelerde bildirim ya hiç yapılmamakta ya da oldukça düşük düzeylerde yapılmaktadır (10). İş kazası maliyetinin işveren ve çalışan açısından yüksek olması bildirimlerin yapılmamasına neden olmaktadır. Oysa istatistiki veri, kazaların önlenmesi ve işyerinde güvenliğin sağlanabilmesi açısından "başlangıç noktası" olarak tanımlanmaktadır (1).

İşsizliğin çok olduğu, sigorta sistemlerinin yeterince gelişmediği ya da kapsayıcılığının düşük olduğu ülkelerde, iş kazası bildirimlerinin hiç denecek düzeyde düşük olduğu ve iş kazası kayıtlarına ancak acil servislerden ulaşılacağı gösterilmiştir (11). Literatürde acil servislerde özellikle sigortasız

çalışanlara ilişkin pek çok iş kazası bilgisinin bulunduğunu ve acil servislerdeki kayıt sisteminin iş kazası verisinin toplanabilmesi için uygun duruma getirilmesinin önemini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (12). Fakat sağlık kurum kayıtlarının da bu açıdan geliştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık kurumları tarafından iş kazası ve meslek hastalıklarının tanınmasının önündeki engeller, hekimin eğitimsizliği nedeniyle sağlık sorununun işle ilişkisini kuramaması, hekimin bildirimle zaman kaybetmek istememesi, hekim ya da sağlık kurumlarının bildirim sistemlerini yeterince tanımamasıdır (13).

Bu çalışma da, İzmir Tepecik SSK Eğitim Hastanesi Acil Servis kayıtlarının istatistiklere ne düzeyde katkıda bulunduğunu saptamak ve bu örnek üzerinden ülkemizde iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili kayıt sisteminin kazalar açısından irdelenmesi; politika yapıcılara konuya ilişkin öneriler getirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırmada 2004 yılı Haziran ayı içinde SSK Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisindeki 15467 başvuru (tamamı), Sigorta Servisindeki 605 kayıt, SSK Bölge Müdürlüğü Tepecik Sigorta Ödeme Bürosu'ndaki 471 dosya iş kazaları sayısı ve içerdikleri bilgiler açısından incelenmiştir.

SSK Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2005 yılındaki Sağlık Bakanlığı'na devrin öncesinde İzmir'de SSK'lı çalışanların ayakta ve yatarak sağlık hizmeti almak konusunda

öncelikli başvuru noktası olmuştur. 2003 yılında 911 yatak kapasitesine sahip olan kurum acil sağlık hizmetleri açısından da SSK lı nüfusa yoğun bir hizmet sunmaktadır. SSK lı çalışanların bu dönemde iş kazaları olduğunda başvurabileceği SSK hastaneleri içinde en kapsamlı hizmeti sunan ve en büyük yatak kapasitesine sahip olanıdır. (Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi-433 yatak, SSK İzmir Eğitim Hastanesi-725 yatak, SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hast-275 yatak) (14).

Araştırma döneminde, acil servisten toplanan verinin İzmir'de kamudaki yataklı tedavi kurumlarına başvuran iş kazaları açısından önemli bir temsiliyeti olduğu belirtilebilir. Kaza verisinin kayıt ve akış yoluna bakılacak olursa; Acil serviste kazanın iş kazası olduğu belirlenmesinin ardından, hastanın dosyası Sigorta Servisi'ne ulaştırılmaktadır. Dosya gerekli inceleme ve kayıtları daha sonra SSK Bölge Müdürlüğü Tepecik Sigorta Ödeme Bürosu'na iletilmektedir.

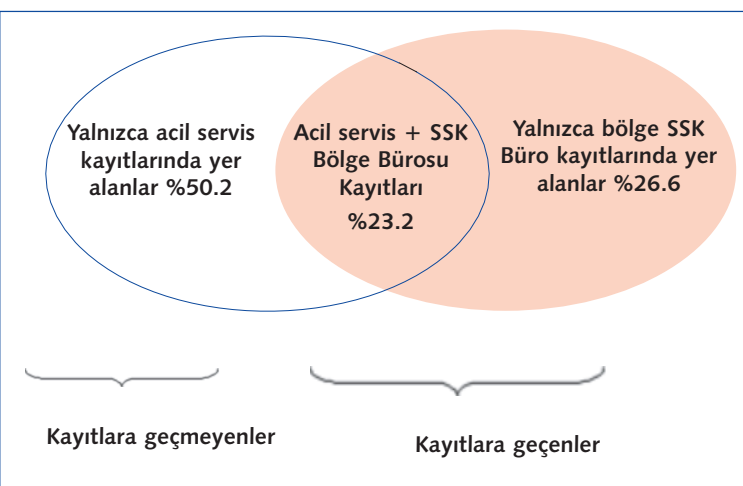
Araştırmacılar bu üç birimde dosyaları incelerken oluşturdukları veri formuna, yaş, cinsiyet, sigortalı sicil no, işyeri sicil no/iş kolu, kaza tipi, yaralanma tipi, yaralanan vücut bölgesi, kaza tarihi, kaza saati, uygulanan tedavi, yaralanma aleti, kayıp iş günü sayısı, işçi sayısı, sigortalının yaptığı iş, iş başı saati, işe giriş tarihi verilerini girmiştir. Araştırma kapsamında, acil servis kayıtlarında iş kazası olarak kabul edilenler; 1. iş kazası kodlu olanlar, 2. muayene formunda iş kazası olarak belirtilenler ya da 3. muayene formunda iş kazası olduğu araştırmacılar tarafından saptananlar (makine kaptı, çapak kaçı vb.) olmuştur.

Kaza bilgileri UÇÖ sınıflamalarına göre kodlanmıştır. Mükerrer kayıtlar excelde fonksiyon yazılarak ve SPSS 11.5 programı kullanılarak ayıklanmıştır.

### Bulgular

Tüm veri kaynakları tarandığında toplam 936 iş kazası kaydına ulaşılmıştır. İş kazası geçirenlerin %91.8'i erkektir. Yaş ortalamaları  $31.29 \pm 8.50$ 'dir (14-64). Kayıp işgünü medyanı 9'dur (1-50). Kazaların %72.4'ü 08:00-16:00 saatleri dışında gerçekleşmiştir. Yaralanmaların %40'ı üst ekstremiteler yaralanmasıdır.

Şekil 1. İş kazası kayıtlarının kaynaklara göre dağılımı (%)



**Tablo 1.** Kaza kayıtları için gerekli olan değişkenlerin kayıtlara geçme durumuna göre dağılımı

	SSK kayıtlarına geçmeyen (yalnızca acil servis başvurusu)			SSK kayıtlarına geçen		
	Var (n)	Yok (n)	Var (%)	Var (n)	Yok (n)	Var (%)
	Vizite kağıdı	320	138	69.9	146	69
Sigortalı sicil no	441	29	93.8	466	0	100.0
İşyeri sicil no/işkolu	5	465	1.1	444	22	95.3
Yaş	459	11	97.7	458	8	98.3
Cins	470	0	100.0	466	0	100.0
Kaza tipi	216	254	46.0	442	24	94.8
Yaralanma tipi	464	6	98.7	461	5	98.9
Yaralanan vücut bölgesi	461	9	98.1	455	11	97.6
Kaza tarihi	470	0	100.0	465	1	99.8
Kaza saati*	469	1	99.8	455	11	97.6
Uygulanan tedavi	459	11	97.7	466	0	100.0
Yaralanma aleti	4	466	0.9	266	200	57.1
Kayıp iş günü sayısı	0	470	0.0	406	60	87.1
İşçi sayısı	2	468	0.4	364	102	78.1
Sigortalının yaptığı iş	2	468	0.4	380	86	81.5
İşbaşı saati	1	469	0.2	393	73	84.3
İşe giriş tarihi	2	468	0.4	457	9	98.1

**Tablo 2.** Yaralanma tiplerinin kayıtlara göre dağılımı (n=925)

Yaralanma Tipi	SSK kayıtlarına geçmeyen		SSK kayıtlarına geçen	
	Sayı	%	Sayı	%
Kırıklar	40	41.7	56	58.3
Kas zorlanmaları ve yumuşak doku travması	200	48.7	211	51.3
Amputasyon	4	40.0	6	60.0
Derin yaralanmalar	50	40.7	73	59.3
Yüzeysel yaralanmalar	134	69.1	60	30.9
Kontüzyon ve "crush" yaralanmaları	15	34.9	28	65.1
Yanıklar	8	25.8	23	74.2
Diğer	13	76.5	4	23.5
Toplam	464	50.2	461	49.8

İş kazası kayıtlarının kaynaklara göre dağılımı Şekil 1'de sunulmuştur. Bu kazaların veri kaynakları 1. yalnızca acil servis (%50.2), 2. yalnızca SSK bölge ödeme bürosu (%26.6) ve 3. her ikisidir (%23.2). SSK Tepecik Hastanesindeki kaza kayıtlarının yalnızca yarısı istatistiklere geçmektedir.

Kaza kayıtları için gerekli olan değişkenlerin kayıtlara geçme durumuna göre dağılımı Tablo 1'de, yaralanma tiplerinin kayıtlara göre

dağılımı Tablo 2'de özetlenmiştir. Tüm kaynaklarda yaş, cinsiyet, kaza, yaralanma tipi, vücut bölgesi, işkolu kodu bilgilerinin neredeyse tamamı bulunurken, kayıp işgünü sayısı, kaza saati, işe başlama tarihi ve saati gibi bilgiler acil servis kayıtlarında sınırlı ya da yoktur. Yüzeysel yaralanmalar %69.1'i SSK kayıtlarına yansımamıştır. Bunu yanı sıra toplam 10 amputasyon olgusundan 4'ü sigorta kayıtlarında yer almayıp yalnızca acil servis kayıtlarından elde edilmiştir.

## Tartışma

SSK Tepecik Hastanesi'ndeki kaza kayıtlarının yalnızca yarısı istatistiklere geçmektedir. Kayıt altına alınan kazalarda da kayıp işgünü sayısı, kaza saati, işe başlama tarihi ve saati gibi müdahale planlama açısından kritik önemi olan verilerde önemli kayıplar bulunmaktadır. Beklendiği gibi, yüzeysel yaralanmaların ve işgünü kaybı daha az olma olasılığı olan yaralanmaların kayda geçme oranı daha düşük olmuştur. Çünkü, 2004 yılında iş kazalarını bildirme zorunluluğu, üç günden fazla olan yaralanmalarda söz konusu idi. On amputasyondan dördünün, yalnızca SSK kayıtlarında yer alması, SSK acil servislerinden edinilen verilerin iş kazası kayıtlarının iyileştirilmesi yönünde büyük katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışma, var olan kayıtlara ilişkin bir kontrol işlemini gerçekleştirmiş ve resmi kayıtların içinde olabilecek eksikleri, yanlışlıkları ortaya koymuştur. Bu araştırma yalnızca bir hastanede ve bir aylık kayıtlar incelenerek yapılmıştır. Bir aylık bir dönemi kapsıyor olması en önemli sınırlılığı olup mevsimsel ya da yıl içinde farklı aylarda oluşabilecek değişiklikleri (örneğin mevsimlik işçi sayılarında artış olabilecek dönemler) bu nedenle yansıtmamaktadır. Ancak bu çalışma, ilgili dönem itibarıyla kaza kayıtlarının kaynağı olan bir kurum ile kaza kayıtlarının son noktası olan kurum arasındaki veri akışını incelemiş ve bir kayıt kontrol işlemini gerçekleştirmiştir. Tıbbi hizmet gerektiren yaralanmaların ne kadarının bildirim zorunlu olduğu kuruma aktarılıp, ne kadarının aktarılmadığı konusunda bilgi vermektedir. Ancak, tıbbi gereksinim duyulmayan iş kazaları yine kapsama alanımız dışında kalmıştır. Bu nedenle, çalışmanın vurgusu tüm kazaların bildirimine ilişkin bir genellemeden daha çok, tıbbi yardıma gereksinim duyulanların nasıl bir veri akışı izlediğini gösteren bir değerlendirme olmaktadır. İş kazalarını önleme açısından ramak kala kazaların önemi ise unutulmamalıdır.

Türkiye'de kaza istatistikleri yalnızca SSK'lı olanları yansıtmaktadır. 5510 nolu yasa ile buna Bağ-Kur'lular da eklenmiş olmakla birlikte, henüz Bağ-Kur kaynaklı bildirimlerle ilgili bir rapor yayımlanmamıştır. Yani çalışanların neredeyse üçte birine ait iş kazaları, işgünü kaybına bakılmaksızın

kaydedilmemektedir. Bunun yanı sıra, çalışanların dörtte üçü kırsalda herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmaksızın çalışmaktadır. Ayrıca iş sağlığı güvenliği birimi olan kurumlarda çalışanlar da nüfusun yalnızca %12-15'ini oluşturmaktadır (8). Yücel ve arkadaşlarının hazırladığı ülke raporunda, kapsayıcılıktaki bu sorun, iş sağlığı ve güvenliği sağlık hizmetlerinin önündeki önemli engellerden biri olarak tanımlanmıştır (8). Dolayısıyla kaza istatistikleriyle ilgili olarak SSK/SGK istatistiklerinin de kapsayıcılığının düşük olduğunu belirtmek olanaklıdır. Kapsayıcılığı genişletmek için ek kaynaklar ve yöntemler bulunmalıdır.

Avrupa Birliği İstatistik Bürosu'nun 1998'de yürüttüğü bir çalışmaya göre, üç günden fazla işgünü kayıplı kazalar için 15 üye ülkenin bildirim düzeyleri %91.5 olarak saptanmış, üye üç ülkede bildirim düzeylerinin %41-56 arasında değiştiği gösterilmiştir. Pransky ve arkadaşlarının; farklı sektörlerde çalışanlarda yürüttükleri araştırmalarında, grubun %85'ten fazlasının iş kazalarını bildirmedeği saptanmıştır (11). İş yerinde gerçekleşen kazaların yalnızca %68-78'inin (15,16) OSHA ya da iş istatistikleri ulusal kaza kayıt sistemlerine yansıdığı bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yalnızca ölümcül kazaların rapor edilmesinin bir eğilim olduğu da bildirilmektedir (17). Türkiye'de de tıbbi müdahale gerektiren ciddi yaralanmaların bildirildiği, ancak pek çok yaralanmanın da bildirim dışı kaldığı görülmektedir. SSK istatistikleri yanı sıra, yasal ve adli prosedürlere yansımaları da oldukça kötü düzeydedir. Günay ve arkadaşlarının Sivas'ta gerçekleştirdikleri çalışmada, Sivas ilinde 1991 - 1994 yılları arasında toplam 2940 iş kazası meydana geldiği, 1991 - 1995 yılları arasında Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne yansıyan ölümlü ve ölümsüz iş kazası sayısının ise 114 olduğu saptanmıştır (18). Acil servise başvuran iş kazalarının kaydedilmek bir yana, adli olgu olarak bildirilme olasılığı bile düşüktür (19).

Ülkemizde resmi olarak yayımlanan kaza kayıt verilerinin sağlıklı olmadığına ilişkin güçlü kanıtlar vardır. Resmi rakamlar, iş kazalarına bağlı oldukça yüksek fatalite ve mortalite değerleri sunmaktadır. Bu durum yalnızca fatal kazaların ağırlıklı olarak bildirilmesinden kaynaklanabileceği gibi, iş ortamlarının yüksek



ölümlülüğe sebep olabilecek sağlıksızlıkta olmasından da kaynaklanabilir (20). Probst ve ark. iş kazası sayılarının düşük olmasında ya iş güvenliği ve işçi sağlığını örgütlenme yapısı içinde bildirim sıkıntılarının (*organizational-level under-reporting*) ya da işçinin işyerinde gerçekleşen bu kazayı bildirmemesinin (*individual-level under-reporting*) etkili olduğunu bildirmektedir (16). Örgütsel düzeydeki bildirim eksikliklerinin işletmenin boyutu, sektörü, sistemin yönetsel yanıtının gücü ve işletmede iş güvenliğine ilişkin iklim (ortam) ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Çalışanın bildirimdeki rolünde ise eleştirilme korkusu ya da kazançta eksilme, işini kaybetme korkusu, kazanın iş yaşamının bir parçası olduğu algısının etkili olduğu bildirilmektedir (16). Bu çerçeveye, işletme ve çalışan etmeni dışında, bildirim sisteminin zayıflıklarına ilişkin unsurlar da eklenebilir. Bildirim sisteminin kapsayıcılığı ve yasal işleyiş mekanizmalarının incelenmesi, eksik bildirim ya da veri kaybının gerekçelerine ışık tutacaktır. Bu çalışmada da tıbbi hizmet alacak düzeyde yaralanmış olmasına karşın iş kazası olarak rapor edilmemiş çok sayıda olgu saptanmıştır. On amputasyon olgusundan dördünün bildirim dışı kalmış olması, veri akışındaki eksikliğin boyutlarını ortaya koymaktadır. Bu işçilerin kayıt dışı çalışıyor olması ya da SGK primlerinin yatırılmamış olması bu duruma neden olmuş olabilir. Sağlık tazminatlarının anlaşmalı olarak işverence karşılanma olma olasılığı çok yüksektir. İş kazalarıyla ilgili tazminat davalarının uzun sürede sonuçlanması, dava açtığı takdirde işverenin işçiyi işten çıkarma olasılığının yüksek olması, bu süreçte SGK desteğinin olmaması ve işsizlik hızının yüksekliği nedeniyle bu süreçte iş bulamama olasılığı, amputasyon gibi ağır yaralanmalarda bile kazaların kayıt dışı kalma olasılığını artırmaktadır. Kaza sayısındaki azlık, kazaların ve kaza gerçekleşen iş kollarının çeşitliliğindeki fakirlik, veri akışının yetersiz ve içerik açısından da doyurucu olmadığını göstermektedir. Ölümlü kaza sayısı 2010 itibarıyla 1171'lere ulaşan bir ülke için, kaza kayıtlarının nitelikli olması ve tüm kazaların nedenselliğinin ayrıntılı incelenip işyeri ve işçi sağlığına yönelik girişimlerin gerçekleştirilmesi, yaşamsal önem taşımaktadır.

Yaralanma sonrası ilk başvuru sağlık

biriminden alınan raporun, lezyonların kaybolma ve değişime uğrama olasılığı nedeniyle değeri büyüktür (18). Kazaya ilişkin doğru öykü verilmesinin dört haftadan sonra giderek kötüleştiği ve anımsama hataları içerdiği bildirilmiştir (21). Bu nedenle, acilde kayıt altına alınmamış saptamalar daha sonrasında anımsanmayabilir. Bu nedenle, acil serviste sürecin iş kazası olarak ele alınıp, bulguların iş kazasına uğrayan kişinin hukuki süreçlerine katkı sağlayacak ayrıntıda rapor edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle acil servis hekimlerinin iş kazalarına ve yasal süreçlerde gereksinim duyulan saptamalara farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Bu çalışmada gösterildiği biçimde, yüzeysel yaralanmalar ya da az işgünü kaybına neden olan kazalar kayıtlara yansımamaktadır. Oysa "kıl payı" atlatılan ya da "küçük" kazalar, daha büyük kazaların ve yaralanmaların habercisidir. Sonuçta her kaza bir ihmalin sonucudur ve müdahale edilmesi gereken bir durumun ipuçlarını içerir. Küçük kazaların yalnızca tedavi edilip kayıtlara geçmiyor olması, palyatif bir yaklaşım olup kazaları önleme çabalarından uzak bir bakış açısıdır. Oysa kaza kayıt sistemleri her türlü kazayı kaydetmeyi ve bildirmeyi zorunlu kılan, gerekirse cezai yaptırımlar içerecek biçimde kurgulanmalıdır.

Bu çalışmada kayıt altına alınan verilerde, kaza saati, işe başlama tarihi ve kaza saati gibi verilerde kayıplar olduğu görülmüştür. Bu veri kaybı da riskli anları tanımlama ve müdahale planlama açısından kritik öneme sahip verinin yitirilmesi anlamını taşımaktadır.

Hastane acil servislerinin kaza kaydı açısından önemli bir kaynak olduğu bu çalışmada netlikle görülmektedir. Aynı trafik kazalarında ya da işkence olgularında yapıldığı gibi, iş kazalarında da ayrı bir form doldurulmalı, ek veriler bu yolla sağlanmalıdır. Bu bağlamda acil servis işleyişinde iş kazalarının kabulü, tanı, tedavi ve taburcu süreçlerinin daha prosedürel yürütülmesi, ilgili hekimlerin bildirim önemi konusunda eğitilmesi ve adli yükümlülüklerinin anımsatılması gerekmektedir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yayımlanan Ulusal İş Sağlığı Ve Güvenliği Politika Belgesi'nde (2009 – 2013) iş kazası oranının %20 azaltılması hedefi ve iş kazası, meslek hastalıkları ile ilgili ölçülebilir

hedeflerin konulmasında büyük yarar bulunduğu bildirilmektedir. İlgili istatistiklerin yayımlanmasındaki gecikmenin hedeflerin değerlendirilmesinde zorluklar yarattığına değinilmektedir. Ancak bunun dışında, kazalara ilişkin veri akışı ya da bunu düzeltmeye yönelik saptamalar ve somut önlemlere ilişkin herhangi bir hedef belirtilmemektedir (6). Oysa bu alanda sorunların saptanması ve veri akışının iyileştirilmesi, kazaların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır ve ulusal hedeflerimiz arasında yer almalıdır.

İşyerinde gerçekleşen küçük ya da büyük tüm kazalarla, resmi kaza kayıtlarını karşılaştıran çalışmalara gereksinim vardır (16). Bu çalışmalar bildirimdeki eksiklikleri irdelemek ve gidermeye önemli oranda ışık tutabilir.

### Sonuç

Bulgular, SSK acil servislerinden edinilen verilerin Türkiye’de iş kazası sıklığının saptanmasına büyük katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Kaza bildirimlerindeki sorunlar göz önünde bulundurulduğunda acil servis formlarında ve uygulamada yapılacak değişikliklerle bu kurumlardan elde edilecek bilgi azımsanmayacak boyutta olacaktır. Bulguların doğrulanması için çok merkezli uzun erimli çalışmaların yapılması yol gösterici olacaktır.

**İletişim:** Dr. Işıl Ergin

**E-posta:** isil.ergin@ege.edu.tr

### Kaynaklar

1. Hämäläinen P, Saarela KL, Takala J. Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level. *J Safety Res* 2009; 40: 125–139.
2. International Labour Organisation (ILO). Yearbook of Labour Statistics. 55. baskı, International Labour Office, Geneva, 1996.
3. Türkiye’de meslek hastalıkları konusunda tespit, tanı ve İSG profesyonellerinin duyarlılığının artırılması projesi.(Erişim Tarihi 30 Nisan 2011) <http://www.sgk.com.tr/334-Haber-meslek-hastaliklarinin-tespiti-projesi.html>
4. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Bültenleri 2009 (Erişim tarihi: 15 Nisan 2011) [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal!/ut/p/c0/04\\_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os\\_gAS-PAAE8TlwMDN09nA6Mwn5Agc1d\\_g2AXE\\_2CbEdFAFjM7Yo!/](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal!/ut/p/c0/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os_gAS-PAAE8TlwMDN09nA6Mwn5Agc1d_g2AXE_2CbEdFAFjM7Yo!/)
5. Sosyal Güvenlik Kurumu 2001 İstatistik Yıllığı Yayın No 632, Ankara, 2001.
6. Ulusal İş Sağlığı Ve Güvenliği Politika Belgesi (2009- 2013) (Erişim tarihi: 30 Nisan 2011) <http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=politikabelgesi>
7. International Labour Organisation (ILO) Laborsta Internet <http://laborsta.ilo.org/STP/guest> (Erişim tarihi: 14 Haziran 2011)
8. Demiral Y, Ergör A, Baydur H. Country Reports: Occupational Safety and Health in Turkey, 2010. (Erişim tarihi: 01 Haziran 2011). [www.oshnet.eu](http://www.oshnet.eu)
9. International Labour Organisation (ILO). Recording and notification of Occupational Accidents and Diseases and ILO List of Occupational Diseases Geneva 2002, s1-26
10. Hamalainen P, Takala J, Saarela KL. Global estimates of occupational accidents Safety Sci 2006;44: 137-156
11. Nicholson VJ, Bunn TL, Costich JF. Disparities in work-related injuries associated with worker compensation coverage status. *Am J Ind Med* 2008; 51(6):393-8.
12. Pransky G, Snyder T, Dembe A. Under-Reporting of Work-Related Disorders in the Workplace: A Case Study and Review of the Literature. *Ergonomics* 199;42(1): 171-182.
13. Azaroff SL, Levestein C, Wegman DH. Occupational Injury and Illness Surveillance: Conceptual Filters Explain Underreporting. *Am J Public Health* 2002; 92(9): 1421-1430.
14. Sağlık Bakanlığı Yataklı tedavi kurumları istatistik yılı 2003, <http://www.saglik.gov.tr> (Erişim tarihi 25 Kasım 2009).
15. Rosenman KD, Kalush A, Reilly MJ, Gardiner JC, Reeves M, Luo Z.. How much work-related injury and illness is missed by the current national surveillance system. *J Occup Environ Med* 2006;48: 357–365.
16. Probst TM, Estrada AX. Accident under-reporting among employees: Testing the moderating influence of psychological safety climate and supervisor enforcement of safety practices. *Accident Anal Prev* 2010;42:1438–1444
17. Takala J. Global estimates of fatal occupational accidents. *Epidemiology* 1999;10: 640–6.
18. Günay Y, Çolak B, Birincioğlu İ. İş Kazasına Bağlı Yaralanma ve Ölümlerin Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. *Çalışma Ortamı* 1996; 27: 9-15.
19. Günaydın G. Selçuk Üniversitesi Acil Servisinde Verilen Adli Raporlar ve Bunların Hayati Tehlike Yönünden Karşılaştırılması. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, 16-20 Ekim 1995 Antalya, Poster Sunumları Kitabı. s: 271-275.
20. Bilir N, Yıldız N. Türkiye’de İşçi sağlığına tarihsel bakış. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, No.98/12, Ankara, Turkey, 1998.
21. Landen DD, Hendricks S. Effect of recall on reporting of at-work injuries. *Public Health Rep* 1995;110: 350–354.

# Ankara'da bir Eğitim Hastanesinin Üroloji Kliniğine Başvuran Enürezis Noktürna'lı Çocukların Bazı Kişisel ve Ailesel Özelliklerinin İncelenmesi

Investigating Some Personal and Familial Characteristics of Children with Enuresis Nocturna Applying to the Urology Clinic of a Teaching Hospital in Ankara

Araştırma



Research

*Dr. Hakan İstanbulluoğlu\**, *Dr. Bilal Bakır\*\**, *Dr. Turgay Ebiloğlu\*\*\**,  
*Dr. Sevilay Örs\*\*\*\**, *Dr. Murat Dayanç\*\*\*\*\**

Geliş Tarihi: 08.12.2010

Kabul Tarihi: 02.04.2011

## Öz

### Amaç

Bu çalışmada Ankara'da bir eğitim hastanesinin üroloji kliniğine başvuran enürezis noktürna'lı (EN) çocukların bazı kişisel ve ailesel özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### Metot

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. GATA Üroloji Polikliniği Ürodinami Laboratuvarı'na başvuran EN tanısı almış hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Polikliniğe başvuran ve EN özelliklerini taşıyan 62 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmamızda kullanılan anket formları araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranıp derlenerek hazırlanmıştır. Anket formları; predispozan olabilecek kişisel ve ailesel etmenleri içeren, toplam 15 sorudan oluşmuştur.

### Bulgular

Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan katılımcıların 32'si erkek (%51,6), 30'u (%48,4) kadındır. Katılımcıların yaş aralığı 5 ile 16 arasında olup, yaş ortalamaları  $9,7 \pm 9,0$  dur. EN görülme sıklığının katılımcıların babalarında, %48,4 (30 kişi), annelerinde %24,2 (15 kişi), kardeşlerinden en az birinde %30,6 (19 kişi) olduğu saptanmıştır. Tüm aile fertleri dikkate alındığında, aile öyküsü pozitif olan 38 katılımcı bulunduğu (%61,3) sonucuna varılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerinin, spor yapma ve anne sütü alma durumlarının çeşitli kişisel ve ailesel özelliklerine göre dağılımları da incelenmiş, dağılımlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

### Sonuç

Daha önceki araştırmalarda rastlanmayan fakat araştırmamıza kapsamında araştırılan iki önemli konu EN'li çocukların spor yapma durumları ve televizyon seyretme süreleridir. Bu konuların yapılacak kapsamlı araştırmalarla incelenmesinin EN'nin patogenezi ile ilgili yeni ufuklar açabileceği değerlendirilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Gece yatağını ıslatma, Kişisel ve ailevi özellikler, Çocuklar, Üroloji polikliniği

## Abstract

### Aim

The goal of this study is to investigate some personal and family characteristics of children with nocturnal enuresis who applied to the urology clinic of a teaching hospital.

### Methods

This is a descriptive study. The study was carried out on patients who applied to the Urodynamics Laboratory of GATA Urology Polyclinic with a diagnosis of enuresis nocturna (EN). 62 participants who applied with a diagnosis of EN were included the study. The questionnaire used in our study has been prepared by the researchers by scanning and reviewing the literature. The questionnaires consisted of 15 questions including personal and familial features which may be predisposing factors.

### Results

32 male (%51.6) and 30 (%48.4) female participants were examined in the context of the research. Age range of the participants was 5-16, with a mean age of  $9.7 \pm 9.0$ . The incidence of EN was %48.4 (30 participants) in the fathers of the participants, %24.2 (15 participants) in their mothers and %30.6 (19 participants) in their siblings. When all family members were taken into account, 38 participants (61.3%) had a positive family history. The distribution of genders, sports habits and breastfeeding status and various other personal and familial characteristics of the participants were also examined and no significant differences were found ( $p > 0,05$ ).

### Conclusion

Two important issues investigated in our study but not in previous studies of children with enuresis nocturna were the duration of playing sports and watching television. Examining these issues with extensive research may open new horizons related to the pathogenesis of enuresis nocturna.

**Key words:** Bedwetting, Personal and familial characteristics, Children, Urology clinic

\*GATA Halk Sağlığı AD, Ankara

\*\*Doç.; Bilal Bakır GATA Halk Sağlığı AD, Ankara

\*\*\*GATA Üroloji AD, Ankara

\*\*\*\*Marmaris Asker Hastanesi, Muğla

\*\*\*\*\*GATA Üroloji AD, Ankara

## Giriş

**EN (Enürezis Nokturna);** organik nedenler dışlanmak koşuluyla, beş yaşından büyük çocukların, uyku sırasında, yineleyici nitelikte, istemsiz idrar kaçırmaları, bu davranışın üç ay süre ile en az haftada iki kez ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (1,2).

EN'nin etyolojisinde biyolojik, fizyolojik ve psikososyal etmenler rol oynamaktadır. EN, stres altında, uygun olmayan sosyal koşullarda yaşayan çocuklarda daha sık görülmektedir (3).

Santral sinir sisteminin olgunlaşmasında gecikme, üriner sistem malformasyonları, gece salınan antidiüretik hormon yetersizliği gibi etmenler de enüreziste etkilidir (4).

EN, sorunun başlangıç biçimi ve seyrine göre primer (birincil) ve sekonder (ikincil) olarak iki gruba ayrılmaktadır. Tüm enüretiklerin %80-90'ını oluşturan primer EN'de daha çok genetik yatkınlık, biyolojik ve gelişimsel etmenler neden olarak gösterilmiştir (2).

Yapılan araştırmalar erkek çocuklarda yatağını ıslatma sıklığının kız çocuklarına oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (2).

Araştırmacılar EN'de ailesel bir yatkınlık olduğu görüşünde birleşmektedir. Eğer anne-babanın yalnızca birinde EN var ise, çocukta bu durumun ortaya çıkma şansı %40-45 iken, her ikisinin de geçmişte ya da devam eden EN'si olması durumunda bu olasılığının %70-75'e kadar yükselebildiği saptanmıştır. Ailesel bir yatkınlığın olmaması durumunda ise olasılık %15'e kadar düşebilmektedir (5).

Tüm dünyada 50 milyonun üzerinde EN'li çocuk olduğu tahmin edilmektedir. EN görülme sıklığı ülkemizde bölgelere göre %11 ile %21 arasında değişmektedir (6,7,8).

Bu çalışmada, EN tanısı alarak GATA (Gülhane Askeri Tıp Akademisi) Üroloji Polikliniği Ürodinami Laboratuvarı'na başvuran hastaların bazı kişisel ve ailesel özelliklerinin saptanması ve bu özellikler ile etyoloji ilişkisinin tartışılması amaçlanmıştır.

## Materyal ve Metot

### Araştırma tipi ve evreni

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma kapsamında incelenen hastaların tamamı primer EN hastasıdır. Üroloji polikliniğine başvuran hastaların EN tanımına uyup uymadıkları, üroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiştir. Uzmanlarca değerlendirilen hastalardan primer EN tanımına uyanlara araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu uygulanmıştır.

Araştırma süresi olarak altı aylık bir süre öngörülmüş, araştırmaya 2009 yılının Mayıs ayı sonunda başlanmış, aynı yılın Aralık ayında araştırmanın veri toplama işlemi tamamlanmıştır. Söz konusu süre zarfında ilgili polikliniğe başvuran ve yukarıda verilen EN tanımında yer alan özellikleri taşıyan 62 kişi araştırmaya alınmıştır. Katılımcıların araştırmaya katılmaları gönüllülüğe dayalı olarak gerçekleşmiş, araştırmaya katılım konusunda zorlama olmamıştır.

### Soru formu ve ölçümler

Araştırmaya katılmayı kabul edenlere uygulanan, sosyodemografik özellikler ve etyolojik nedene yönelik soruları içeren soru formları, araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Soru formlarının doldurulması yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların ailelerine ait bilgiler, velisi ile başvuran katılımcıların velilerine sorularak, yalnız başvuranların ise velilerine telefon ile ulaşılarak elde edilmiştir.

Araştırmaya katılmayı reddeden olmamıştır. Katılımcıların spor yapma durumları, katılımcılara kulüp düzeyinde kayıtlı olarak spor yapıp yapmadıkları sorularak değerlendirilmiş, kulüp düzeyinde kayıtlı olarak spor yapan katılımcılar düzenli spor yapıyor olarak kabul edilmiştir.

Anne sütü alma konusu ailelere sorulmuş, katılımcılar Dünya Sağlık Örgütü'nün verdiği "ilk altı ay anne sütü" direktifi dikkate alınarak gruplanmıştır. Buna göre katılımcılar, "yetersiz süre anne sütü alanlar" ve "yeterli süre anne sütü alanlar" diye gruplara ayrılmışlardır (9).

Araştırmamızda kullanılan anket formları araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranıp derlenerek hazırlanmıştır. Anket formları; predispozan olabilecek kişisel ve ailesel etmenleri içeren, toplam 15 sorudan oluşmuştur.

### İstatistiksel Analiz

Araştırmamız sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistik çalışmaları SPSS 15 programında yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgi olarak frekans ve yüzdelik verilmiş, ikili karşılaştırmalar için ki-kare testi kullanılmış, p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. İstatistik çalışmalar aşamasında Açıkkel ve arkadaşlarının görüşlerinden yararlanılmıştır (10).

### İzinler

Araştırma için gerekli izinler ilgili etik kuruldan alınmıştır. Katılımcılar araştırmayla ilgili olarak, sözlü ve anketlerin başında yapılan açıklama bölümüyle, yazılı olarak bilgilendirilmişlerdir.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan katılımcıların 32'si erkek (%51,6), 30'u (%48,4) kadındır. Katılımcıların yaş aralığı 5 ile 16 arasındadır, yaş ortalamaları  $9,7 \pm 9,0$  dur.

Katılımcıların anne-babalarından lise düzeyinin altında eğitim alan bulunmamaktadır. Araştırmaya katılana annesi lise mezunu olan 47 (%75,8), üniversite mezunu olan 15 (%24,2) kişi bulunmaktayken, babası lise mezunu olan 26 (%41,9), üniversite mezunu olan 36 (%58,1) kişi bulunmaktadır.

Annelerin meslekleri açısından katılımcılar, annesi ev kadını olan ve çalışan olarak iki grupta incelenmiştir. Annesi ev kadını olan katılımcıların tüm katılımcıların %80,6'sını (50 kişi), annesi çalışan katılımcıların ise tüm katılımcıların %19,4'ünü (12 kişi) oluşturduğu görülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı yer askeri kurum olduğundan, katılımcıların babaları, subay, astsubay, uzman çavuş ve askeri-sivil-memur olmak üzere dört farklı meslek grubundandır. Baba meslekleri arasında en kalabalık grup 33 (%22,4) kişiyle astsubayların oluşturduğu gruptur. Uzman çavuşlar 17 kişi (%14,1), subay ve sivil memurlar altışar kişidir (%9,7).

EN'ye predispozan olabileceği düşünülen sorulara verilen yanıtlar Tablo 2'de görülmektedir.

EN görülme sıklığının katılımcıların babalarında, anne ve kardeşlerine göre daha yüksek olduğu saptanmış, anne, baba ve kardeşte EN görülme sayısı ve sıklığı sırasıyla 15 (%24,2), 30 (%48,4), 19 (%30,6) olarak hesaplanmıştır.

Makalenin giriş bölümünde sözü edilen EN ile ilişkili risk faktörlerinden psikolojik etmenlerin araştırmaya katılanların anne-babalarında görülme durumuna bakıldığında; katılımcıların tamamına yakınının anne-babaları evlidir ve birlikte yaşamaktadır (%96,8). İki katılımcının anne-babaları evli olmalarına karşın ayrı yaşamakta (%3,2), boşanmış anne-baba bulunmamaktadır.

Anne ya da babası ölmüş olan katılımcı yoktur, ayrıca anne-babası arasında geçimsizlik

**Tablo 1.** Katılımcıların ve ailelerinin bazı sosyodemografik özellikleri\*.

Özellikler	Yatağını İslatma (E. Nocturna)	
Cinsiyet (n=62)	Sayı	%
Erkek	32	51,6
Kız	30	48,4
Yaş (n=62)		
Altı	6	9,7
Yedi	6	9,7
Sekiz	7	11,3
Dokuz	13	21,0
On ve üzeri	31	48,3
Anne öğrenim durumu (n=62)		
Lise	47	75,8
Yüksekokul	15	24,2
Baba öğrenim durumu (n=62)		
Lise	26	41,9
Yüksekokul	36	58,1
Annenin ev kadını olması (n=62)		
Ev kadını	50	80,6
Çalışan	12	19,4
Baba mesleği (n=62)		
Subay	6	9,7
Astsubay	33	22,4
Uzman Çavuş	17	14,1
Sivil Memur	6	9,7

\*Sütun yüzdeleri verilmiştir.

**Tablo 2.** EN'de predispozan olduğu düşünülen bazı etkenlerin dağılımı\*.

Özellikler	Yatağını İslatma (E. Nocturna)	
	Sayı	%
<b>Annede EN (n=62)</b>		
Var	15	24,2
Yok	42	75,8
<b>Babada EN (n=62)</b>		
Var	30	48,4
Yok	32	51,6
<b>Kardeşlerin en az birinde EN (n=62)</b>		
Var	19	30,6
Yok	43	69,4
<b>Anne-babanın evli veya boşanmış olma ve beraber yaşama durumları (n=62)</b>		
Evli, beraber yaşıyor	60	96,8
Evli, ayrı yaşıyor	2	3,2
Boşandı, ayrı yaşıyor	0	0,0
<b>Anne-Babanın hayatta veya ölmüş olma durumu (n=62)</b>		
Her ikisi de hayatta	62	100,0
Biri veya her ikisi ölmüş	0	0,0
<b>Aile içi geçimsizlik (n=62)</b>		
Var	2	3,2
Yok	60	96,8
<b>Anne sütü alma durumu (n=62)</b>		
Yetersiz süre alan	36	58,1
Yeterli süre alan	26	41,9
<b>Günlük televizyon izleme süresi (n=62)</b>		
Bir saatten az	2	3,2
Bir-iki saat arası	4	6,5
İki saatten fazla	56	90,3
<b>Spor yapma durumu (n=62)</b>		
Spor yapan	24	38,7
Spor yapmayan	38	61,3

\*Sütün yüzdeleri verilmiştir.

durumunun olduğu katılımcı sayısının iki olduğu (% 3,2) saptanmıştır.

Araştırma kapsamında katılımcıların anne sütü alma durumları incelendiğinde; 36 kişinin (%58,1) 6 aydan az, 26 kişinin (%41,9) 6 ay ve üzeri süre anne sütü aldığı görülmektedir.

Katılımcıların velilerine katılımcıların günlük olarak televizyon başında geçirdikleri süre sorulmuştur. Alınan yanıtlara bakıldığında; iki kişi (% 3,2) günde bir saatten az, dört kişi

(%6,5) günde bir ile iki saat arası televizyon izlerken, 56 katılımcının (%90,3) günlük olarak iki saatten fazla süreyi televizyon başında geçirdikleri saptanmıştır.

Spor yapma durumunun değerlendirildiği sorulara verilen yanıtlara göre, 24 (%38,7) katılımcı kulüp düzeyinde spor yaparken, 38 katılımcının (%61,3) sporla uğraşmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların bazı kişisel ve ailesel özelliklerinin cinsiyet, anne sütü alma ve spor yapma durumlarına göre dağılımları incelenmiş, dağılımlar arasında anlamlı fark bulunup bulunmadığı ki-kare testi kullanılarak araştırılmıştır.

Katılımcıların ailede EN öyküsü, anne sütü alım süreleri ve spor yapma durumlarının cinsiyetlerine göre dağılımları incelenmiştir. Yapılan analizlerde söz konusu dağılımlar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 3).

Katılımcıların spor yapma ve anne sütü alma durumlarının bazı kişisel ve ailesel özelliklerine göre dağılımları analiz edildiğinde de, benzer biçimde dağılımlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4-5).

### Tartışma

Dünyanın farklı bölgelerinde EN prevalansı erkeklerde % 12,5 ile % 16,2, kadınlarda %5,9 ile % 18,7 aralığında değişmektedir (11–13).

Ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan bazı çalışmalarda saptanan EN prevalansları ise, % 11,5 ile % 25,5 aralığında değişmektedir (14–17).

Gerek dünyada, gerekse ülkemizde elde edilen veriler arasındaki farklılık, EN'nin farklı sosyokültürel ve sosyoekonomik özellikler içeren yerlerde farklı prevalans değerleri arz etmesinin sonucu olabilir. Bu duruma örnek olarak İstanbul Ümraniye örneği verilebilir. Bu çalışmada diğer çalışmalara göre daha yüksek bir prevalans değeri (%25,5) elde edilmiştir (17).

Araştırmanın yapıldığı ilçe olan Ümraniye'nin İstanbul'un yeni yerleşimlerinden olması ve Anadolu'dan göç eden sosyoekonomik düzeyi görece düşük ve sağlık yardımı alma olanağı görece sınırlı halk tarafından oluşturulması bu durumun nedeni olabilir (18).

Tablo 3. Katılımcıların ve ailelerinin bazı özelliklerinin cinsiyetlerine göre dağılımları*					
Enüresis Nokturna	Erkek		Kız		p
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Annede</b>					
Var	8	53,3	7	46,7	0,8
Yok	24	51,1	23	48,9	
<b>Babada</b>					
Var	16	53,3	14	46,7	0,7
Yok	16	50,0	16	50,0	
<b>Kardeşte</b>					
Var	10	52,6	9	47,4	0,9
Yok	22	51,2	21	48,8	
<b>Yeterli Süre Anne Sütü</b>					
Alanlar	10	38,5	16	61,5	0,07
Almayanlar	22	61,1	14	38,9	
<b>Spor Yapma</b>					
Yapan	16	66,7	8	33,3	0,059
Yapmayan	16	42,1	22	57,9	

\*Satır yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların bazı kişisel ve ailesel özelliklerinin spor yapma durumlarına göre dağılımları*					
Spor Yapma	Yapan		Yapmayan		p
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Anne Eğitimi</b>					
Lise	18	38,3	29	61,7	0,9
Üniversite	6	40,0	9	60,0	
<b>Baba Eğitimi</b>					
Lise	13	50,0	13	50,0	0,1
Üniversite	11	30,6	25	69,4	
<b>Anne Mesleği</b>					
Ev Kadını	19	38,0	31	62,0	0,8
Çalışan Anne	5	41,7	7	58,3	
<b>Yeterli Süre Anne Sütü</b>					
Alanlar	7	26,9	19	73,1	0,1
Almayanlar	17	47,2	19	52,8	

\*Satır yüzdeleri verilmiştir.

EN rahatsızlığı yaşayanların aile öyküsünün pozitifliği konusunda ülkemizde yapılan farklı araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Aile öyküsünün pozitifliği Serel ve arkadaşları tarafından %22,2, Öge ve arkadaşları tarafından %40,5, Çarman ve arkadaşları tarafından %55,9, Özkan ve arkadaşları tarafından Güneydoğu Anadolu'da yapılan çalışmada ise %66 bulunmuştur (14,16,17,19).

Araştırmamıza katılanlarda ise aile öyküsünün pozitifliği %61,3 (38 katılımcı) olarak hesaplanmıştır.

Aile öyküsü konusunda farklı çalışmalarda bulunan farklı değerlerin, çalışma kapsamında alınan örneklerin farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu tür çalışmalarda evreni temsil etmeyen örnekler alınması sonucunda normalden düşük

Tablo 5. Katılımcıların bazı ailesel özelliklerinin anne sütü alma durumlarına göre dağılımları*					
Anne Sütü	Yetersiz		Yeterli		p
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Anne Eğitimi</b>					
Lise	25	53,2	22	46,8	0,1
Üniversite	11	73,3	4	26,7	
<b>Baba Eğitimi</b>					
Lise	15	57,7	11	42,3	0,9
Üniversite	21	58,3	15	41,7	
<b>Anne Mesleği</b>					
Ev Kadını	27	54,0	23	46,0	0,8
Çalışan Anne	9	75,0	3	25,0	

\*Satır yüzdeleri verilmiştir.

ya da yüksek değerler elde edilebilmekte, örneklem seçiminden kaynaklanan bias söz konusu olabilmektedir. Bu konuda kesin bir yargıya varabilmek için daha geniş katılımcı sayılarıyla yapılacak çok merkezli çalışmalara gereksinim olduğu değerlendirilmektedir (20).

Ayrıca insanların, EN gibi hastalıkları toplumdan saklama eğiliminde oldukları, özellikle anne-babaların daha önce yaşadıkları bu tür durumları saklamaktan yana tavır sergiledikleri bilinmektedir. Bu durumun, bazı çalışmalarda aile öyküsü pozitifliğinin beklenenden düşük çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir (21,22).

Ülkemizde yapılan çalışmaların bir bölümünde erkeklerde kızlara göre yatağını ıslatma sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gümüş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada p değeri 0,01, Çarman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise <0,01 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda da yukarıdaki sonuçlara benzer bir sonuç elde edilmiştir (%51,6 erkek, %48,4kadın) (15,16).

İstanbul'da Ergüven ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir araştırmada ise, EN prevalansının erkeklerde %57,8, kadınlarda %42,2 olduğu, fakat erkeklerle kızlar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p=0,8). Bu durum, anlamlı fark bulan araştırmalardaki olgu sayılarının, Ergüven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Anlamlı fark bulunan araştırmalardaki olgu sayısı Ergüven ve arkadaşlarının çalışmasından yaklaşık 10 kat fazladır (23).

Araştırmamız kapsamında yapılan ve katılımcıların ve ailelerinin bazı özelliklerinin katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımlarının incelendiği analizde anlamlı fark bulunamamıştır.

Gümüş ve arkadaşları (15) yaptıkları araştırmaya katılanların anne sütü alma durumlarıyla yatağını ıslatma durumlarını karşılaştırmış, anlamlı fark bulamamışlardır (p=0,26). Araştırmamızda da katılımcıların yeterli süre anne sütü alma durumları ile bazı kişisel ve ailesel özellikleri karşılaştırılmış, ancak gruplar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Yine Gümüş ve arkadaşlarının (15) yaptıkları çalışmada, anne eğitim düzeyindeki artışın çocuklarda yatağını ıslatma durumunu azalma yönünde etkilediği ve bu ilişkinin anlamlı olduğu saptanmış, babaların eğitim seviyesiyle yatağını ıslatma durumu arasında benzer bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda ise, tamamına yakını yüksek öğrenim mezunu anne-babaların çocuklarının başvurduğu bir kurumda gerçekleştirilmiş olması nedeniyle bu tür bir ilişkinin varlığı araştırılamamıştır.

Gümüş ve arkadaşlarının (15) 1999'da, Ünalacak ve arkadaşlarının (24) 2004'te yaptıkları çalışmalarda ev kadını annelerin çocuklarında yatağını ıslatma durumunun, ev kadını olmayan anne çocuklarından anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda, ev kadını annelerin çocuklarında EN rahatsızlığı sıklığının çalışan annelere göre oldukça yüksek olduğu



saptanmıştır. Ayrıca, katılımcıların yeterli süre anne sütü alma ve spor yapma durumlarının annelerin ev kadını olma ya da çalışma özelliklerine göre dağılımları incelenmiş, dağılımlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışan annelerin, güncel tedavi metotlarına daha kolay ulaşabilecekleri ve geleneksel yaklaşımlar yerine, bu yöntemleri benimsemekte daha duyarlı olabilecekleri düşünülmektedir. Bu durumun, EN'nin ev kadını annelerin çocuklarında daha sık rastlanmasını açıklayabileceği değerlendirilmektedir.

EN ile ilgili kaynaklar incelendiğinde; aile düzenindeki önemli değişiklikler ve olumsuzlukların, ailede ölümler, ayrılıklar, boşanma, geçimsizlikler gibi yaşam olaylarının yaratacağı kaygınının çocuklarda EN olarak ortaya çıkabileceği anlaşılmaktadır (25).

Araştırmamızda elde edilen bazı sonuçların yukarıdaki gerçeğin tersini ortaya koyduğu görülmektedir. Araştırmamıza katılanların tamamının anne ve babaları evlidir ve tamamına yakını birlikte yaşamaktadır. Annesi ve babası ölmüş katılımcı bulunmamaktadır. Aile içi geçimsizliğe ise, yalnızca 2 (%3,2) katılımcıda rastlanmıştır. Bu duruma; araştırmamız kapsamında incelenen grubun sosyokültürel açıdan homojen bir grup olması, ayrıca insanların aile içi geçimsizlik gibi konuları genel olarak kişisel sorunları olarak kabul edip paylaşmak istememeleri gibi etkenler sebep olmuş olabilir.

Daha önceki araştırmalarda rastlanmayan, fakat araştırmamız kapsamında değerlendirilen iki önemli konu EN'li çocukların spor yapma durumları ve televizyon izleme süreleridir.

Araştırmamız kapsamında incelenen EN'lilerden %61,3'ünün (38 kişi) spor yapmadığı saptanmıştır. Sporun, insanlara sağlayacağı psikolojik rahatlama, kendine güven vb. gibi olumlu davranışlardan dolayı EN'yi azaltacağı düşünülebilir.

Televizyon izleme konusunda elde edilen bulgular ise, araştırma grubunun %90,3'ünün (56 kişi) günde iki saatten çok televizyon seyrettiklerini göstermektedir.

Televizyon izleme sırasında idrar yapma hissini şiddetlenmesine karşın, televizyon

başından ayrılamamadan dolayı idrar yapmanın ertelenmesi ve televizyon izlemenin bitiminde mesane dolu bir biçimde yatağa girilmesi sonucunda EN'nin yaşanıyor olması olasıdır.

Araştırmamızın kısıtlılıkları; kontrol grubunun olmaması, toplanan verilerin bir bölümü kişisel beyanlara dayandığından devreye giren hafıza etmeninin verilerin doğruluğunu etkileme olasılığı, araştırma süresinin kısa ve katılımcı sayısının sınırlı olması şeklinde sıralanabilir.

## Sonuç

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, genel olarak bugüne kadar yapılan araştırmalardan elde edilenleri desteklemekle birlikte, kişisel kaygı ve çeşitli sosyal sorunların EN'yi tetikleyeceği kabulünü destekleyecek bulgular elde edilememiştir. Bu durumun, katılımcıların toplumu yeterince temsil etmemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Bu kapsamda; toplumun farklı kesimlerinde, sağlık sorunlarının farklı predispozan etmenlerinin ağırlık kazanabileceği, bir kesimde önemli olabilen bir faktörün başka bir kesimde öneminin azalabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Araştırmalarda sonuçların topluma genellenebilmesi için araştırmanın toplumun tüm katmanlarını içeren geniş örneklemelerde yapılması gerekmektedir.

Daha önceki çalışmalarda genelde dikkate alınmayan televizyon seyretme süresi ve spor yapma durumu ile EN ilişkisi araştırmamızda incelenmiştir. Ancak, araştırmamızda kontrol grubu bulunmadığından, risk faktörü olabileceği düşünülen söz konusu özellikler ile ilgili istatistiksel veri elde edilememiştir. Bununla birlikte, elde edilen sonuçlar dikkat çekicidir. Bu konuların yapılacak kapsamlı araştırmalarla incelenmesinin EN patogenezi ile ilgili yeni ufuklar açabileceği değerlendirilmiştir.

Araştırmamız tanımlayıcı tipte olduğundan kontrol grubu bulunmamaktadır. Bu araştırma için bir eksiklik. Bu eksiklik nedeniyle, neden sonuç ilişkisi kurulamamıştır. Buna örnek olarak; araştırmamızda katılımcıların tamamına yakınının iki saatten çok televizyon izliyor

olarak saptanması verilebilir. Günümüzde çocukların büyük bölümünün günde iki saatten fazla TV izliyor olması olasıdır ve yukarıda bahsedilen durum bunun yansıması olabilir.

**İletişim:** Dr. Hakan İstanbulluoğlu

**E-posta:** histanbulluoglu@gata.edu.tr

### Kaynaklar

1. Koff AS, Jayanthi VR. Non-Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. In: Campbell's Urology 8th ed. Philadelphia: Saunders Publishers; 2002.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Shaffer D. Elimination disorder. In: Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches. M Rutter, E Taylor, L Hersov. (Eds). 3th. Edition. London: Blackwell Science Inc; 1994.
4. Garfinkel BD. Elimination disorder. In: Garfinkel BD Editor. Psychiatric Disorder in Children and Adolescents. London: 1990.
5. Yurtçu M, Bilban S, Dinçer Ş, Bakıcı H, Şahin TK, Günel E. Sağlıklı ve Enüretik Çocuklarda İdrar Tutabilme Yaşlarının Araştırılması. Kor Hek 2006; 5(1): 41-49.
6. Akbaba M, Kis SU, Sütuluk Z, Kis C, Demirhindi H, Özden OE. Bir Yatılı Bölge Okulunda Enürezis Nokturna Prevalansı ve Nedenleri. TAF Prev Med Bull 2008; 7(3): 213-216.
7. Naçar N, Işık P. Enürezis noktürna. Katkı Pediatri Dergisi. 2000; 21: 895-912.
8. Çuhadaroğlu F. Çocuk psikiyatrisinde sık rastlanan bozukluklar. Hacettepe Tıp Dergisi 1999; 30(1): 48-52.
9. A brief research report. J Child Psychol Psychiatry 1985; 26: 989-9.
10. Acikel CH, Kilic S. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel yöntem seçimi. TAF Prev Med Bull. (Korhek) 2004; 3(7): 162-163.
11. Verhulst FC, van der Lee JH, Akkerhuis GW, Sanders-Woudstra JA, Timmer FC, Donkhorst ID. The prevalence of nocturnal enuresis: do DSM III criteria need to be changed? Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006; 26(6): 989-993.
12. Chang P, Chen WJ, Tsai WY, Chiu YN. An epidemiological study of nocturnal enuresis in Taiwanese children. BJU Int 2001; 87: 678-81.
13. Rahim SI, Cederblad M. Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartoum, Sudan. I. The extensive study. Acta Paediatr Scand 1986; 75: 1017-20.
14. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoğlu HR et al. Epidemiology of enuresis in Turkish children. Scand J Urol Nephrol 1997; 31: 537-9.
15. Gümüş B, Vurgun N, Lekili M, Iscan A, Muezzinoglu T, Buyuksu C. Prevalence of nocturnal enuresis and accompanying factors in children aged 7-11 years in Turkey. Acta Paediatr 1999; 88: 1369-72.
16. Öge O, Kocak I, Gemalmaz H. Enuresis: point prevalence and associated factors among Turkish children. Türk J Pediatr 2001; 43:38-43.
17. Çarman KB, Nuhoğlu Ç, Ceran Ö. İstanbul İli Ümraniye İlçesi'nde bir grup okul çocuğunda enürezis noktürna prevalansı Türk Pediatri Arşivi 2003; 38: 153-15.
18. <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/pano2.asp> (Erişim Tarihi: 08.10.2010).
19. Özkan KU, Garipardic M, Toktamis A, Karabiber H, Sahinkanat T. Enuresis Prevalence and Accompanying Factors in Schoolchildren: A Questionnaire Study from Southeast Anatolia. Urol Int 2004; 73(2): 149-155.
20. Babbi ER. The Practice of Social Research Practice of Social Research. 12th edition. Belmont: Cengage Learning; 2009.
21. Noyan A. Yapay bozukluklar. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2000; 1(3): 162-1.
22. Babacan Gümüş A. Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2006; 1(2): 23-34.
23. Ergüven M, Çelik Y, Devci M, Yıldız N. Primer enürezis noktürnada etiyolojik risk faktörleri. Türk Pediatri Arşivi 2004; 39: 83-7.
24. Ünalacak M, Söğüt A, Aktunç E, Demircan N, Altın R. Enuresis Nocturna Prevalence And Risk Factors Among School Age Children In Northwest Turkey. European Journal of General Medicine 2004; 3(1): 21-25.
25. Saul LJ. Physiological Effects of Emotional Tension. In: McV Hunt J Editor. Personality and the Behavior Disorders Vol 1. Philadelphia: Braithwaite Press; 2007.

# Bir Sağlık Ocağına Kayıtlı 40-59 Yaş Grubu Kadınların Menopoz Yakınmaları ve Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma Durumları\*

Menopause Symptoms of Women Aged 40-59 Registered to Argıncık Health Center and Their Use of Health Institutions

Araştırma



Research

Dr. Aynur Kızılırmak\*, Dr. Ümit Seviğ\*\*

Geliş Tarihi: 25.08.2011  
Kabul Tarihi: 14.12.2011

## Öz

Bu araştırma Kayseri İl Merkezinde bulunan 40-59 yaş arası menopoz dönemindeki kadınların menopoz yakınmaları nedeniyle sağlık kuruluşlarından yararlanma durumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Kayseri İl Merkezinde bulunan Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde oturan 40-59 yaş grubundaki kadınlar oluşturmuştur. Araştırma bölgesinden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 336 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür taraması yapılarak hazırlanan anket formu ile kadınlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede yüzde olarak hesaplama ve ki- kare testi kullanılmıştır.

Elde edilen veriler sonucunda kadınların %81.8'inin ateş basması, %79.2'sinin unutkanlık, %73.5'inin eklem ağrısı %69.0'unun sinirlilik, %63.7'sinin sırt ağrısı gibi menopozal yakınmaları yaşadığı, buna karşın %70.8'inin sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir. İhmal ve gereksiz görmenin yanı sıra, maddi durum yetersizliği, hastane ortamından memnuniyetsizlik ve sağlık personelinin ilgisizliği kadınların sağlık kuruluşuna başvurmasını engelleyen nedenler olarak belirlenmiştir.

Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların başvuru nedenleri daha çok ateş basması, gece terlemesi, unutkanlık, sinirlilik, eklem ağrısıdır. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların hemen hepsine bir tedavi önerilmiştir. Ancak kadınların %20.7'si önerilen tedaviye başlamamış, başlayanların %56.2'si önerilen tedaviyi 1-6 ay arası uygulamayı bırakmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kadınlara danışmanlık ve uygun eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Menopoz, Kadın sağlığı, Hormon replasman tedavisi, Sağlık ocağı

## Abstract

This descriptive study aims to determine the health institute utilizations of menopausal women aged 40-59 in Kayseri city center due to menopausal symptoms.

The universe of this study consisted of women in the 40-59 age group living in the Argıncık Health Center district in Kayseri city center. 336 women from the study area were enrolled by stratified random sampling. The data were collected via a questionnaire prepared by the researchers according to the literature review by face-to-face interviews. The data obtained from the study were evaluated on the computer by SPSS 11.5 software. Percentages and chi-square test were used in the statistical analyses.

The data regarding menopausal symptoms showed that 81.8% had hot flashes, 79.2% had forgetfulness, 69.0% had irritability, 73.5% had arthralgia, 63.7% had back pain but 70.8% of the participants had not applied to a health institution. In addition to neglect and dismissiveness, the reasons keeping the women from applying to a health institution included poor financial status, dissatisfaction from the hospital environment and the indifference of health personelle.

Reasons for seeking medical attention are mostly hot flashes, night sweat, forgetfulness, irritability and joint pain. Almost all women who applied were advised to be treated. However, 20.7% of the women had not started the recommended treatment and 56.2% of those who did stopped treatment within 1-6 months. The data obtained from the study suggest the need to provide guidance and education to the women.

**Key words:** Menopause, Woman's health, Hormone replacement therapy. Health center

\*Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Araştırma Fonu Tarafından 02.11.29 No'lu proje ile desteklenmiştir.  
9. Halk Sağlığı Günleri-GATA, Ankara 28 Eylül-01 Ekim 2005 Poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*\*Arş. Gör.; Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Aksaray

\*\*\*Prof.;Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

## Giriş

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, sosyal yapıdaki değişimler, bilim ve teknolojideki ilerlemeler yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmuştur. Geçmişte menopozal çağa bile girmeden ölen kadınlar, günümüzde ömürlerinin yaklaşık 1/3'ünü menopoz sonrası dönemde geçirmektedir (1,2,3,4).

Menopoz, yaşam süreci içinde fiziksel, biyolojik ve psikolojik açıdan sıkıntılı olarak yaşanmaktadır. Kadınlar için doğal olan menopoz dönemi başta jinekoloji olmak üzere pek çok alanda önemli sorunlar oluşturmaktadır. Kadının menopoz döneminde, çoğu kez orta yaş değişiklikleri ile örtüşen bedensel, ruhsal, ailesel ve toplumsal sorunların yanı sıra, morbilite ve mortalite de önemli yer tutan kalp hastalıkları ve osteoporoz insidansı da artmaktadır (5).

Gelişmiş ülkelerde kadınların menopoz konusunda bakım ve danışmanlık gereksinimlerini karşılayan menopoz merkezleri vardır. Ülkemizde 1990'lı yılların başlarında bazı üniversite ve devlet hastanelerinde menopoz poliklinikleri açılmıştır. Bu polikliniklerde menopoz yakınmalarıyla başvuran kadınlara tanı ve tedavi uygulanmaktadır. Kadınların yaşam

kalitesinin artması adına, menopozun getirdiği erken ve geç dönem belirtiler düşünülürken, bu hizmetten gereksinimi olan tüm kadınların yararlanabilmesi için hizmetin duyurulması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hemşire ve diğer sağlık çalışanları, kadının menopozal dönemine ait risk etmenlerini ve getirdiği sağlık sorunlarını iyi tanımalı, gereksinimi olan tüm kadınlara danışmanlık, yönlendirme, eğitim ve tedavi yaklaşımları sunmalıdır.

Bu çalışma Kayseri İl Merkezi'nde bulunan Argıcık Sağlık Ocağı'na kayıtlı 40-59 yaş grubu menopoz dönemindeki kadınların menopoz nedeniyle sağlık kuruluşlarından yararlanma durumlarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini, Kayseri İl merkezinde bulunan Argıcık Sağlık Ocağı bölgesinde sağlık ocağına kayıtlı 40-59 yaşları arasındaki kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırma bölgesinde menopoza girmiş olan kadınlarda "Hormon Replasman Tedavisi" kullanma oranının %25 olacağı varsayılarak %5 sapma ve %95 güven düzeyinde gerekli örneklem büyüklüğü 288 olarak hesaplanmıştır. 40-59 yaş grubundaki kadınlardan bir bölümünün menopoza girmemiş olacağı ve bazı kadınlara ulaşılamayacağı göz önünde tutularak 400 kadının örnekleme alınması planlandı. 40-59 yaşları arasındaki kadın nüfusu belirlenerek ve büyüklüğe orantılı örnekleme yöntemi kullanılarak her mahalleden görülecek kadın sayısı belirlenmiştir. Örneğe girecek 400 kadın, her mahallenin 40-59 yaş grubunda kadın bulunan ev halkı tespit fişleri listelenip, listelenen ev halkı tespit fişleri arasından rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

52 kadın menopoza girmediği, 2 kadın cerrahi yolla menopoza girdiği, 7 kadın çalışmaya katılmak istemediği, 3 kadına da ulaşılamadığı için 336 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Kadının demografik özelliklerini belirleyen 11 soru ve konu hakkındaki bilgilerini içeren 43 sorudan oluşan anket formu 15 Eylül 2002-15 Şubat 2003 tarihleri arasında



Fotoğraf: "Tongur Fatma" Dr. Serpil Güler  
TTB - STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

Tablo 1. Kadınların sağlık kuruluşuna başvurma durumu ve başvurmama nedenlerine göre dağılımı		
Sağlık kuruluşlarına başvurma (n:336)	Sayı	%
Başvuran	98	29.2
Başvurmayan	238	70.8
Sağlık Kuruluşlarına başvurmama nedenleri (n:238)		
Maddi durum yetersizliği	67	28.2
Kadınlardan kaynaklanan nedenler	130	54.6
Hastane ortamı ve sağlık personelinden kaynaklanan nedenler	41	17.2

Tablo 2. Kadınların önerilen tedaviye başlama ve sürdürme durumlarına göre dağılımı		
Önerilen Tedaviye	Sayı	%
Başlama (n: 92)		
Başlayan	73	79.3
Başlamayan	19	20.7
Tedaviyi Sürdürme Durumları (n:73)		
Başladığı günden beri düzenli uygulayan	18	24.7
1-6 ay uygulayıp bırakan	41	56.2
7 ay ve üzeri uygulayıp bırakan	14	19.1

örnekleme giren kadınlara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 11.5 kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki- kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya alınan kadınların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; kadınların %42.6'sı 55-59 yaş grubunda, %47.6'sı okur yazar değil, tamamı ev kadını ve %77.7'si evlidir. Kadınların eşlerinin %66.2'si ilköğretim mezunu, %38.4'ü emeklidir. %56.3'ünün aylık geliri kendi ifadelerine göre yetersiz olup %85.1'inin sağlık güvencesi vardır. Kadınların %74.7'si iki yıl ve daha uzun süre menopozdadır. Kadınların %66.4'ünde kendi ifadelerine göre bir sistemik hastalık olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde, kadınların, %70.8'i gibi büyük bir çoğunluğunun sağlık kuruluşuna başvurmadığı görülmektedir. Sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların %54.6'sı yakınmaların normal olduğunu düşünerek gerek görmediğini (%51.1), önemsemediğini ya da ihmal ettiğini (%21.5) açıklamıştır. Kadınların yalnızca %28.2'si maddi durumu yeterli olmadığı için bir sağlık kuruluşuna başvurmadığını belirtmiştir.

Maddi durum yetersizliği nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmadığını belirten kadınların kendi ifadelerine göre, %80.6'sının aylık gelirinin yetersiz, %11.0'inin kısmen yeterli olduğu, %49.3'ünün sosyal sigortalar kurumu, emekli sandığı gibi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı %16.4'ünün yeşil karta sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %17.2'si de hastanede sıra beklemenin zor olması ve sağlık personelinden gereken ilgiyi görmeme gibi hastane ortamı ve sağlık personelinden kaynaklanan nedenlerle başvurmadıklarını bildirmişlerdir.

Menopoz döneminde olan kadınlarda menopozal yakınma görülme sıklığı incelendiğinde; kadınların %81.8'inde ateş basması, %79.2'sinde unutkanlık, %73.5'inde eklem ağrısı %69.0'unda sinirlilik, %63.7'sinde sırt ağrısı, %60.1'de bel ağrısı görülmektedir. Menopoz dönemindeki kadınların %91.8'i ateş basması, %80.6'sı eklem ağrısı, %79.6'sı gece terlemesi, %78.6'sı unutkanlık, %74.6'sı sinirlilik, %69.0'u baş ağrısı yakınması ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. Kadınların ateş basması ve gece terlemesi yakınmaları ile sağlık kuruluşuna başvurma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur (p<0.05).

Sağlık kuruluşuna başvuran %29.2 kadının %93.9'una hormon replasman tedavisi, %21.4'üne diyet, %9.9'una yalnızca egzersiz tedavisi önerilmiştir.

Kadınların önerilen tedaviye başlama ve sürdürme durumlarına göre dağılımını gösteren Tablo II incelendiğinde; kadınların %79.3'ünün önerilen tedaviye başladığı, %20.7'sinin de başlamadığı belirlenmiştir. Kadınların %56.2'sinin tedaviyi 1-6 ay uygulayıp, %19.1'nin de 7 ay ve üzeri uygulayıp bıraktığı görülmektedir. Önerilen tedaviye başlamama nedeni olarak kadınların %26.3'ü maddi durum yetersizliğini,

%21.1'inin ilaçların kanser yapacağı kaygısı ile başlamadığı belirlenmiştir. Kadınlar ilaçların kanser yapacağını, basından ve komşularından öğrendiklerini bildirmişlerdir.

### Tartışma ve Sonuç

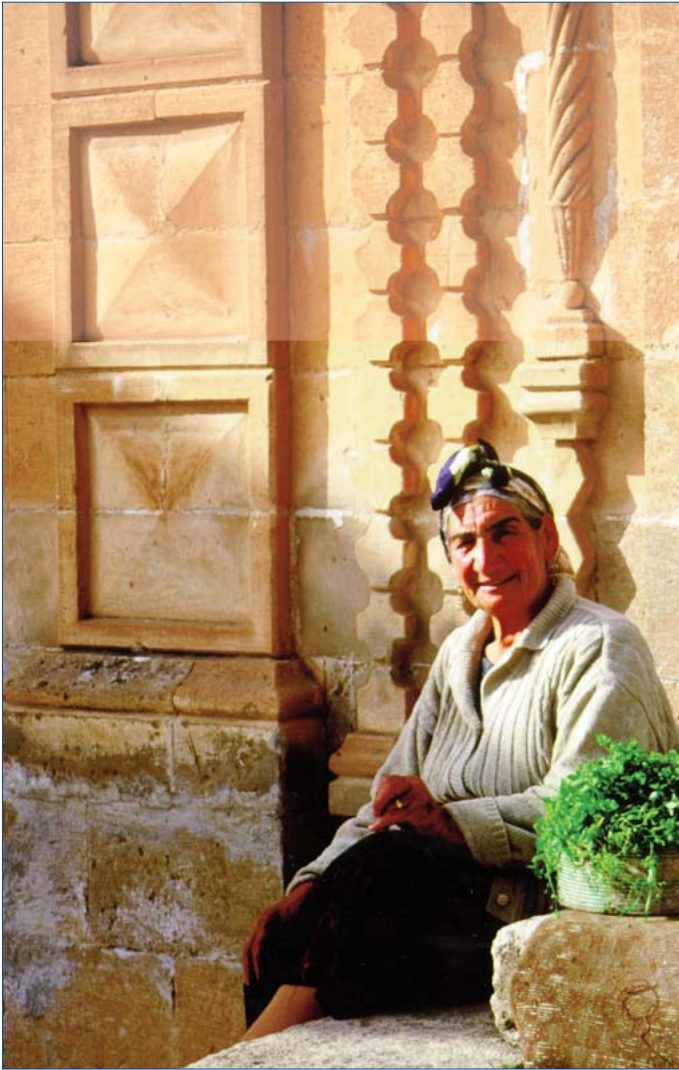
Çalışma grubuna alınan kadınların, %22.3'ü 45-49 yaş, %26.8'i 50-54 yaş, %42,6'sı 55-59 yaş grubundadır. Ülkemizde çeşitli kliniklerden elde edilen verilere göre menopoza girme yaşı 45-49 yaşları arasında değişmektedir (1, 6).

Menopozal dönemde görülen yakınmalar ve yakınmaların şiddeti biyolojik, psikososyal ve kültürel değerlerden etkilenmektedir (7, 8). Değişik ülkelerde karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışmada, sıcak basması Çin'de %57.0,

Hongkong'da %58.0, Malezya'da %30.1, Tayvan'da %49.3, Tayland'da %70,1 olarak belirlenmiştir (9). Pek çok kültürde cinsellik, kadının toplumdaki rolleri, cinsiyete özgü stres ve yaşlanma gibi konular, menopozun fiziksel ve sembolik anlamı ile oldukça yakından ilgilidir (10). Sıcak basması, sinirlilik ve depresyon, kadınları postmenopozal dönemde ilk beş yıl içinde en çok etkileyen belirtilerdir (11,12, 13). Ateş basması menopozal dönemde görülen ve en başta gelen yakınmalardan biridir. Araştırmaya alınan kadınların, yaklaşık beşte dördü (%81.8) ateş basmasından yakınmaktadır. Farklı bölgelerde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (1,13, 14, 15). Menopoz dönemindeki kadınların sağlık kuruluşuna başvurmada da en önemli nedeni ateş basması ve gece terlemesi yakınmalarıdır (p<0.05).

Menopozun geç döneminde ortaya çıkan osteoporoz, klinikte kendini özellikle bel ve sırttaki ağrılar, deformiteler (en sık kifoz), boyda 10-20 cm'ye varan kısalma ile gösterir (13). Bu nedenle, erken dönemde fizik muayenede kemik ve eklem ağrılarının değerlendirilmesi ve koruyucu önlemlerin alınması önem taşımaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınların, %73.5'inde eklem ağrısı, %63.7'sinde sırt ağrısı, %60.1'inde bel ağrısı yakınmaları belirlenmiştir. Bu yakınmaların adetten kesilmenin ilk yıllarına oranla ilerleyen yıllarda daha fazla ortaya çıktığı ve Tortumluoğlu'nun çalışmasında (15) %77.0, Ergöl'ün çalışmasında (17) %62.8 ve Başer'in çalışmasında da (14) %84.9 oranında olduğu saptanmıştır. Başer'in çalışmasında oranın yüksek olması, çalışmanın menopoz kliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapılmasından kaynaklanmış olabilir.

Kadınların çoğunluğunun, menopozal dönemde görülen yakınmalarının yaridan fazlasını yaşamasına ve büyük bir bölümünün sağlık güvencesi olmasına karşın, yalnızca %29.2'sinin sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir. Sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların yaridan fazlasının başvurmama nedenleri kendilerinden kaynaklanmaktadır. Bu kadınlar, yakınmalarının normal olduğunu düşündüğü (%51.1), ihmalkar davrandığı ve önemsemediği (%21.5) için bir sağlık kuruluşuna başvurmadıklarını açıklamışlardır (Tablo 1). Burada kadınların menopozu



Fotoğraf: "Düş" Mürüvvet Gümüş  
TTB - STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

algılayışları ile menopoz hakkındaki bilgi ve tutumları ön plana çıkmaktadır. Kadınların menopoza ilişkin bilgi düzeylerini incelemek üzere yapılan araştırmalarda (17,18,19), kadınların menopozal döneme ilişkin yetersiz ve yanlış bilgiye sahip oldukları gösterilmektedir.

Araştırmada kadınların (%28.2) sağlık kuruluşuna maddi durum yetersizliği nedeniyle başvurmadığı Tablo 1'de gösterilmektedir. Sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve herkesin sağlık güvencesinin olmamasının, gereksinimi olan çoğu kadının menopoza ve diğer sağlık sorunlarına yönelik sağlık hizmetlerini almalarına engel olduğu söylenebilir. 1998'de yapılan bir çalışma sonucunda da (21) sağlık sorunu karşısında, sosyal güvencesi olanların, olmayanlardan yaklaşık beş kat daha fazla hizmet için başvurduğunu göstermektedir. Sağlık güvencesinin, sağlık hizmetini almada en önemli etkenlerden biri olduğunu söylemek olanaklıdır.

Kadınların %17,2'sinin de hastanede sıra beklemenin zor olması ve gereken ilgiyi görmedikleri gibi hastane ve hastane personelinden kaynaklanan nedenlerle başvurmadıkları Tablo 1'de görülmektedir. Bu oran az gibi görünse de, kişiler yalnızca menopozal rahatsızlıklarda değil, diğer tüm sağlık sorunlarında da, bu nedenlerden dolayı çözüm aramaktan vazgeçebilmektedirler.

Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların %20.7'sinin de tedaviye başlamadığı belirlenmiştir. Önerilen tedaviye başlamama nedenleri, maddi durum yetersizliği, ilaçların kanser yapacağı kaygısı diye belirtilmiştir. Kadınlar ilaçların kanser yapacağını, basından ya da komşularından öğrendiklerini açıklamışlardır. Kocaoğlu'nun araştırmasında (21) kadınların %32'sinin, Huang ve arkadaşlarının çalışmasında (9) %24.4'ünün HRT'nin kanser yapabileceği düşüncesinde olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları yapılan bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kadınların %21.1'inin tedaviden yarar göremeyeceği düşüncesi ile, %10.5 başka ilaç almak ve diyet yapmak zorunda olduğu için önerilen tedaviye başlamadıkları saptanmıştır. Kadınların tedaviden yararlanacağından emin olmaması

ve tedavi maliyetinin yüksek olması, boş yere harcama yapıldığı düşüncesine sokabilir. Bazı araştırmalara (21) göre kadınların %40.0'ı "Hormon Replasman Tedavisini" 8 ay içinde, 2/3'ü ise bir yıl içinde bırakmaktadır. Bu araştırmada da, tedaviye başlayan kadınların %56.2'sinin tedaviyi 1-6 ay uygulayıp, %19.1'inin de 7 ay ve üzeri uygulayıp bıraktığı belirlenmiştir. Kadınların büyük bir bölümünün (%75.3) önerilen tedaviyi kısa bir süre uygulayıp bırakması dikkat çekicidir. Tedaviye devam etmeme oranının yüksek olması, tedaviye alınan kadına tedavinin ne kadar sürmesi gerektiği, yan etkilerinin neler olacağı konusunda yeterince bilgilendirilmemesi ile açıklanabilir.

Sonuç olarak çalışmada; kadınların yakınmalarının normal olduğunu düşünmesi, önemsememesi, ihmal etmesi, maddi durum yetersizliği, hastanede sıra beklemenin zor olması ve gereken ilgiyi görememesi gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmadıkları belirlenmiştir. Kadınlarda ateş basması, unutkanlık, eklem ağrısı, sinirlilik gibi menopozal yakınmalar görülmüştür. Kadının ve eşinin öğrenim durumu, sağlık güvencesi, bir sistemik hastalığının olması, ateş basması ve gece terlemesi gibi yakınmaları sağlık kuruluşlarına başvuru etkilemiştir ( $p < 0.05$ ). Kadınların büyük bir çoğunluğuna sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında HRT önerildiği, yarıdan fazlasının önerilen tedaviye başladığı ancak bu tedaviyi 1-6 ay arası uygulayıp bıraktığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Aynı bölgede kadınların menopoz hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik araştırmalar planlanabilir.
- Menopoz tedavisinin koruyucu sağlık hizmeti özelliği taşıması nedeni ile bu hizmetten toplumun her kesiminin yararlanması için hizmet maliyetinin ulaşılabilirliği sağlanmalıdır.

**İletişim:** Aynur Kızılırmak

**E-posta:** aynur268@gmail.com

## Kaynaklar

1. Yıldırım U, Maral I, Özkan S, Ali Bumin M. Ankara gölbaşı bölgesinde menopozdaki kadınların menopoz dönemi ile ilişkili yakınmaları. Sağlık ve Toplum 1999; 2: 22-25.
2. Topçuoğlu D, Topçuoğlu M.A. Menopozda cinsel yaşamın organik ve psikolojik yönü. Haseki Tıp Bülteni 2004; 42(3):177-182.
3. Ertem G. Kadınları Menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası insan bilimleri dergisi 2010; Cilt:7 Sayı:1
4. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Üniv. Tıp Fak. Dergisi 2007; 21(5): 187-193
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. Ankara, Sistem Ofset Kitapçılık, 2000:1-17.
6. Başer M, Taşçı S, Aykut M, Öztürk Y. Kadınların menopoza ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi, Didim 12-16 Eylül 1994, ss358-361,
7. Ak G, Öncel S, Yılmaz M. Menopoz belirtileri ve başa çıkma yolları. Sendrom 2002; Aralık;108-114.
8. Hunter M, Rendal M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2007; 21(2): 261-274.
9. Huang K, Xu L, Nasri N, Jaisamrarn U. The Asian Menopause Survey: Knowledge perceptions, hormone treatment and sexual function. Maturitas 2010; 65(3): 276-283
10. Lock M. Menopause in cultural context. Experimental Gerontology 1994; 29: 307-317
11. Frances R. Batzer, M D. Risk Değerlendirmesi. İn: Frances R. Batzer, MD (eds), Çağdaş Sorunlar: Perimenopoz ve Menopoz. (Çev):Kahramanoğlu M. Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. Birinci Baskı. İstanbul 2002:9-50.
12. Yıldırım M. Puberte ve menopoz. Klinik Jinekoloji.Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara,1992:54-61.
13. Pérez JAM, Garcia FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. Maturitas 2009; 6(2) : 30-36
14. Başer M. Hormon replasman tedavisinin yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002.
15. Tortumluoğlu G. Erci B. Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; Cilt: 7, Sayı: 2,
16. Saraçoğlu F. Menopoz ve hormon replasman tedavisi. Hemşire Dergisi 1997; 47 (4):48-53.
17. Ergöl Ş. Kl imakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları. Sağlık ve Toplum 2001; 1:49-57.
18. Oskay Ü. Kadınların Menopoz dönemindeki sağlık sorunlarına ilişkin bilgilerinin belirlenmesi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1995.
19. Şanlıoğlu S. Kastamonu merkez sağlık ocağı bölgesi'nde 45-60 yaş grubu kadınların menopoz ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2001.
20. Öz Akdöl Y.S. Örnek Köy Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan İnsanların Sağlık Problemleri Karşısındaki Davranışları Ve Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir 1998.
21. Kocaoğlu N. Kadınların Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul



# Hizmet-içi Eğitim Programında Yer Alan Çocuk Sağlığıyla İlgili Bilgilerin ve Uygulamaya Yansımalarının Değerlendirilmesi\*

Evaluation of the Knowledge and Application of On-The-Job Children's Health Training

Araştırma



Research

Dr. Şenay Çetinkaya\*\*

Geliş Tarihi: 27.01.2011  
Kabul Tarihi: 10.09.2011

## Öz

Bu çalışma, Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve yöneticilerin sözel olarak ilettikleri ve uygulanan ön anket ile belirlenerek oluşturulan hizmet-içi eğitim programında yer alan çocuk sağlığı ile ilgili bilgilerin ve uygulamaya yansımalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Hizmet içi eğitim (HİE) programı 14.12.2000 de başlayıp 01.03.2001 de tamamlanmıştır. Eğitim haftanın 2 günü ve her biri en az 90 dakika sürecek biçimde uygulanmıştır. Eğitimde sunum ve maketler kullanılmıştır. Evreni Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve hemşire yöneticileri oluşturmuş, örneklem alınmamış, evrenin tamamına ulaşılmıştır. Eğitim tamamlandıktan bir ay sonra eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anket formu ile değerlendirilmiştir. Yarı deneysel bir çalışmadır.

Anket formu; sosyo-demografik özellikler ve eğitimde yer alan konuları kapsayacak biçimde toplam 37 sorudan oluşmuştur. Veriler tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak, eğitim öncesi ve sonrası paired t testi ile istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Araştırmaya 23(%43.4) hemşire, 30(%56.6) ebe katılmıştır. Araştırmaya katılanların 44(%83.0)'ü 21-30 yaş, 9(%17.0)'u 31-40 yaşlarında ve 21(%39.6)'i Sağlık Meslek Lisesi, 20(%37.7)'si önlisans, 12(%22.7)'si ise lisans mezunudur.

Hemşire ve ebelerin hizmet içi eğitim öncesi toplam puanlarına mezun oldukları okulların etkisi incelenmiş ve istatistiksel olarak fark anlamlı ( $p<0.05$ ) bulunmuştur. HİE öncesi-sonrası toplam puanlarına çalıştıkları yıl ile çalıştıkları servisin etkisi incelenmiş anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Klinikte çalışan hemşire, ebelerin ilgisini çekecek konuların seçimi ve anlatılanların uygulamaya yansıtılabilecek özellikte olması eğitimi olumlu yönde etkilemiştir.

**Anahtar sözcükler:** Hizmet içi eğitim, Hemşirelik, Ebelik, Çocuk sağlığı.

## Abstract

This study has been conducted to evaluate the knowledge and resulting practical applications of the children's health on-the-job training program constructed by a pre-survey and by oral requests of nurses, midwives and administrators employed in T.R. Maternity and Pediatrics Hospital. On-the-job training program was started on December 14th, 2000 and completed on March 1st, 2001. The training was conducted twice a week, with sessions that were at least 90 minutes long. Presentations and models were used during training. The universe of the study was determined as nurses, midwives and administrator nurses employed in the Maternity and Pediatrics Hospital, no sample was taken and the whole universe was included in the study. It is a semi-experimental study.

The survey form consisted of 37 questions, covering sociodemographic characteristics and subjects of the training program. The data were evaluated in the statistics program package as numbers, percentages and pre- and post-training paired t-test.

23 (43.4%) nurses and 30 (56.6%) midwives participated in the study. 44 (83.0%) of the participants were 21-30 and 9 (17.0%) were 31-40 years of age; 21(36.9%) had graduated from Health Vocational School, 20 (37.7%) had undergraduate and 12 (22.7%) had bachelor degrees.

The schools they graduated from had a statistically significant ( $p<0.05$ ) effect on the pre-survey scores of the nurses and midwives before the on-the-job training. Their total pre- and post-test scores had no significant relationship ( $p>0.05$ ) with the number of years they have been working or with the clinic they were working in.

Selecting subjects that can attract the attention of nurses and midwives employed in the clinic and that can be practical has had a positive effect on the training program.

**Key words:** On-the-job-training, Nursing, Midwife, Children's health.

\* Uluslararası Katılımlı, 1. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi'nde (9-12 Kasım 2006, Marmaris-Muğla) poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Yrd. Doç. Çukurova Ü. Adana Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi, Adana

## Giriş

Bir ülke için kuşkusuz en önemli zenginliği, yetişmiş insan gücü oluşturmaktadır. Üretim için en temel etmenlerden biri olan insan gücünün sayısal miktarından daha önemlisi vasıf düzeyidir. Kişilere işe başlamadan önce verilen hizmet öncesi eğitim yanında, işe başladıktan sonra verilen hizmet içi eğitimin önemini en iyi anlayan ve uygulayan ülkeler, günümüzün gelişmiş ve sanayileşmiş ülkeleridir. Bu bağlamda, kişilere verilecek hizmet içi eğitim, hem verimliliği, motivasyonu artıracak, hem de iş görenlerin rahat ve sağlıklı bir ortamda çalışmalarını sağlayacaktır. Bu durum işletmelerin ve ülkelerin rekabet edebilirliği açısından da önemlidir (1).

Eğitim, genel anlamda bireyde davranış değişikliği sürecidir (2,3). Sürekli eğitim, örgün eğitimden ayrıldıktan sonra yetişkinlerin herhangi bir ödüle, başarıya, belgeye ya da doyuma yönelik olarak öğrenme yaşantılarına katılımını sağlamak amacıyla düzenlenmiş eğitsel etkinlikler olarak tanımlanmaktadır. Sürekli eğitimle hizmet öncesi eğitim ve hizmet-içi eğitim (in-service training) uygulamaları karıştırılmamalıdır. Hizmet öncesi eğitim, bir kurumda göreve başlamadan önce personele o görevin özelliğine göre gerekli bilgi ve becerileri kazandırmak için yapılan eğitimidir (2). Hizmet içi eğitim (HİE) ise, kurumlarda verimliliği artırmak için o kurumda çalışanların bilgi ve beceri eksikliklerini tamamlamak amacıyla düzenlenen kapsamı, süresi ve hedefi belirli programlı eğitim etkinlikleridir (2-6). Bu programlarda kurumsal ve bireysel yararların sağlanması beklenir (3,5,7,8).

HİE'nin amacı, değişen ve gelişen koşullara göre ortaya çıkan konuların her düzeyde personele aktarılması, haberdar edilmesidir. HİE faaliyetlerinin temel özelliği mesleki bir amaca yönelik olmasıdır (4). Genel olarak HİE ile verimliliği yükseltmek, çalışanları motive etmek, personelin dikey ilerlemesini sağlamak, çalışma ortamına dinamizm sağlamak, yöneticilerin denetim ve görev yüklerini en aza indirmek amaçlanmaktadır (7).

HİE'nin amaçları saptanırken ve plan hazırlanırken kurumun amaç ve politikası göz önünde tutulur ve uygun olmasına önem verilir. HİE planlarında, katılan personelin

eğitim gereksinimi, yetenekleri ve yeterlilikleri, öğrenim durumları, özgeçmişleri dikkate alınır (4). HİE konularının belirlenmesinde, öncelikle kurumun gelecekle ilgili planlarının açık ve net bir biçimde oluşturulması ve çalışanların bu konuda bilgilendirilmesi önemli rol oynayacaktır (7). Sağlık personeli için gereksinimlere göre saptanan konularda, haftalık ya da aylık HİE programları ile bilginin yenilenmesi ve pekiştirilmesi sağlanmaktadır (9).

Hemşireler ve ebeler sağlık stratejilerine anahtar bir kaynak olarak görülmektedir. Bu bağlamda alanında iyi eğitim alarak, yaşam boyu öğrenmeye katılarak, yetkin biçimde çalışarak, hasta, sağlıklı birey, aile ve topluma danışmanlık yaparak, profesyonel bakım standartlarını sürdüren hemşirelere gereksinim vardır.

Bu çalışma, Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve yöneticilerin sözel olarak ilettikleri ve uygulanan ön anket ile belirlenerek oluşturulan hizmet-içi eğitim programında yer alan çocuk sağlığı ile ilgili bilgilerin ve uygulamaya yansımalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, T.C. SSK Konya Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve yöneticileriyle gerçekleştirilmiştir. Kurum kalite belgesi başvurusu öncesinde gerekli olan yapılanma sürecinde, Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu yöneticisi ve çalışanlarından yardım talebinde bulunmuştur. Bu çalışma, T.C. SSK Konya Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan yöneticilerin ve sağlık personelinin sözel olarak ilettikleriyle, uygulanan ön anket ile belirlenerek oluşturulan HİE programında yer alan çocuk sağlığı ile ilgili bilgilerin ve uygulamaya yansımalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. HİE programında yer alan ve araştırmacı tarafından verilen çocuk sağlığı ile ilgili konular; HİE' in önemi, hastayla iletişim, etik, dünyada ve ülkemizde anne-çocuk sağlığı, yenidoğan muayenesi, yenidoğan resüsitasyonu, büyüme-gelişim izleminin önemi, çocukların beslenmesi, aşılarda yeniliklerdir.

HİE programı 14.12.2000 de başlayıp 01.03.2001 de tamamlanmıştır. Eğitim

**Tablo 1.** Hemşire ve ebelerin çalışma yılına ve çalıştıkları birime göre dağılımları

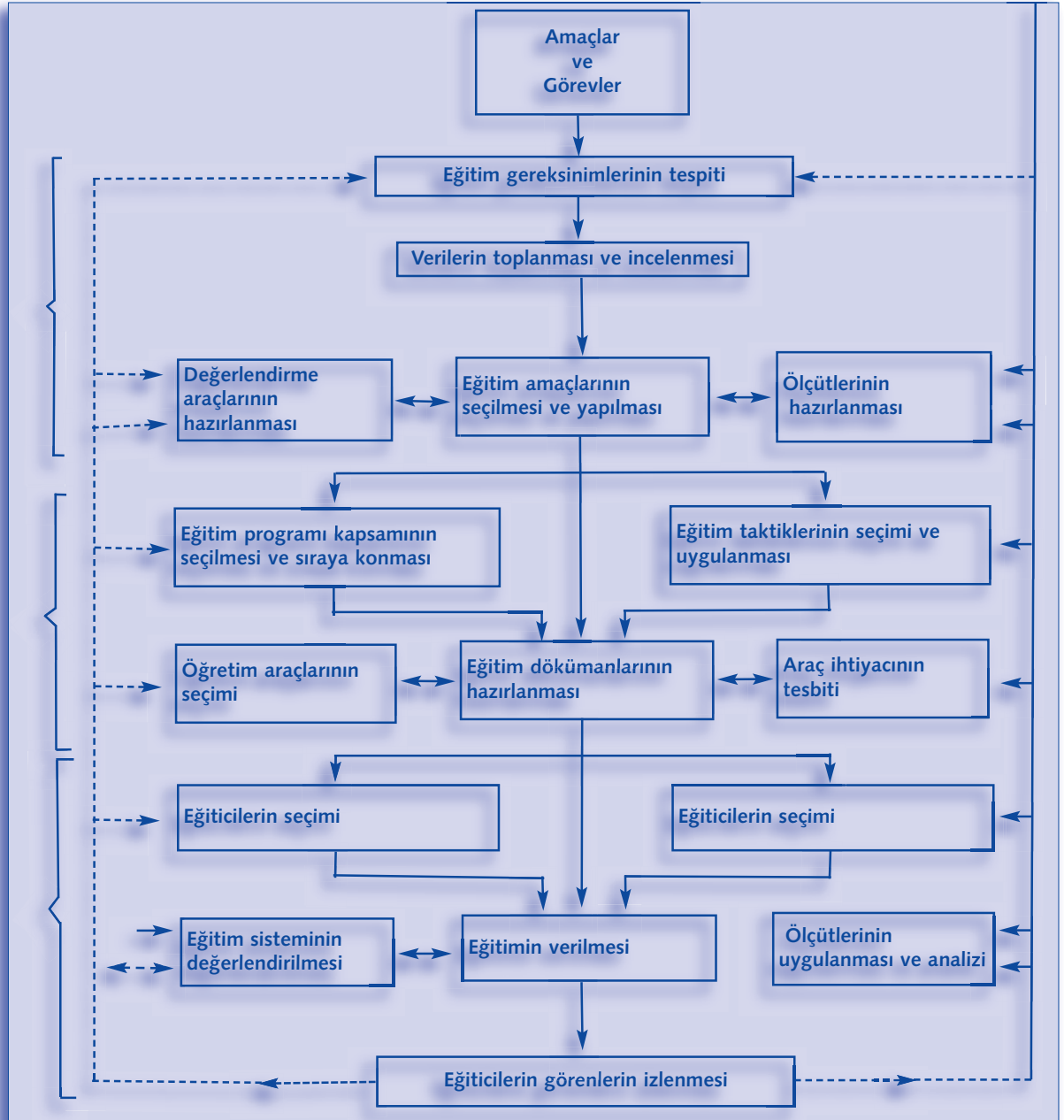
Çalışma Yılı	N	%
0-5 yıl	11	20.8
6-10	20	37.7
11-15	14	26.4
16-20	6	11.3
21 ve üzeri	2	3.8
Çalıştıkları Birim	N	%
Başhemşire	2	3.8
Acil servis	4	7.5
Ameliyathane	9	17.0
Doğum odası	10	18.9
Kadın - Doğum	14	26.4
Çocuk	14	26.4
Toplam	53	100.0

haftanın 2 günü ve her biri en az 90 dak sürecek biçimde uygulanmıştır. Eğitimde sunular ve maketler kullanılmıştır. Yenidoğan resüsitasyonu konusu maket üzerinde uygulamalı olarak anlatılmıştır. Evreni SSK Konya Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve hemşire yöneticileri oluşturmuş, örneklem alınmamış, evrenin tamamına ulaşılmıştır. Eğitim tamamlandıktan bir ay sonra eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anket formu ile değerlendirilmiştir. Yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın yapılabilmesi için kurumlardan ve araştırmaya katılan hemşire ve ebelerden sözel onay alınmıştır.

Anket formu; sosyodemografik özellikler ve eğitimde yer alan konuları kapsayacak biçimde

**Tablo 2.** Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi ve sonrası toplam puanlarına çalıştıkları yıl ile çalıştıkları birimin etkisi

Çalışma Yılı	N	%	F	P
<b>Eğitim Öncesi Puan</b>				
0-5 yıl	11	20.8	2.130	0.091
6-10	20	37.7		
11-15	14	26.4		
16-20	6	11.3		
21 ve üzeri	2	3.8		
<b>Eğitim Sonrası Puan</b>				
0-5 yıl	11	20.8	0.651	0.629
6-10	20	37.7		
11-15	14	26.4		
16-20	6	11.3		
21 ve üzeri	2	3.8		
Toplam	53	100.0		
<b>Çalıştığı Ünite</b>				
<b>Eğitim Öncesi Puan</b>				
Başhemşire	2	3.8	1.211	0.319
Acil servis	4	7.5		
Nisaiye	14	26.4		
Çocuk	14	26.4		
Ameliyathane	9	17		
Doğum odası	10	18.9		
<b>Eğitim Sonrası Puan</b>				
Başhemşire	2	3.8	2.246	0.065
Acil servis	4	7.5		
Nisaiye	14	26.4		
Çocuk	14	26.4		
Ameliyathane	9	17		
Doğum odası	10	18.9		
Toplam	53	100.0		



Şekil 1. Hizmetçi eğitim sisteminin çeşitli aşamalarını gösteren bir model

toplam 37 sorudan oluşmuştur. Veriler tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak, eğitim öncesi ve sonrası paired t testi ve anova ile istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya 23 (%43.4) hemşire, 30 (%56.6) ebe katılmıştır. Araştırmaya katılanların 44'ü (%83.0) 21-30 yaş, 9'u

(%17.0) 31-40 yaşlarındadır. Aile tiplerine göre dağılımında %86.8 çekirdek aile, %5.7 geniş aile ve %7.5 parçalanmış ailedir. Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin eşlerinin çalışıp-çalışmaması sorulmuş; 27 (%50.9) eşlerinin çalıştığını, 5 (%9.4) eşinin çalışmadığını ve 21 (%39.6) ise eşinin olmadığını belirtmiştir. Gelir durumlarını %90.6'sı orta, %7.5'i düşük ve %1.9'u yüksek olarak ifade etmiştir.

Çalışmaya katılanların 21 (%39.6) Sağlık Meslek Lisesi, 20 (%37.7) ön lisans, 12 (%22.7) ise lisans mezunudur. Çalıştıkları birime göre dağılımları; kadın hastalıkları servisi %26.4, çocuk servisi %26.4, doğum odası %18.9, ameliyathane %17, acil servis %7.5, yönetim %3.8'dir. Tablo 1' de sağlık personelinin çalışma yılına ve çalıştıkları birime göre dağılımları görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin HİE eğitim öncesi ve sonrası toplam puanları arasında fark bulunamadı (Z: -1.708, P=0.088, p>0.05). Hemşire ve ebelerin HİE öncesi ve sonrası toplam puanlarına mezun oldukları okulların etkisi incelenmiş ve eğitim öncesi (F: 3.972, P=0.025, p<0.05) istatistiksel olarak fark anlamlı bulunurken eğitim sonrası (F: 0.651, P=0.526, p>0.05) fark anlamlı bulunamamıştır.

Çalışmaya katılanların eğitim öncesi ve sonrası toplam puanlarına çalıştıkları yıl ile çalıştıkları birimin, etkisinin incelenmesi sonucunda anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 2).

HİE öncesi-sonrası toplam puanlara etki edebileceği düşünülen bazı sosyodemografik özelliklerin ilişkisi incelenmiştir. Çocuk sahibi olması, yaşları, medeni hali, aile yapısı, meslekleri, kaç yıl çalıştıkları ve çalıştıkları birimi ile aralarında istatistiksel fark anlamlı bulunamamıştır (p>0.05).

Hemşire ve ebelerin eğitim öncesi-sonrası toplam puanlarına eşlerinin mesleğinin etkisi incelenmiş ve eğitim sonrası fark anlamlı bulunmuştur (p=0.017, p<0.05) (Tablo 3).

Çalışan hemşire ve ebelerin eşlerinin işlerine baktığımızda 7' sinin astsubay, 3'ünün laborant, 2'sinin teknisyen, 1' inin polis, 1'inin avukat, 4' ünün öğretmen olmak üzere geri kalan 4 kişinin ise emekli olduğu, 2 kişinin serbest meslekte çalıştığı, 5 kişinin ise işinin olmadığı görülmüştür. Eşlerinin astsubay/polis ile öğretmen ağırlıklı olması eğitim sonrası toplam puanlarını anlamlı olarak etkilemiştir.

Planlı olarak bebek sahibi olmak isteyen bir çift neye dikkat etmelidir sorusuna eğitim öncesine göre (X=3.45, SS=2.20), eğitim sonrası bilenlerin ortalamaları artmasına karşın (X=3.51, SS=2.29) anlamlı fark bulunamamıştır (p>0.05).

## Tartışma ve Sonuç

Her kurum personelinin sürekli gelişimini sağlamak durumundadır. Günümüzde değişen örgüt ve yönetim anlayışı da HİE'ye yeni bir anlayışla bakmamızı zorunlu kılmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi ve Sıfır Hata Yönetimi olarak karşımıza çıkan bu yaklaşımlar her türlü kurumu etkilemektedir (10). Çeşitli kalite standartlarına sahip olmak için kurumların, çalışanlarına belli bir süre eğitim verdiklerini belgelemeleri gerekmektedir (2). Ayrıca örgütün vizyon ya da özel amaçlarını yerine getirmek için HİE etkili yollardan biridir (10). SSK Hastanesi Konya Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi kalite belgesine başvurmadan önce HİE planlama ve uygulama konusunda Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu yönetimi ve çalışan öğretim elemanlarından sözel ve resmi olarak yardım istemişlerdir. Hastane şehrin merkezine uzak, organize sanayi bölgesindedir. Hastane özellikle çocuk ve yenidoğan bölümü eğitim öncesi gezildiğinde, odaların çok yoğun olduğu, kullanılmayan alanların bulunduğu ve bu bölümlerin uygun biçimde kullanılması gerektiği, yenidoğan bölümünün ise aseptik teknikleri uygulama açısından uygun olmadığı gözlemlenmiş ve uzun vadede öğrencilerin uygun biçimde eğitim yapabilecekleri kurum olması gerekliliği de düşünülerek HİE plan ve içerikleri araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Algısal ve davranışsal değişikliklerin sürekliliği öğrenici durumdaki kişinin pasif değil, aktif katılımıyla yakından ilişkilidir (11). Sağlık personelinin iş uygulamaları ile aldıkları HİE' ler arasındaki tutarlılık sağlanmalıdır. Ayrıca erişkinler görüşlerinin göz önüne alınmasını isterler. Eğitimlerin çoğu bölgede sık karşılaşılan durumlara yönelik olurken, bir bölümü unutulmuş bilgi ve becerileri anımsatmalı, bir bölümü de güncel ve ilgi çeken konulara yönelmelidir (9). Velipaşaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, katılanların %96.1'i hizmet içi eğitimin içeriğinin yeni bilgilere, %52.9'u sık karşılaşılan durumlara ve %49.0'ı unutulmuş bilgi ve becerileri anımsatmaya yönelik olarak düzenlenmesi gerektiği kanısındadır (12). HİE programlarının etkili olabilmesinde klinikte çalışan hemşirelerin ilgisini çekecek bir

konunun seçilmesi önemlidir. Anlatılanların uygulamaya yansıtılabilecek özellikte olması HİE'yi olumlu yönde etkileyecektir (13). Bunun için istek doğrultusunda; uygulamaya yönelik sorunlar, hastayla iletişim, etik ile ilgili konular, sorunları ve çözümlerini de içeren eğitim planı düzenlenmiştir. Eğitim programı uygularken de tüm bunlar göz önünde bulundurulmuştur.

HİE programında yer alan ve araştırmacı tarafından verilen çocuk sağlığı ile ilgili konular; HİE'nin önemi, hastayla iletişim, etik, dünyada ve ülkemizde anne-çocuk sağlığı, yenidoğan muayenesi, yenidoğan resüsitasyonu, büyüme-gelişme izleminin önemi, çocukların beslenmesi, aşılama yenilikleridir. Benzer olarak Türk ve Çiçeklioğlu' nun (2002) yaptığı araştırmada; almak istedikleri hizmet içi eğitim başlıkları sırasıyla ana çocuk sağlığı, çocuk sağlığı ve üreme sağlığı olarak bulunmuştur (14). Velipaşaoğlu ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da en fazla ana-çocuk sağlığı alanında eğitim düzenlendiği görülmüştür (12).

Eğitime en alt düzeyde çalışanlardan en üst düzeyde çalışanları kapsayacak biçimde planlama yapılmalıdır. Bireysel ve grupsal çıkarılardan çok örgütsel çıkarlar benimsenmelidir. HİE gerekliliği çalışan personele benimsetilerek eğitim alanında isteklilik sağlanmalıdır. Çalışan personelin katılımı ile onların gereksinimleri doğrultusunda programlar yapılmalıdır. Yapılacak HİE çalışan personele uygun olmalıdır. Yöneticiler çalışan personele eğitime özendirici ortam hazırlamalıdır. Çalışan personelin belirli dönemlerde HİE'ye katılmasının, kurum açısından olduğu kadar bireysel açıdan da önemi büyüktür. Eğitim bireyin güven duygusunu artırır. Kişinin kendine güveni yüksek ise, yaptığı işin kalitesi de yüksek olacaktır. Güven duygusu gelişmiş bireyin çalışma yaşamına katkısı güven duygusu eksik olan bireye göre daha farklıdır (7). HİE' in yararlarını şu biçimde sıralayabiliriz: Eğitimin amaç ve hedeflerinin geliştirilmesi, kullanılan öğretim kaynaklarının iyileştirilmesi, öğretim araçlarının geliştirilmesi, öğrenme atmosferinin ve koşullarının iyileştirilmesi, personelin performansının geliştirilmesi (10).

SSK Hastanesi Konya Doğumevi Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde eğitimlerin yapılabileceği geniş bir alan olmadığından yemek salonu eğitim için önceden

düzenleniyordu. Barkovizyon aleti okuldan; laptop eğitimci tarafından getiriliyordu. Ancak eğitim günü, yöneticiler de dahil olmak üzere katılım oldukça yüksek oluyordu. Eğitim sonrası kurum, barkovizyon aleti ve bilgisayar aldı. Daha sonra da sağlanan kurumlar arası olumlu iletişim sürdürüldü.

Öğrenme diğer bütün aktivitelerin ve araştırmaların başında gelmelidir (15). Öğrenilenler uygulanmak istendiğinde nelerle karşılaşılacağı, nasıl kolaylaştırılacağı, engeller varsa, nasıl üstesinden gelineceği düşünme ve karar oluşturma DDÖ (Deneyime Dayalı Öğrenme) sürecinde öğrenmeyi gerçekleştiren son aşamadır. Eğitimcilerin temel işlevi, bu aşamaları bilinçli olarak kullanarak, insanların deneyimlerle kazanacakları değişimleri kolaylaştırmak ve kazanımlarını uygulamaya hazır duruma getirmektir (16). Sağlık personelinin HİE'nin önündeki engellerin kaldırılması ve niteliğinin yükseltilmesi durumunda sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla toplum sağlığına son derece olumlu yansımaları olacağı açıktır (9).

Bire bir ilişkide, hasta yakınları ile iletişim ve etkileşimde, toplumda ya da sınıfta öğretim, hemşirenin geleneksel rolüdür. Günümüzde HİE programlarında klinisyen hemşirelerin eğitimci olarak sorumluluk almaları, bu role ilişkin yeterli donanımda olmalarını zorunlu kılmaktadır. Bu yaklaşımla üstlendiği roller, klinisyen hemşirelere ideal bir öğrenim deneyimi kazandırmakta, oluşturduğu model diğer hemşirelerin güdülenmesini artırmakta, onların kendilerini baskı altında hissetmemelerini ve her yönüyle destekleyici tutum almalarını sağlamakta; yanı sıra öğrenci hemşireler içinde iyi bir kaynak ve rol modeli oluşturmaktadır (13).

Hizmet içi eğitimin sonucunda verimlilik artışını ölçen sonuçlara tam olarak rastlanılmamıştır (7). Akgün ve arkadaşlarının (2003) çalışması sonucunda, sürekli HİE çalışmalarının hemşirelerin bilgi düzeylerinde olduğu kadar, tutum ve davranışlarında da anlamlı ilerlemeler sağladığı belirlenmiştir (17). Türk ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada bilgilerde artış sağlamak, zaman içinde azalmasını önlemek ve ayrıca doğru tutum ve davranış geliştirmelerini sağlamak için belirli aralıklar ile ve sürekli olarak hizmet içi eğitimlere gerek olduğu sonucuna varılmıştır (18). Eğitim sonucunda kurum kalite

belgesini almış, çocuk servisi ve yenidoğan bölümünde önerilen tadilatlar yapılmış, aseptik tekniklere daha fazla özen gösterilmiş, çalışan hemşire ve ebeler öğrenci eğitiminde rol model olduklarını, güncel bilgilere ulaşmaları gerekliliğini anımsamışlardır.

Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin HİE eğitim öncesi ve sonrası toplam puanları arasında fark yoktur (Z: -1.708, P=0.088,  $p>0.0.5$ ). Araştırmacı, uyguladığı bilgi sorularının, içerik olarak eğitim grubuna göre zor olabileceğini düşünmektedir. Bu konuda araştırma yapmayı planlayanlara soru içerikleri açısından nasıl olduğu konusunda soru sormaları önerilebilir. Kiter (2002) çalışmasının sonucunda benzer olarak eğitim hazırlığı sırasında belirlenen hedeflerin bir bölümüne ulaşılmış olsa da ve yorumların çoğunluğu eğitim toplantısının başarılı geçtiğini düşündürse de, ikinci anketten sonra ulaşamadığı hedefler için huzursuzluk duyduğunu ifade etmiştir (19). Kider' in de belirttiği gibi sonuçta gereken dersleri çıkararak ileride ki çalışmalarda neler yapabileceğimizi düşünmek gerekmektedir.

Yılmaz ve Özkan'ın (2005) yaptığı çalışmada hemşirelerin mezuniyet sonrasında bilimsel yayınları takip etme durumu düşük bulunmuştur (21). Koç ve Sağlam'ın (2005) sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sürekli eğitime ilişkin görüş ve düşüncelerinin belirlenmesi için yaptıkları çalışma sonucuna göre, öğrencilerin çok az bir bölümünün mesleki bir dergiye abone olmalarına karşın, mezun olduktan sonra yardan fazlasının mesleki bir dergiye abone olmayı düşündüğü ve sürekli eğitime ilişkin düşüncelerinin de olumlu olduğu belirlenmiştir (22). Türk Hemşireler Derneği mezuniyet önce/sonrası eğitime nitelik artırıcı düzenlemelerin sağlanmasını istemektedir (23).

Kurumun HİE'ye verdiği önem, çalışanların farklı kurumlarda aynı statüde çalışanlar arasındaki farklılığı artıracaktır. Bu durum kurumu dışarıdan gözlemleyenlerin bakış açısını değiştirecek, kurumsal imajı olumlu değiştirecektir. Aynı zamanda kurum çalışanlarının da prestiji daha farklı olacaktır (7).

Sağlık personelinin eğitiminde gerek HİE boyutunda, gerekse hizmet öncesi eğitim boyutunda, değişim yönetimini önemli bir araç olarak benimsemek ve özenle

uygulamakta yarar görülmektedir (4). Özen'in (2004) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, HİE programlarında kalitenin artırılması için HİE programlarında görev alan öğretim elemanlarının konu alanı uzmanı kişiler olmaları, yetişkinlik eğitimi konusunda bilgili olmaları, akademisyenler arasından seçilen kişiler olmaları, mesleğinin gerektirdiği bilgi, beceri, davranış ve tutumlara sahip olmaları önemli görülmektedir (24). Günümüzde kurumlarda düzenlenen HİE programları o mesleğin içinde olan kişilerce yerine getirilmektedir. Oysa üniversitede deneyimli akademisyenlerden eğitimde destek ve danışmanlık alınması katkısı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, HİE öncesi çalışanların mezun oldukları okul etkili olmuş, eğitim sonrası ise eşlerinin mesleği etkili olmuştur. Klinikte çalışan hemşire ve ebelerin ilgisini çekecek konuların seçimi ve anlatılanların uygulamaya yansiyabilecek özellikte olması, eğitimi olumlu yönde etkilemiştir. Uzun vadede kurumlar arası iletişim ve olumlu sonuçlarının topluma yansımaları gözlemlenmiştir.

**İletişim:** Dr. Şenay Çetinkaya

**E-posta:** scetinkaya@cu.edu.tr

#### **Kaynaklar**

1. Öztürk M, Sancak S. Hizmet içi eğitim uygulamalarının çalışma hayatına etkileri. Journal of Yasar University 2007; 2(7): 761-794.
2. Tabak RS. Sürekli Eğitim, sürekli mesleki gelişim, hizmet içi eğitim: Kavramsal giriş ve tarihsel gelişim. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. TTB Manisa Tabip Odası, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü. Manisa: Yedikardeş Form&Ofset; 13-14 Nisan, 2006. ss. 13-24.
3. Taymaz H. Hizmet İçi Eğitim. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Eğiticilerin Eğitimi Ders Notları. Birinci Baskı. Ankara: Torun Matb. 2001. ss. 8-36.
4. Sarpdağ M. Hizmetiçi eğitim ve kalite kavramları. Accessed 21.12.2009. <http://www.cagipolisi.com.tr/44/33-3435-36.htm>.
5. Dal Ü. Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim Hastanesi'nde hemşireler için hizmet içi eğitim. ZSYOD. 2005; 1-(2): 66.
6. Ulupınar S, Genç Z. Özel bir hastanede yapılan hizmet içi eğitim programının değerlendirilmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası katılımlı). İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu. 10-12 Eylül, Kıbrıs. 1997. ss. 311-314.
7. Selimoğlu E, Yılmaz HB. Hizmet içi eğitimin kurum ve çalışanlar üzerine etkileri., PARADOKS,

- Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi, (e-dergi), <http://www.paradoks.org>. 2009; 5(1): 1-12.
8. Altınışık S. Hizmetçi eğitime katılmanın okul yöneticilerinin iş doyumuna etkisi. VII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Cilt 1. Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü. 9-11 Eylül, Konya. 1998. ss. 165-174.
  9. Kılıç B. Eğitim Araştırma Bölgelerinin Temel Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sürekli Eğitimindeki Rolü. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. TTB Manisa Tabip Odası, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü, 13-14 Nisan, Manisa: Yedikardeş Form&Ofset. 2006. ss. 37-41.
  10. Özdemir S, Yalın Hİ. Öğretmenlerin hizmetiçi eğitim ihtiyacının belirlenmesi üzerine bir araştırma. VII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Cilt 1. Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü. 9-11 Eylül, Konya. 1998. ss. 503-520.
  11. Güler Ç. Temel Sağlık Hizmetlerine Sürekli Eğitimin Gereklerinin Belirlenmesi ve Yöntemi. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. TTB Manisa Tabip Odası, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü, 13-14 Nisan, Manisa, Yedikardeş Form&Ofset. (2006). ss. 25-36.
  12. Velipaşaoğlu S, Kılıç B, Aksakoğlu G. Urla Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde birinci basamak sağlık personelinin hizmetiçi eğitimleri ve etkileyen etmenler. STED. 2005; 14(12): 260-267.
  13. Akyolcu N. Klinisyen hemşirelerin gerçekleştirdikleri hizmetiçi eğitim programlarının etkinliğini artıracak öğretim stratejileri. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası katılımlı). İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu. 10-12 Eylül, Kıbrıs. 1997. ss. 286-288.
  14. Türk M, Çiçeklioğlu M. Bornova sağlık grup başkanlığı bölgesinde çalışan ebe/hemşirelerin hizmetiçi eğitim önceliklerinin belirlenmesi. Sağlık ve Toplum. 2002; 12(3): 63-68.
  15. Dembner A. Study calls for UMass to shift focus Urges emphasis on job training over research (City Edition). Boston Globe (pre-1997 Fulltext). Boston. 1995. pp. 17.
  16. Bulut A. Deneyime Dayalı Öğrenme. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. TTB Manisa Tabip Odası, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü, 13-14 Nisan, Manisa: Yedikardeş Form&Ofset. 2006. ss. 43-45.
  17. Akgün S, Timurkaynak F, Azap A, Arslan H. Bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerin hastane infeksiyonları konusunda bilgi, tutum ve davranışları üzerine hizmetiçi eğitimlerin rolü. MN-Klinik Bilimler&Doktor. 2003; 9(4): 396-400.
  18. Türk M, Altıoğlu I, Çiçeklioğlu M, Büke Ç, Erensoy S, Bilgiç A. Hastane sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunma yolları konusunda eğitimi. Ege Tıp Dergisi. 2002; 41(4): 195-199.
  19. Kiter G. Bir Hizmet İçi Eğitimin Değerlendirilmesi. Accessed 21.12.2009. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0800/1.html>. STED Ağustos 2000.
  20. Akhun, I. Hizmet içi eğitimin değerlendirilmesi. Accessed 07.01.2010. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/499/5913.pdf>
  21. Yılmaz E, Özkan S. Hemşireler mezuniyet sonrasında kendilerini geliştirmek için neler yapıyor? IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. TTB Manisa Tabip Odası, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü, 13-14 Nisan, Manisa: Yedikardeş Form&Ofset. 2006. ss. 85.
  22. Koç Z, Sağlam Z. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sürekli eğitime ilişkin görüş ve düşüncelerinin belirlenmesi. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. TTB Manisa Tabip Odası, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü, 13-14 Nisan, Manisa: Yedikardeş Form&Ofset. 2006. ss. 137.
  23. Bahar Z. Türk Hemşireler Derneği (THD), sağlık çalışanlarının sürekli eğitiminde sorumluluğu nedir? IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. TTB Manisa Tabip Odası, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Müdürlüğü, 13-14 Nisan, Manisa: Yedikardeş Form&Ofset. 2006. ss. 55-58.
  24. Özen R. Hizmet içi eğitim programlarında görev alan öğretim elemanlarının yeterliliklerine ilişkin kursiyerlerin görüşleri. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 6-9 Temmuz, Malatya. 2004.



Fotoğraf: Şenol Güler



# Doğum Sonu Dönemde Primipar Anne ve Ebe/Hemşirelerin Eğitim Önceliklerinin Karşılaştırılması\*

Teaching Priorities of Postpartum Primiparous Mothers and Midwives/Nurses

Araştırma



Research

*Kamile Altuntuğ\*\* , Dr. Ali Acar\*\*\**

Geliş Tarihi: 24.02.2011

Kabul Tarihi: 19.08.2011

## Öz

**Amaç:** Araştırma, primipar anneler ile doğum sonu bakım veren ebe/hemşirelerin doğum sonu bakıma ilişkin önceliklerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma; Konya Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde doğum sonu bakımı sağlayan 73 ebe ve hemşire ile vaginal doğum yapan 240 primipar anne ile yapılmıştır. Veriler, "Primipar Anneleri Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Anket Formu", Ebe ve Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Anket Formu" ile anneler ve ebe/hemşireler için kullanılan "Brucker-MacMullen & Ruchala Doğum Sonu Eğitim Formu" kullanılarak toplandı. Veriler sayı, yüzde, ortalama±standart sapma kullanılarak özetlendi ve değerlendirilmede t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), değişkenler arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile Tukey's HSD testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Anneler ile ebe/hemşireler arasında yenidoğanın bakımı konusunda önceliklerin farklı olmadığı ( $p>0.05$ ), doğum sonu anne eğitimi ile ilgili genel sıralamada önceliklerin farklı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Annelerin %68.3 'ünün yenidoğanın hastalıkları, ebe/hemşirelerin %76.7'sinin yenidoğanın beslenmesi konularına öncelik verdiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Daha etkili bir doğum sonu eğitim için; kısa süreli hastanede kalan annelerin eğitimlerinin yalnızca ebe/ hemşireler açısından planlanmaması, annelerin bakım gereksinimlerinin önceliklerinin de dikkate alınmasının önemli olduğu bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Doğum sonu bakım, Anne, Öğrenme, Hemşire, Öncelikler

## Abstract

**Objective:** This descriptive study was planned to determine the postnatal care priorities of primiparous postpartum women and midwives/nurses.

**Material and Method:** 73 midwives/nurses providing postnatal care in Konya Dr. Faruk Sükan Obstetrics and Children's Hospital and 240 primiparous mothers who had a vaginal delivery in the same hospital participated in the study. The data in study were collected with separate questionnaire forms for midwives/nurses and mothers that determine their characteristics and with "Brucker-MacMullen & Ruchala Postnatal Teaching Questionnaire" for both the midwives/nurses and the mothers. The data were summarised by numbers, percentages and mean  $\pm$  standard deviation. The data were analysed by t test and one-way analysis of variance (ANOVA) and Tukey's HSD test was utilised to determine the group from which significant differences originate.

**Results:** As a result of the evaluation of the data, it has been found out that while there is no difference in the priorities about neonatal care education by the new mothers and midwives-nurses ( $p>0.05$ ), the priorities in postpartum maternal care education are different ( $p<0.05$ ). While 68.3 % of mothers prioritise the findings of neonatal disease, 76.7 % of midwives-nurses prioritise the nutrition of the newborn.

**Conclusion:** It was concluded that for a more effective postpartum education, the training of mothers, who stay in the hospital for only a short period of time, should not just be planned by midwives/nurses but also should take into account the care priorities of the mothers.

**Key words:** Postpartum care, mother, Learning, Nurses, priorities

\* I. Uluslararası Katılımlı Ulusal TSK Hemşirelik Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, "Doğum Sonu Dönemde Anneler İle Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncelikleri" adlı, Yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

\*\*Öğr. Gör.; Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu, Konya [sted](http://www.selcuk.edu.tr) • 2011 • cilt 20 • sayı 4 • 163

\*\*\*Prof. Dr.; Selçuk Ü. Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Konya

## Giriş

Anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan doğum sonu dönem, çok hızlı ve kompleks bir yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal dengelerin bozulduğu ve değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı kriz dönemidir (1-5). Aynı zamanda kadının bebeğin doğmasıyla annelik rolünü takındığı, yeni role uyumun sağlandığı ve aile üyeleriyle ilişkilerin yeniden tanımlandığı özel bir dönem olup, birçok kadın tarafından pozitif olarak yaşanan gelişimsel bir dönemdir (6). Doğum sonu dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrutusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir (1, 7).

Her anne bireysel olarak ele alındığında doğum sonu dönemde hemşirelik bakım gereksinimleri farklılık gösterebilir hemşire ise burada rehber durumundadır (8). Hastanın kendi gereksinimlerini tanıması, sorun olarak ortaya koyması, hemşirenin gösterdiği seçeneklerden kendisine en uygun bakımı seçmesi, planlaması ve uygulaması gerekmektedir. Bunu uygulayabilmek için hastanın kendi bakım gereksinimlerini tanıyabilecek durumda olması bunun yanında, bakımın planlanmasında yardımcı olan hemşirenin de hastanın bakım gereksinimlerini bilmesi gerekir (9,10). Bu denli önemli olan hemşirelik bakımı; annenin, bebeğin ve ailenin fiziksel, psiko-sosyal gereksinimlerini tanımlama, odaklanma, çözümlenme ve ailenin yeni duruma uyum sağlamasında kapsamlı, etkin kaliteli, profesyonel, amaca yönelik, bireye özgü eğitim ve problem çözmede temel oluşturan bir bakım sistemi olarak sağlanır (3, 4, 11, 12).

Hasta eğitimi, ailenin duruma adaptasyonu, doğum sonu dönemin yönetimi, yenidoğanın bakımı, öz bakım ile ilgili beceri ve bilgileri doğum sonu hemşirelik uygulamalarının temelidir (3,4). Etkili bir postpartum eğitimi yönetebilmek için, kişisel gereksinimlere yanıt verecek bir yol bulmak

postpartum servisinde çalışan hemşireler için temel bir müdahale alanıdır (3,13,14).

Bu bilgiler ışığında araştırma, primipar anneler ile doğum sonu bakım veren ebe ve hemşirelerin doğum sonu bakıma ilişkin önceliklerini belirleyerek ilişkili etmenleri incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## Yöntem

### Araştırma Evreni ve Örneklemi:

Araştırma evrenini, Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde doğum sonu bakımı sağlayan 73 ebe ve hemşire ile normal, komplikasyonsuz vaginal doğum yapan, gebelikleri boyunca herhangi bir sorun yaşamayan ve sağlıklı yenidoğana sahip olan 240 primipar anne oluşturmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Bakımevi başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi: Verilerin toplanmasında "Primipar Anneleri Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Anket Formu", "Ebe ve Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Anket Formu" ile "Brucker-MacMuclen &Ruchala Doğum Sonu Eğitim Formu" kullanılmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Brucker-MacMuclen &Ruchala Doğum Sonu Eğitim Formu: Saint Louis Üniversitesi Hemşirelik okulunda, Perinatal Hemşireliğin Koordinatörü ve Hemşirelikte Master Programının Direktörü olan Patsy L. Ruchala'nın izni alınarak ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılarak form kullanılmıştır (15). Form; doğum sonu eğitim konularını tanımlamaktadır. Doğum sonu eğitim formunun içerik alanları aynı olan 4 formu bulunmaktadır. A formu hastanede görev yapan hemşirelere, B formu halk sağlığı hemşirelerine, C formu normal doğumdan sonra 24 saat içinde hastanede kalan annelere, D formu ise hastaneden taburcu olduktan sonra doğum sonu 3 ve 5. günlerinde annelere uygulanabilecek niteliğe sahiptir.

Ancak bu formların yalnızca ikisi (doğum sonu bakım ve eğitimi sağlayan ebe ve hemşireler için A formu ile yeni doğum yapmış anneler için C formu) kullanılmıştır.

Doğum Sonu Eğitim formu toplam 23 maddeden oluşmaktadır. İlk 12 madde annenin kendi bakımı ile ilgili, daha sonraki 11 madde ise bebeğin bakımı ile ilgili soruları içermektedir. Her bir madde, 4 likert tipli ölçek üzerinde annelerin, ebe ve hemşirelerin yanıtlanmasına göre 1'den 4'e kadar puanlanmıştır.

Ölçek, ülkemizde daha önce bir çalışmada kullanılmadığı için ilgili kaynakta belirtilen kurallara göre geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak kullanılmıştır (16,17).

Ölçeğin yeni doğum yapmış anneler için C formunda Cronbach alpha = 0.79; doğum sonu bakım ve eğitimi sağlayan ebe ve hemşireler için A formunda Cronbach alpha= 0,81 olarak saptanmıştır. Çıkan cronbach alfa değerleri sonucunda anket formu araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Araştırma formları, araştırma kapsamına alınan anneler ile ebe ve hemşirelerin sözel izin alınarak tek tek görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Veriler sayı, yüzde, ortalama±standart sapma kullanılarak özetlenmiş ve değerlendirilmede t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), değişkenler arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile Tukey's HSD testi kullanılmıştır.

## Bulgular

Araştırmaya alınan annelerin %62.2 gibi büyük bir bölümünün 19-23 yaş grubunda, %70.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %27.5'inin sağlık güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Eşlerin %53,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %88.8'inin işçi ya da serbest meslek sahibi oldukları saptanmıştır.

Araştırmaya alınan ebe ve hemşirelere ilişkin sosyodemografik özellikler incelendiğinde %43.8'nin açık öğretim mezunu olduğu, %39.7'sinin 24-28 yaşlarında olduğu, %65.8'inin ebe, %21.9'unun hemşire, %12.3'ünün ebe-hemşire olarak mezun olduğu, %42.5'inin 6-10 yıldır çalıştığı belirlenmiştir.

Anneler ile ebe ve hemşirelerin doğum sonu anne bakımına ilişkin eğitim konularına verdikleri puanlar incelendiğinde; annelerin 3.17 (±SS 0.44) en düşük, ebe ve hemşirelerin 3.27 (±SS 0.37) en yüksek anne bakımına ait puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 1).

Anneler ile ebe/hemşirelerin doğum sonu bebek bakımına ait eğitim konularına verdikleri puanlar incelendiğinde; annelerin 3.17 (±SS 0.48) en düşük, ebe ve

**Tablo 1.** Anneler ile ebe ve hemşirelerin doğum sonu anne bakımına ve bebek bakımına ilişkin eğitim konularına verdikleri puanlar (ortalama ± standart sapma)

Eğitim Konuları	Gruplar				t	p
	Anne (n: 240)		Ebe Hemşire (n: 73)			
Perine Bakımı	3.37	±0.80	3.68	±0.50	3.18	0.00
Dikişlerin Bakımı	3.46	±0.72	3.73	±0.51	2.96	0.00
Barsak Fonksiyonu	3.04	±0.85	3.25	±0.66	1.89	0.05
İdrar Yapma Fonksiyonu	2.87	±0.90	3.16	±0.69	2.55	0.01
Aile Planlaması /Yöntemler	3.26	±0.84	3.48	±0.60	2.09	0.03
Anne bakımına ait ortalamalar	3.17	±0.44	3.27	±0.37	1.86	AD
Yenidoğanın Beslenmesi	3.55	±0.68	3.74	±0.50	2.20	0.02
Yenidoğanın Banyosu	3.10	±0.90	2.88	±0.76	1.92	0.05
Göbek Bakımı	3.09	±0.91	3.37	±0.61	2.46	0.01
Sünnet Bakımı	1.68	±1.55	2.63	±0.96	4.97	0.00
Yenidoğana Kan TestlerininYapılması	3.51	±0.69	3.30	±0.68	2.24	0.02
Yenidoğanın Hastalık Bulguları	3.60	±0.67	3.42	±0.66	1.92	0.05
Bebek bakımına ait ortalamalar	3.17	±0.48	3.25	±0.45	1.39	AD

AD=Anlamlı Değil)

**Tablo 2.** Anneler ile ebe ve hemşireler açısından doğum sonu dönemde annelerin eğitimi için çok önemli buldukları konuların sıralanması

Anneler (n=240)		Hemşireler (n =73)	
Eğitim Konuları	Ort.	Eğitim Konuları	Ort.
1 Yenidoğanın Hastalık Bulguları	3.59	1.Yenidoğanın Beslenmesi	3.74
2. Yenidoğanın Beslenmesi	3.55	2. Dikişlerin Bakımı	3.73
3. Yenidoğanın Büyüme-Gelişmesi	3.51	3. Perine Bakım	3.68
4. Yenidoğana Kan Testi Yapılması	3.50	4. Yenidoğanın Aşılması	3.56
5. Dikişlerin Bakımı	3.45	5. Aile Planlaması/Yöntemler	3.48
6. Doğum Sonu Komp. Bulguları	3.43	6. Doğum Sonu Komp. Bulguları	3.48
7. Yenidoğanın Güvenliği	3.42	7. Yenidoğanın Hastalık Bulguları	3.42
8. Yenidoğanın Aşılması	3.40	8. Yenidoğanın Büyüme-Gelişmesi	3.41
9. Kanama Kontrolü	3.38	9. Yenidoğanın Göbek Bakımı	3.37
10. Perine Bakımı	3.37	10 Yenidoğanın Ateşine Bakmak	3.32

hemşirelerin 3.25 ( $\pm$ SS 0.45) en yüksek bebek bakımına ait puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Anneler ile ebe ve hemşirelerin doğum sonu dönemde anne eğitimi ile ilgili öncelikler incelenmiştir. Primipar anneler için ilk sırada yenidoğanın hastalık bulgularına ( $x=3.59$ ) ait eğitim, bakım veren ebe/hemşireler için ise yenidoğanın beslenmesi ( $x=3.74$ ) ilk sırada yer almıştır. Yapılan istatistiksel incelemede ebe ve hemşireler arasında yenidoğanın bakımı konusunda önceliklerin farklı olmadığı ( $p>0.05$ ), doğum sonu anne eğitimi ile ilgili genel sıralamada önceliklerin farklı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 2).

### Tartışma

Çalışmamızda; annelerin 3.17 ( $\pm$ SS 0.44) en düşük, ebe ve hemşirelerin 3.27 ( $\pm$ SS 0.37) en yüksek anne bakımına ait puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Doğum sonu bebek bakımına ait eğitim konularına verdikleri puanlar incelendiğinde; annelerin 3.17 ( $\pm$ SS 0.48) en düşük, ebe ve hemşirelerin 3.25 ( $\pm$ SS 0.45) en yüksek bebek bakımına ait puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Annelerin çoğu taburcu olduktan sonra eve gitmeye istekli olmalarına karşın, kendilerini taburculuk için hazır hissetmezler. Anneler yenidoğan bakımının yanı sıra kendi bakımları hakkında da daha fazla bilgiye

**Tablo 3.** Anneler ile ebe ve hemşireler arasındaki eğitim önceliklerinde ilk 3 sırada yer alan eğitim konuları

Annelere göre Bebek Bakımı İle İlgili	Ebe ve hemşirelere göre Bebek Bakımı İle İlgili
1.Yenidoğanda Hastalık Bulguları (%68.3)	1. Yenidoğanın Beslenmesi (%76.7)
2. Yenidoğanın Beslenmesi (%64.2)	2. Yenidoğanın Aşılması (%65.8)
3. Yenidoğanın Büyüme-Gelişmesi (%61.7)	3. Yenidoğanda Hast. Bulgu. (%50.7)
	4. Yenidoğanın Büyüme-Gelişmesi (%50.7)
Kendi Bakımları İle İlgili	Anne Bakımı İle İlgili
1. Epizyotomi Bakımı (%56.7)	1. Epizyotomi Bakımı (%75,3)
2. Doğum sonu Komp. Belirtileri (%56.3)	2. Perine Bakımı (%69,9)
3. Kanama Kontrolü (%52.9)	3. Doğum Sonu Komp. Belirtileri (%58.9)

gereksinim duymaktadırlar (3). Bowman (2006) çalışmasında da, özellikle adölesan annelerin hastaneden taburcu olmadan önce bebek bakımı ile ilgili bilgi almak istediklerini vurgulamıştır. Davis ve ark'nın (1988) yaptığı bir başka çalışmada yeni annelerin sıklıkla yeni doğan bakımını sağlamada kaygılandıkları ve öz bakımlarında rahatsızlıklar hissettikleri rapor edilmiştir.

Yapılan araştırmalar, annelerin eğitim gereksinimlerinin içinde buldukları döneme göre değiştiğini, eğitim gereksinimlerinin sağlık personeli ve anneler tarafından farklı değerlendirildiğini göstermektedir. Annelerin katılımı ile yapılan değerlendirmelerden sonra, bakım gereksinimleri için birlikte planlama yapılması ve değişen gereksinimlerinin farklı dönemlerde yeniden belirlenerek, buna uygun eğitim verilmesi, ev ziyaretleri ve telefonla izleme birlikte eğitimin etkinliği artırılabilir (15,18,19). Doğum sonu dönemde anneler ile ebe/hemşireler tarafından hem anne, hem de yenidoğanın fiziksel sağlığı üzerine odaklanan eğitim konularına gereksinim duymaları yapılan araştırmalarla benzerlik göstermektedir (14,15,20). Bull ve Lawrence (1985) ilk kez anne olan kadınların öncelikle bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili olarak fazla bilgiye gereksinim duyduklarını belirterek bizim araştırma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Bunun yanında; Hiser (1987), Davis ve ark (1988) bebek bakımının yanında ilk kez anne olan kadınlarda kişisel görünümünün de önemini vurgulamışlardır

Anneler ile ebe ve hemşirelerin doğum sonu dönemde anne eğitimi ile ilgili öncelikler incelendiğinde; anneler için ilk sırada yenidoğanın hastalık bulgularına ( $x=3.59$ ) ait eğitim, bakım veren ebe/hemşireler için ise yenidoğanın beslenmesine ( $x=3,74$ ) ait eğitim ilk sırada yer almıştır. İstatistiksel incelemede ebe ve hemşireler arasında yenidoğanın bakımı konusunda önceliklerin farklı olmadığı ( $p>0.05$ ), doğum sonu anne eğitimi ile ilgili genel sıralamada önceliklerin farklı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kısa süre hastanede kalan annelerin öğrenme gereksinim önceliklerini tanımlamak, verimli eğitim programlarını geliştirmek için oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti sunanlar annelerin öğrenme gereksinimlerinin farkına vararak onların anlayabileceği biçimde eğitim

verirlerse annelerin öğrenmelerini daha da kolaylaştıracaklardır. Bizim araştırma bulgularımıza göre; anneler ile ebe/hemşirelerin doğum sonu dönemde hem annenin, hem de yeni doğanın fiziksel sağlık gereksinimine ait konularının çok önemli olduğu üzerinde odaklanmıştır. Daha önce doğum deneyimi olmayan primipar annelerin; doğum sonu dönemde öncelikle, bebek bakımına ait eğitim konularını öğrenmek istedikleri sonucu farklı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (13,21,23,24). Beger ve Cook (1998) çalışmalarında ise; doğum sonu dönemde; annelerin gereksinim duydukları eğitim konuları ve beklentileri ile rutin yapılan eğitimler arasında farklılık olabileceğini bildirmişlerdir. Arslan'ın (2001) yaptığı çalışma sonuçlarına göre; annelerin en sık bebeklerle ilgili konularda danışmanlık istedikleri, bebekle ilgili olarak danıştıkları konuların başında bebek beslenmesinin geldiği, bunu sırasıyla bebeğin hastalığı, bebeğin dışkılama örüntüsü, bebek banyosu- vücut bakımı ve bebekle iletişim konularının izlediği saptanmıştır (25,26). Diğer taraftan birçok çalışma, postpartum dönemde annelerin sıklıkla epizyotomi, meme dolgunluğu, sezaryen ya da hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, yorgunluk, psikolojik sorunlar ve destek sistemi eksikliği gibi rahatsızlıklar yaşadıklarını ortaya koymaktadır (27).

### **Sonuç ve öneriler**

Araştırma kapsamına alınan anneler ile ebe ve hemşireler, doğum sonu dönemde hem annenin, hem de yeni doğanın fiziksel sağlık gereksinimlerinin çok önemli olduğu üzerine odaklanmıştır.

Anneler ile ebe ve hemşireler arasındaki eğitim önceliklerinde ilk üç sırada yer alan konu başlıklarına baktığımızda, her iki grupta bebek bakımına ve anne bakımına ilişkin konuların benzer olduğu, fakat sıralamalarının farklı olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Çalışma sonuçlarına göre; doğum sonu eğitim konularının önceliklerinin belirlenmesinde annelerin öğrenim durumları, yaş grupları, gebelikleri süresince sağlık kuruluşuna gitme ve doğum öncesi bilgi alma durumları etkili olurken, ebe ve hemşirelere ait öğrenim durumları, yaş grupları, çalışma sürelerinin doğum sonu eğitim önceliklerini belirlemede etkilerinin olmadığı belirlenmiştir.

Anneler ile ebe/hemşireler açısından doğum sonu eğitim konularının belirlenmesinde annelerin aktif katılımının sağlanması, hem kendilerine, hem de bebeklerine daha iyi bakım vermelerini sağlayacaktır. Böylece anne-bebek sağlığının geliştirilmesi toplum sağlığının yükseltilmesinde önemli rol oynayacaktır.

Sonuç olarak; " Annelerin beklentilerini bildiğimizde daha rahat olabilir ve annenin bebeğiyle daha sağlıklı bir süreç yaşamasını güvence altına almış oluruz.

**İletişim:** Kamile Altuntuğ

**E-posta:** kaltuntug@yahoo.com

### Kaynaklar

- 1.Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 294-298.
2. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14: 54-58.
3. Reeder SJ, Martin LL, Koniak-Griffin D. Assessment and Management in The Postpartum Period, "Maternity Nursing: Family, Newborn and Women's Health Care". 18 th ed. Lippincott, Philadelphia; 1997.
4. Pillitteri A. Maternal and Child Health Nursing, Care of Childbearing Family. 3 th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1999.
5. Shaw E, Kaczorowski J, Postpartum care- What's new?. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19 :561-567.
6. Moran CF, Holt VL, Martin DP. What do women want to know after childbirth?. *Birth* 1997; 24: 27-34.
7. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (Geliştirilmiş VI.Baskı). Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara 2009. p. 365-375.
8. Hunter MA, Larrabee JH. Women's Perceptions of Quality and Benefits of Postpartum Care. *Journal of Nursing Care Quality* 1998; 13, 2.
9. Akan N. Erken Postpartum Dönemde Kadınların Hemşirelik Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1988; Ankara.
10. Coşkun A. Ülkemizde Ana Sağlığı Sorunları. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu 1992; İstanbul.
11. May KA, Mahlmeister LR. Adaptation in The Postpartum Period, Maternal and Neonatal Nursing: Family-Centered Care. 3 th ed. J. B. Lippincott Company 1994.
12. Eryılmaz HY. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı 1999; p. 43-149.
13. Freda MC, Andersen HF, DamusK, Merkartz IR. What Pregnant Women Want to Know: A Comparison of Client and Provider Perceptions. *JOGNN* 1993; 22 (3), 237-244.
14. Beger D, Cook CL. Postpartum Teaching Priorities: The Viewpoints of Nurses and Mothers, *JOGNN* 1998; 27 (2), 161-168.
15. Ruchala PL. Teaching New Mothers: Priorities Of Nurses And Postpartum Women *JOGNN* 2000; 29 (3), 265-273.
16. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti 1999.Ankara.
17. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda istatistiksel Analiz Teknikleri, "SPSS Uygulamaları", üçüncü baskı, Emek Ofset, Ankara 2005; 382- 395.
18. Bowman KG, Ruchala PL. A Comparison of the Postpartum Learning Needs of Adolescent Mothers and Their Mothers, *JOGNN* March/April 2006; 250-256.
19. Balkaya NA. postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6:42-9.
20. Davis JH, Brucker M, Macmullen NJ. A Study of Mothers' Postpartum Teaching Priorities. *Maternal Child Nursing Journal* 1988; 17, 41-50.
21. Bull M, Lawrence D. Mothers' Use of Knowledge During The First Postpartum Weeks, *JOGNN* 1985; 14. 315-320.
22. Hiser PL, Concerns of Multiparas During the Second Postpartum Week, *JOGNN* 1987; 16, 195-203.
23. Becker C, The Postpartum Period : What is Reality, *The Canadian Nurse*, December 1980; 24-27.
24. Evans S, Jeffrey J. Maternal Learning Needs During Labor and Delivery, *JOGNN* 1995; 24 (3), 235-240.
25. Arslan F. Prımpar Annelere Gebelkte Ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara 2001.
26. Karadağ F, Gebelere Lohusalık Bakımı Ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi; Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar 2008.
27. Gölbaşı Z..Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde bakım Hizmetleri ve Hemşirelik, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7(2): 15-22.



# Türkiye'deki Sağlık Politikaları ve Tüberküloz Kontrolü Üzerine Etkisi

Health Policies in Turkey and Their Effects on Tuberculosis Control

*Dr. Filiz Hisar\*, Dr. Kemal Macit Hisar\*\**

Geliş Tarihi: 06.03.2011  
Kabul Tarihi: 19.08.2011

## Öz

Bu makale Türkiye'de tüberküloz kontrol politikalarını incelemek ve gelecekteki tüberküloz politikalarına ışık tutmak amacıyla yazılmıştır. Makale iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm 1920-1960 yılları arası süreci ve ikinci bölümü ise 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki Kanun'un uygulamaya konulduğu dönemi içermektedir.

Kurtuluş savaşı sonrası tüberküloz (TB) politikalarına bakıldığında, bu dönemde tüberküloza ilgili dernekler, ulusal ve uluslararası TB komiteleri ile birlikte önemli çalışmalar yapmışlardır. 1961 yılında 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile sağlık hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Bu kanun o dönemde tüberkülozun tanı, tedavi ve kontrolü açısından olumlu bir gelişme sağlamıştır. Bu kanunun amaçlarından birisi olan sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile Türkiye'nin en ücra köşelerine kadar sağlık ocakları ve sağlık evleri açılmış, buralara diğer sağlık hizmetlerinin yanı sıra tüberkülozla ilgili sorumluluklar da verilmiştir. Ancak sağlık hizmeti veren diğer kurumlarla entegre çalışmadığı için verilen bu sorumluluklar kanunda yazılı kalmış, uygulamaya geçilememiştir.

Sonuç olarak; Türkiye'de tüberkülozun seyri ve günümüzdeki durumu hakkında yeterli verilerin olabilmesi için kapsamlı çalışmaların yapılması ve belirlenecek politikaların bu verilere dayandırılmış olması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Tüberküloz, Tüberküloz politikaları, Tüberküloz tarihi

## Giriş

Tüberküloz (TB) insanoğlunun var olduğundan beri insanlığı tehdit eden, korkutan ve yarattığı sonuçlarla acı veren hastalıkların başında gelmektedir. Hastalıkla ilgili ilk bilgilere M.Ö. 1500 yılında Hint din kitaplarında rastlanmış olmasına karşın günümüzde de hâlâ önemini sürdürmektedir (1, 2)

## Abstract

The aim of the present article is to review the tuberculosis control policies in Turkey and shed light on future tuberculosis policies. The article consists of two parts. The first part comprises the period between 1920 and 1960 while the second part comprises the period in which the Statute on Socialization of Health Services (no. 224) has been in rule.

Assessment of the tuberculosis policies after the Turkish War of Independence reveals that societies on tuberculosis performed important tasks by working in close cooperation with national and international tuberculosis committees. The objective behind the 'Statute on Socialization of Health Services' (No.224) which came into force in 1961 was to offer widespread medical care service throughout the country. During this period, the above-mentioned law provided beneficial developments in the diagnosis, treatment and control of tuberculosis. In accordance with the objective behind the 'Statute on Socialization of Health Services', health posts and health centers were established even in the most distant parts of Turkey, to undertake the responsibility of the management of tuberculosis along with other healthcare issues. However, the lack of collaborative and integrated management strategies between these and other healthcare institutes, these assigned responsibilities remained written in the law only and could not be brought into practice.

In conclusion, comprehensive studies are required to obtain adequate and sufficient data on the course of tuberculosis in Turkey and its recent situation.

**Key words:** Tuberculosis, Tuberculosis policies, History of tuberculosis

TB enfeksiyonunun kontrol altına alındığı ülkelerde bu hastalığa yakalanma oranının genç nüfusta çok düşük, yaşlı kişilerde ise yüksek oranda olduğu görülmektedir. Yapılan

\*Yrd. Doç.; Selçuk Ü. Selçuklu Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Konya

\*\*Yrd. Doç.; Gazi Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

araştırmalarda ülkemizde tüberküloza yakalanan hastaların büyük bölümünün genç yaşta olduğu (15-24 yaş), 65 yaş ve üstü gruba doğru giden bir olgu hızının olduğu belirtilmektedir (1,3-5). Hastalığın genç nüfusta görülmesi, tüberkülozun henüz kontrol altına alınamadığının göstergelerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (4, 5)

Türkiye’de “Verem Savaş Dispanserleri”nin (VSD) kayıtlarına göre; 2006 yılında, tedavi olan hasta sayısı 20.535, tüberküloz insidansı yüz binde 28’dir (4). Avrupa ülkelerinin çoğunda bu oran yüz binde 0-24 iken, Güney Afrika ülkelerinde yüz binde 100-299’un üstündedir (6). DSÖ’nün 2008 tüberküloz raporunda olgu bulma ve tedavi başarısı için hedef bölgeler belirtilmiştir, bu bölgeler içinde Çin, Bulgaristan, Peru, Somali gibi ülkelerin yanı sıra Türkiye de vardır. Hedef oranları ise ülkelerdeki TB olgularının %70’ini bulma ve %80 tedavi başarısıdır (4,6). Tüberkülozda ilaç duyarlılık testleri sonuçlarına bakıldığında, yeni olguların %14,4’ünde, tedavi görmüş olguların yüzde 34.8’inde en az bir ilaca direnç saptanmıştır (7). Bu rakamlar İngiltere’de yüzde 8.2, Fransa’da yüzde 9.6 ve İspanya’da yüzde 11.4 olarak belirlenmiştir (8). Bu oranlara bakıldığında, ülkemizdeki kombine ilaç direnç oranlarının, Avrupa ülkelerinin kombine ilaç direnç oranlarından oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bütün bu sonuçlar ülkemizde tüberküloz hastalığının büyüyen bir hızla arttığını ve halen baş edilemediğini göstermektedir.

TB hastalığının kontrol altına alınması ve ortadan kaldırılabilmesi (eradikasyonu) için sağlık çalışanlarının çalışması tek başına yeterli olmamaktadır. Bununla birlikte ülkede TB ile ilgili uzun vadeli politikaların oluşturulması ve etkin bir biçimde uygulanması gerekmektedir. TB kontrolünün etkili biçimde oluşturulabilmesi ve etkisinin sürekli olabilmesi için sağlık politikalarının o alanda çalışanlar, akademisyenler, dernekler ve toplumla birlikte oluşturulması zorunludur. Ayrıca sağlık sisteminin içinde bu politikalara yer verilmedir (9,10).

Sağlık politikalarının tüberküloz üzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda, tüberküloz hastalığının seyri üzerine sağlık politikalarının olumlu ve olumsuz etkileri üzerinde durulmuştur (9-12). Bangladeş’te birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği

nedeniyle başlatılan yeni sağlık hizmeti paketinin uygulamaya geçmesinden sonra TB kontrolünde iyileşme sağlandığı görülmüştür (13). Zambiya’da yapılan çalışmada, vertikal tüberküloz programının yok edilmesi ile olgu bulma, olgu yönetimi ve ilaç sağlanması açısından yıkım olarak adlandırılan bir bozulma yaşanmıştır (14). Ülkemizde bu konu ile ilgili az sayıda yayın olması ve yayınların da istenilen düzeyde olmaması, sonuçları yorumlamamızda çelişkiler oluşturmaktadır (15-18).

Ülkemizde tüberkülozla ilgili yapılan mücadele yaklaşık bir yüzyıl gibi uzun bir süredir devam etmektedir. Bu süre içinde değişik sağlık politikaları uygulamaya konulmuştur. Bu makalenin birinci bölümünde dünyada ve Türkiye’de tüberküloz görülme durumları, ikinci bölümde Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları ve diğer politikaların TB seyrini nasıl etkilediğine yönelik sonuçlar ve gelecekte oluşturulacak tüberküloz politikalarına ışık tutacak önerilere yer verilmiştir.

## **1920–1960 Yılları Arasındaki Tüberküloz Kontrolü Çalışmaları**

Türkiye Cumhuriyeti, İmparatorluk Dönemi’nden kalan olumsuz ekonomik koşullar ve yıllarca süren savaşlardan dolayı kötüleşen sosyal ve ekonomik bir yapıdan sonra ortaya çıkmış, bu olumsuz koşullar hem ekonomiyi, hem de sağlığı olumsuz yönde etkilemiştir. O dönemde ülkenin sağlık durumunu saptamak için Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye’yi temsil edebilecek yeterlilikte kabul edilen 85 özel idare ve belediye hastanesinde yapılan çalışmalarda en çok öldüren hastalıklar arasında birinci sırada sıtmanın, üçüncü sırada ise veremin yer almakta olduğu bildirilmiştir (18,19). Türkiye’de 1924-1929 döneminde, akciğer vereminden kaynaklanan ölümlerin genel ölümlere oranı sıralandığında, 1926 yılında 2.,1927’de 8., 1928 ve 1929’da 1. sıradadır (20).

Cumhuriyet Dönemi’ndeki verem mücadelesinin ele alındığı makalelerde, mücadelenin 1923 yılında Bakanlığın isteğiyle, İstanbul il özel idaresi tarafından kurulan verem savaş dispanseri ile başladığı belirtilmektedir. İstanbul’da 1923 yılında yapılan özel ve devlet sanatoryumları, bu dönemde hastalığa yönelik faaliyete geçen ilk tedavi kurumları olmuştur (2, 21).



1930 yılına gelindiğinde, verem mücadelesi 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK) ile yasal bir temele oturtulmuştur (5). Bu döneme kadar etkin ve yeterli olarak çok az mücadele yapılmış olmakla birlikte, bu yasayla birlikte verem mücadelesinde Sağlık Bakanlığı'na, dispanser çalışmaları yapma, veremden ölümlerin bildirilmesini sağlama ve dernek faaliyetlerini denetleme gibi görevler de verilmiştir. Ancak verem mücadelesinin başlangıcındaki derneklerin yeterli sayıda olmaması, var olanların yalnızca buldukları bölgelerde hizmet vermesi gibi nedenlerle devletin veremle ilgili sorumlulukları yalnızca kağıt üzerinde kalmıştır (18, 20).

O dönemde ülkenin kalkınması amacını güden politikaların bir sonucu olan UHK, sağlık alanında meydana getirdiği yapılanma ile bir devrim olarak görülmektedir. Bu yasanın tamamlayıcısı olan "Hususi Hastaneler Kanunu" (1933), "Hususi Hastaneler Nizamnamesi" (1934) ve "Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanun"ları (1936) ile verem mücadelesinde yasal altyapı tamamlanmış, Bakanlık Teşkilat Yasası ile verem mücadelesi resmi olarak Hıfzısıhha İşleri Dairesi'nin çalışma alanında tanımlanmıştır. Konuyla ilgili yönetmelikler sağlık yönünden koruyuculuğun ön planda olduğunu ve son derece kapsamlı bir halk sağlığı politikasına öncelik verildiğini göstermektedir (5, 18, 20).

Verem sorunu ile mücadele etmek için Türkiye'de atılan önemli adımlardan bir diğeri de 1945 yılında Bakanlık bünyesinde verem için bir komisyon oluşturulmasıdır. Bu oluşumun mücadele önerisi, yurt genelinde verem organizasyonunun kurulmasıdır. Buna bağlı olarak il valiliklerine 1947 yılında gönderilen genelge ile dernek çalışmalarının tüm şehir merkezlerinde başlatılması istenmiştir. Verem savaşı için bu bir dönüm noktası olmuştur. Bu gelişmelerden sonra kurulan toplam 48 Verem Savaş Derneği'nin (VSD) bir çatı altında toplanması ve mücadelenin Ankara'dan yürütülmesi yönünde karar alınmış ve bu karara bağlı olarak Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği (TUVSD) 36 derneğin katılımı ile kurulmuştur. TUVSD'nin ilk faaliyeti pul kampanyalarıdır. Bu çalışma verem mücadelesinin ülkenin dört bir yanına duyurulmasını sağlamış olmanın yanı sıra, dernek için de önemli gelir kaynağı

olmuştur. TUVSD'nin bu dönemde yaptığı çalışmalar sonucunda, günümüzde halen yürütülen ve veremle savaşa etkisi olan "Belediye Gelirleri Kanunu" nun çıkarılması ile Belediyelerin eğlence resmi adı altında aldıkları paradan yüzde 10 aktarılması sağlanmıştır. Böylece veremle savaşta önemli yeri olan dernekler, önemli bir gelir kaynağına sahip olmuşlardır. Bu uygulama günümüze kadar geçen süre içinde zaman zaman siyasi amaçlarla ve belediyelerin baskısıyla kaldırılmak istenmekle birlikte, halen işlerliğini sürdürmektedir (18,20).

Verem kontrolünün başladığı 1950'li yıllarda ülkede 34 dispanser ve 3456 tüberküloz hasta yatağı bulunmakla birlikte 300 bin veremli hastanın olduğu ve her yıl 40 bin kişinin veremden öldüğü tahmin ediliyordu (22). Uygulanmakta olan kontrol programı, nüfusun %20'sinin yaşadığı kentlerde, dispanserlerin olgu bulma ve buldukları hastaları büyük oranda hastanelere sevk etmelerini öngörüyordu. Bu hizmetler dernekler aracılığıyla yürütülmekteydi. Nüfusun %80'inin yaşadığı köylerden ise devlet sorumluydu (2, 23-25).

BCG ünitesinin DSÖ tarafından üretiminin onaylanmasından sonra, üretilen yerli aşı ile geniş ölçekte planlanan ilk çalışmalar 1948 yılında başlamıştır. BCG kampanyasının başladığı 1953 yılına kadar geçen süre içinde, 1.192.985 kişiye tüberkülin testi, 448.561 kişiye de BCG aşısı uygulanmıştır. Bu aşı kampanyalarında hedef kitlenin %90 oranında aşılanması sağlanmıştır. Fakat Karasu'ya göre ulaşılamayan %10 çok büyük rakamdır (15). 1953 yılında da UNİCEF ile işbirliği yapılarak kitlesel aşı kampanyası başlatılmış ve bu kampanya 1983 yılına kadar dokuz kez yinelenmiştir (2, 17, 18). Bununla birlikte köylerde aşılama çalışmaları dışında anlamlı bir etkinlikte bulunulmamıştır.

### **224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile Yürütülen Tüberküloz Kontrolü Çalışmaları**

1961 yılında çıkan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetlerinin tüm ülke geneline yaygınlaştırılması, bu çerçevede açılacak olan sağlık ocakları ve sağlık evlerinin en ücra noktalara kadar ulaştırılması hedef alınmıştır. Bu yasa ile tedavi edici sağlık

hizmetlerinin yanı sıra, belki ondan daha da önemli olan koruyucu sağlık hizmetlerinin halka götürülmesi amaçlanmıştır.

224 sayılı Yasa ile Verem Genel Müdürlüğü kurulmuş, verem mücadelesinde devlet, tam anlamıyla bir organizasyon kurarak savaş içinde yer almıştır (16). Ayrıca 224 Sayılı Yasayla hizmete girecek olan sağlık ocakları ile bütünleşmiş bir verem savaşı yürütülmeye başlanmıştır. Bu planlamaya göre, sosyalleştirme uygulanacak bölgelerde bir il koordinatörlüğü sistemi oluşturulacak ve var olan örgütle işbirliği sağlanacaktır. Verem savaşı sürecinde gelinecek bu nokta teşkilatlanma ve mücadele teorisi açısından en üst seviye olarak değerlendirilmektedir (1, 18, 26).

Ülke nüfusunun %80'i köylerde bulunmakla birlikte, 1960'ta başlayan bu döneme kadar buralarda verem savaşıyla ilgili olarak gerçek anlamda bir hizmet verilmemiştir (18, 27). Yeni sistemde bu sorunun sağlık ocakları ile aşılması planlanmıştır. Oluşturulan stratejilere göre, saha taramalarının başlatılması, böylece sağlıklılarla ve kuşkuluların ayrımının yapılması ve hasta olanların tedavi edilmesi sonucunda enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi hedeflenmiştir (1,26).

224 sayılı yasaya bağlantılı olarak geliştirilen 154 sayılı yönerge, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili yönergedir. Bu yönerge 1961 yılından beri yürürlükte. Bu yönergenin "Veremle Savaş Hizmetleri" başlığı altındaki 67. maddesine göre; "verem savaş hizmetleri, hastaneler dâhil bütün sağlık kuruluşlarının görevidir" ve bu hizmetlerin hangi esaslara göre yürütüleceği de yine bu maddede anlatılmaktadır (2, 5, 18, 24, 26). 154 sayılı yönergede tüberküloz hastasının evde ve ayakta tedavisinin sürdürülmesi ile hasta ailesinin eğitimi gibi sorumluluklar sağlık ocağında ve sağlık evinde çalışanlara da verilmiş, Verem Savaş Dispanserlerinde çalışanlar, buralarda çalışanları denetlemekle yükümlü kılınmıştır (24, 26). Ancak sağlık ocakları kendilerine verilen bu görevi yerine getirmemekle birlikte aynı zamanda, verem savaş dispanserleri ile aralarında yeterli koordinasyonu sağlayamamışlardır (24, 26, 28).

Hastalığın yaygınlığının zamanla azalmasına bağlı olarak, 1970 yılından sonra

dünyadaki eğilimlere paralel biçimde ülkemizde bir ihmal süreci yaşanmış, hükümetlerin tüberküloz sorununa ilgisi azalmış, bilimsel gelişmeler yeterince izlenememiştir (1, 18, 23, 29). Bu doğrultuda 1965 yılından sonra verem savaş hastanelerinin bir bölümü başka hastanelere devredilmiş, bir bölümü de başka hastalıklara ayrılmıştır (23).

1985 yılından sonra tüberkülozun epidemiyolojik özellikleri ile ilgili ulusal düzeyde kapsamlı hiçbir çalışma yapılmamıştır (23, 29, 30). Son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2007, 2008 ve 2009 yıllarındaki Türkiye Verem Savaş Raporları ise dispanser ve hastanelerdeki izlenen hastaları göstermektedir (31).

24 Ocak 1980 kararlarından sonra ülkede yaşanan gelişmelerden verem savaşı ile ilgili çalışmalar da payına düşeni almıştır. Bu dönemde hazırlanan yeni anayasa ile ülke yönetiminin sosyal devlet anlayışından uzaklaşmaya başladığına yönelik ipuçları görülmektedir. Bu gelişmeler çerçevesinde, 1982 yılında Verem Savaş Genel Müdürlüğü'nün bir daire başkanlığına dönüştürüldüğünü, yerli aşı üretiminde ithal aşya muhtaç olunacak kadar ciddi yetersizliklerin yaşanması dolayısıyla ile TB'nin Türkiye'de sağlık politikaları açısından öncelikli olmaktan çıkarıldığı saptanmıştır (18, 32, 33).

Oysa ülkemizde ve dünyada tüberküloza ilginin azaldığı dönemden kısa bir süre sonra, direnç sorununun ortaya çıkması, mücadele sürecinde yeni gelişmeleri de birlikte getirmiştir. Ülkemizde bu duruma, TB laboratuvarlarının yaygın olarak hizmete girdiği 1960'lı yıllarda dikkat çekilmiştir (18). 1997 yılında yapılan çalışmada, 361 hastanın primer direnç oranları %38.2, sekonder direnç oranları %67.5 ve edinsel çok ilaca direnç oranları ise %33.1 olarak bulunmuştur (30).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilaç direnç olgularının artması sonucu doğrudan gözetimli tedavi (DGT) gündeme gelmiş ve ülkemizde 2006 yılında uygulanmaya başlanmıştır. İlk önce pilot uygulama ile başlanan bu sürecin daha sonra tüm dispanserlerde uygulanmasına karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığının DGT uygulamalarının yaygınlaştırması sonucunda tüberkülozla mücadelede %85 başarı sağlanmış olmasına karşın, tüberkülozun sorun olmasının esas

nedeninin tedavi edilemeyen hastalar olduğu ortaya çıkmıştır (4, 32). Tedavi edilemeyen hastaların sayılarının yığılımlı olarak artması, bu hastaların toplum içinde serbestçe dolaşması, çevreye dirençli mikrop saçması çok önemli bir halk sağlık sorunudur (1, 34).

### **Sonuç ve Öneriler**

Ülkemizde tüberkülozla ilgili sağlık politikalarına bakıldığında, verem hastalığının seyri bu politikalarından etkilendiği açıkça görülmektedir. 1930-1960 yılları arasındaki TB'den korunma ve tedaviye yönelik politikaların oluşturulması ve uygulamaya konması, ekonomik gelişmenin sağlanması, Verem Savaş Derneklerinin kurulması, toplum taramaları ile olguların saptanması, hastaların tedavi edilmesi ve yaygın BCG aşısı uygulaması sonucunda hastalıkla etkili olarak mücadele edilmiş ve başarı kazanılmıştır. Fakat uç noktalara (köylere) hizmet götürmede yetersiz kalmıştır.

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık hizmetlerinin tüm ülke geneline yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Türkiye'nin en ücra köşelerine kadar açılan sağlık ocakları ve sağlık evlerine diğer sağlık hizmetlerinin yanında tüberkülozla ilgili görevler verilmiştir. Fakat tüberkülozla ilgili görevler kanunda yazıldığı biçimde uygulamaya geçememiştir (2).

Uygulanmakta olan sağlık politikalarının başarısızlıklarının başlıca nedenleri arasında, önceliklerin kanıta dayalı ve yeterli düzeyde belirlenememesi, hizmetlerin niteliğinin düşük olması, ilaç tedavisine uyumun sağlanmasında etkili politikaların belirlenememesi ve üst yönetim desteğinin yetersizliği yer almaktadır (9). Bu nedenle, bir ülkede tüberkülozun ortadan kaldırılabilmesi için, TB ile ilgili politikaların oluşturulma aşamasında bu işle uğraşan verem savaş çalışanlarının, uzmanların, derneklerin ve hasta temsilcilerinin tam katılımının sağlanması, çıkarılan sağlık politikalarının uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla denetime ağırlık verilmesi gerekmektedir (12).

Ülkemizde tüberkülozun seyri ve günümüzdeki durumu hakkındaki çalışmalar bölgesel olup ülkedeki durumu temsil edebilecek düzeyde değildir. Tüberküloz hastalığı ve ilaç direnci ile ilgili yeni ve sağlam verilere gereksinim duyulmaktadır. Hala direnç

testlerinin kalite kontrolünün yapılmamış olması üzüntü vericidir (29). Bu nedenle sağlıklı verilerin elde edilebilmesi, uygun tedavi protokollerinin seçilebilmesi ve gerçek direnç oranlarının belirlenmesi için ilgili tüm kuruluşların işbirliği içine girmesi, verem savaş dispanserlerinin, birinci basamak hizmetleri ve yataklı tedavi kurumlarının görevleri, sorumlulukları ve karşılıklı ilişkileri yeniden tanımlanmalı ve tanımlanan görevler tüm sağlık kuruluşların uymasının sağlanması, gelecekte TB ile etkin mücadele edebilmek için, mevcut dikey yapılanmanın yanında diğer sağlık hizmetleri veren kurumlarla entegre bir biçimde hizmet verilmesi önerilmektedir.

Dünyada özellikle temel sağlık hizmetleri yetersiz olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin uç noktalara kadar yayılması, sağlık hizmetlerinde başarı sağlanması için var olan politikaların devamı önemlidir. Diğer taraftan yeni oluşturulan "sağlık reform politikaları" TB kontrol hizmetlerini tehdit edebilir. TB kontrolünde DGT'ye geçiş aşamasındaki ülkemizde aynı zamanda yaşanan sağlıkta dönüşüm politikaları, TB mücadelesini olumsuz etkileme potansiyeli taşıyabilir. TB kontrolü açısından temel yapının korunması ve geliştirilmesi ana yönelim olmalıdır.

**İletişim:** Dr. Filiz Hisar

**E-posta:** fhisar@gazi.edu.tr

### **Kaynaklar**

1. Hisar F, Kubilay G. Tüberküloz hastalarının sağlığının geliştirilmesinde sağlık inanç modeli ve eylem teorisinin uygulanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;14(1):1-8
2. Kocabaş A. Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana; 1991. p.3-35
3. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2007 Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı. Ankara; 2007. p.5
4. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2008 Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı. Ankara; 2008. p. 2.
5. Özkara Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı; 2003. p. 7-10-32, 99-111.
6. Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing, WHO Report 2008, World Health Organization Geneva; 2008. p. 33.
7. Kısa O, Albay A, Baylan O, Balkan A, Doğancı L.

- Drug resistance in mycobacterium tuberculosis: a retrospective study from a 2000. bed teaching hospital in Ankara Turkey. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2003;(22): 456-57.
8. Kartaloğlu Z, Bozkanat E, Öztürkeri H, Okutan O, İlvan A. BACTEC yöntemi kullanılarak primer anti tüberküloz ilaç direnci saptanan 365 tüberküloz olgusu. *Solunum*. 2002; 4 (4): 443-48
  9. Weill DEC. Advancing tuberculosis control withing reforming health sistems. *INT J Tuberc and Lung Dis*, 2000; 4 (7): 597-605.
  10. Raviglione MC, Pio A. Evolution of policies for tuberculosis control, 1948-2001, *The Lancet*. 2002; 3(2): 775-80.
  11. Miller B. Health sector reform: scourge or salvation for tubercolsis control in devoloping countries. *Int J Tuberc Lug Dis*.2000; 4(7): 593-94.
  12. Baris E. Tuberculosis in times of health sector reform. *Int J Tuberc Lug Dis*.2000; 4(7): 595-96.
  13. Kumerasan JA, Colombani PD, Karim E. Tubercu losis and healt sector reform in bangladesh. *Int j Tuberc Lug Dis*.2000; 4 (7): 615-21.
  14. Bomsan MCJ. Health sector reform and tuberculosis control: the case Zambia. *Int J Tuberc Lug Dis*. 2000; 4 (7): 606-14.
  15. Karasu N. Türkiye'de TB ve veremle savaş. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*.1974; 22(1): 1-19.
  16. Karasu N. Türkiye'de veremle savaş. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 1976; 24 (1): 1-9.
  17. Koçoğlu F. Verem Savaşı, H.Ü. Tıp Fakül Yayını Ankara; 1986. p.36-86
  18. Aksu M. Türk Tarihi Açısından Türkiye'de Verem Savaşı, G.Ü. İletişim Fakültesi Basımevi Ankara; 2007. p.70-90.
  19. Özbay K. Türk Askeri Hekimlik Tarihi ve Asker Hastaneleri, Yörük Basımevi İstanbul; 1976. p.20-45.
  20. Menemenli N, Vidinel İ, Üner R. Akciğer Tüberkülozu, Jandarma Basım Evi Ankara; 1951. p. 376-401.
  21. Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Ay yıldız Matbaası; Ankara 1973; p. 22-27.
  22. Sağlam T. Türkiye'de Verem Savaşı, Kader Basım Evi İstanbul; 1950. p.21.
  23. Kocabaş A. Akciğer Tüberkülozu. Eds.: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay A, In: İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik İkirobiyoloji. Alemdar Ofset İstanbul; 1996. p.397-443.
  24. Koçoğlu F, Birinci Basamakta Verem Savaşı Hizmetleri, 1. Baskı Ankara; 1996. p.1-23.
  25. Koçoğlu F. Sağlık Ocağı Hekimleri için Verem Savaşı Notları, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi Sivas; 1992. p. 12-16.
  26. Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesi Hakkında Yönerge, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara; 2001. p.36-37.
  27. Levent E, Ekin NN, Nadirler F. Genç ve erişkinlerde akciğer tüberkülozuna karşı BCG aşısının koruyucu etkinliği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1999; 47: p. 189-199.
  28. Deveci SE, Turgut T, Açık Y, Deveci F, Muz MH. Birinci basamak hekimlerinin akciğer tüberküloz konusunda bilgi, tutum ve davranışları ile tedavi yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2003; 51 (1): 40-47
  29. An Ö, Uzun M. Türkiye'de tüberkülozun son durumu. *Klinik Dergisi* 1998;11 (1); 3-10.
  30. Çoban G, Akkalyoncu B, Şipt T, Berkaş B, Dursun B, Gözü A. AGHH'de 1997 yılında tüberküloz ilaç direnç oranları. *Solunum Hastalıkları Dergisi*. 2000; 11: 388-395.
  31. Tezcan S. Epidemiyoloji, Eds.; Bertan B, Güler C. In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 2. Baskı Güneş Kitapevi Ankara; 1997. p. 71.
  32. Kara B. Tüberküloz kontrolünde başlıca sorunlardan biri; tedaviye uyum. *TAV Prev Med Bull*. 2009; 8 (1): p. 75-82.
  33. Gürses H, Özyardımcı N. Yurdumuzda ve Dünyada Verem Savaşı ve Düşündürdükleri, Ankara Verem Savaş Yayını Bursa: 2004. p. 20-23.
  34. Yağbasan DB, Deniz Ö, Bilgiç H, Kibaroglu E, Ekiz K. Ankara'da bie eğitim birliğinde tüberküloz epidemiyolojisi. *TAV Prev Med Bull*. 2007; 6 (2): p. 123-130.

# Pseudo Prune Belly Sendromu: Olgu Sunumu

## Pseudo-Prune Belly Syndrome: Case Report



*Dr. Mehtap Acar\**, *Dr. Pelin Zorlu\*\**, *Dr. Saliha Şenel\*\*\**,  
*Dr. Şenay Coban\*\*\*\**

Geliş Tarihi: 01.10.2011

Kabul Tarihi: 11.11.2011

### Öz

Prune Belly Sendromu abdominal kas yokluğu, kriptorşidizm ve üriner sistem anomalilerinden oluşur. Pseudoprune Belly Sendromu ise abdominal kasların normal olması ya da kriptorşidizmin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Bu yazıda, nadir bir Pseudoprune Belly Sendromu olgusu sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Prune Belly Sendromu, Pseudoprune Belly Sendromu, Kriptorşidizm

### Abstract

The prune belly syndrome consists of the absence of abdominal muscles, cryptorchidism and urinary tract anomalies. The term "pseudo-prune belly" has been used to describe a patient with a normal abdominal wall or with no cryptorchidism. Here, a rare case of pseudo-prune belly syndrome is presented.

**Key words:** Prune Belly Syndrome, Pseudo-prune Belly Syndrome, Cryptorchidism.

### Giriş

Prune-belly sendromu nadir bir konjenital hastalık olup, abdomen duvarı kaslarında defekt, bilateral kriptorşidizm ve diğer üriner anomaliler ile karakterizedir. Ancak bazı olgularda kriptorşidizm veya abdominal kas yokluğu eşlik etmeyebilir. Buna Pseudo Prune Belly sendromu denir. Sendroma her zaman kriptorşidizmin eşlik etmeyebileceğini tekrar

vurgulamak amacıyla bir Pseudo Prune Belly sendromlu olgu sunulmuştur.

4,5 aylık erkek olgu yineleyen üriner sistem enfeksiyonu ile getirildi. 24 yaşındaki annenin ikinci gebeliğinden 2. yaşayan olarak vajinal yolla doğmuş, yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı nedeniyle izlenmişti. Doğduğundan beri konstipasyonu vardı. Fizik incelemede kaba yüz görünümü, retromikrognati, sol preaurikuler skintag, boyun kısalığı, pektus ekskavatum, abdominal distansiyon ve hipotoni saptandı. Barsak ansları ve hareketleri düz bakış ile görülebiliyordu. Her iki testis skrotumda palpe edildi (Resim 1). Kaba ve atipik yüz görünümü nedeniyle bakılan çok uzun zincirli yağ asitleri ve idrarda mukopolisakkarit düzeyi normal bulundu. Diğer metabolik incelemeleri de normaldi. Kromozom analizi 46 XY olup kromozomal anomalisi yoktu. Abdominal ultrasonografide; sağda çift toplayıcı sistem, bilateral grade 1 hidronefroz, her iki testis inguinal kanal-skrotum birleşiminde, sağ testis komşuluğunda kordon kisti ve batin ön duvarındaki kas planı ince saptandı. Voiding sistoüretografide grade 5 vezikoureteral reflü belirlendi. Ekokardiyografide patent foramen ovale ve biaoortik valv saptandı. Kraniyal manyetik



Resim 1. Olgunun genel görüntüsü

\* Uzm Dr.; Dr Sami Ulus Kadın Doğ. Çocuk Sağ. ve Hast. Eğitim ve Arş. Hast. Ankara

\*\*Uzm Dr; Pediatri Klinik Şefi , Dr Sami Ulus Kadın Doğ. Çocuk Sağ. ve Hast. Eğitim ve Arş. Hast., Ankara

\*\*\* Uzm Dr, Pediatri Klinik Şef Yrd , Dr Sami Ulus Kadın Doğ. Çocuk Sağ. ve Hast. Eğitim ve Arş. Hast., Ankara

\*\*\*\* Asis Dr.; Dr Sami Ulus Kadın Doğ. Çocuk Sağ. ve Hast. Eğitim ve Arş. Hastanesi , Ankara

rezonans görüntüleme normaldi. Abdominal kaslarda hipoplazi ve üriner sistem anomalisi olan, ancak kriptorşidizmi olmayan olgu Pseudo Prune Belly Sendromu tanısı ile izlemeye alındı.

### Tartışma

PBS etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, daha çok mezenşimal defekt olarak değerlendirilmekte ve sporadik olarak görülmektedir. Trizomi 13, 18, 21 ve monozomi X ile birlikteliği de bildirilmiştir. Olgumuzda kromozom analizi 46 XY olup normaldi (1).

Pseudo Prune Belly sendromunda, hastaların tümünde üriner sistem anomalileri görülür. Dilatasyon gösteren kıvrımlı üreterler, vezikoüretal reflü siktir. Obstrüksiyona bağlı olmayan ince trabeküllere sahip mesanenin genişlemesi, küçük displastik böbrekler ile birlikte görülen hidronefroz, olgumuzda da olduğu gibi üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık sağlar. Prognozu belirleyen, solunum ve üriner sistem anomalisinin derecesidir. Erken çocukluk dönemindeki tedavi tartışmalı olmakla birlikte, şiddetli etkilenmiş hastalarda üriner sisteme yönelik erken rekonstrüktif cerrahi üriner drenajı sağlar ve reküran enfeksiyonları önler (2). Reküran idrar yolu enfeksiyonları ve piyelonefrit antibiyotikle tedavi edilmelidir. Bizim olgumuzda hidronefroz, VUR ve megamesane bulunmaktaydı. Reküran idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle tedavi edilmekteydi.

Hipertelorizm, mikrognati, basık burun kökü, epikantal kıvrımlar gibi özelliklerin bir araya geldiği Potter yüzü anomalisi oligohidroamniosa bağlı olarak uterus basısı sonucu gelişebilir. Anne karnındaki bu bası sonucu pulmoner hipoplazi oluşabilir. Karın kasları yokluğu ve diyaframın düz oluşu etkili öksürmeyi engelleyip, sekresyonların yeterince atılamamasına neden olarak solunum yolu enfeksiyonu ve atelettaziye zemin hazırlar (3). Olgumuzun da atipik yüz görünümü yanı sıra, yenidoğan döneminde solunum yetmezliği öyküsü bulunuyordu.

Sendroma clubfoot, kalça dislokasyonu, kifoskolyoz, polidaktili, tortikolis, pektus ekskavatum gibi kas-iskelet sistemi anomalileri; malrotasyon, anal atrezi ve kas defektinin ikincil etkisine bağlı kronik kabızlık gibi gastrointestinal anomaliler, patent duktus arteriozus, atrial septal defekt, ventriküler septal defektler, patent foramen ovale gibi konjenital kalp hastalıkları da eşlik edebilir. Olgumuzun yenidoğan döneminden başlayıp süren kronik konstipasyonu bulunmaktaydı ve patent foramen ovale eşlik ediyordu (2).

PBS nin klasik triadında kriptorşidizm yer almaktadır. Kriptorşidizmin eşlik etmediği olgular Pseudo prune belly sendromu olarak adlandırılır (4). Olgumuzun testisleri skrotumda palpe ediliyordu. Karın ultrasonografisinde testisler skrotum içinde görüntülendi. Olgu kriptorşidizm eşlik etmediği için PseudoPrune Belly sendromu tanısı aldı.

### Sonuç

Sonuç olarak; Prune Belly Sendromlu olguların klasik triadı dışında da başvurabileceği unutulmamalıdır.

**İletişim:** Dr. Mehtap Acar

**E-posta:** mehtapediatri@gmail.com

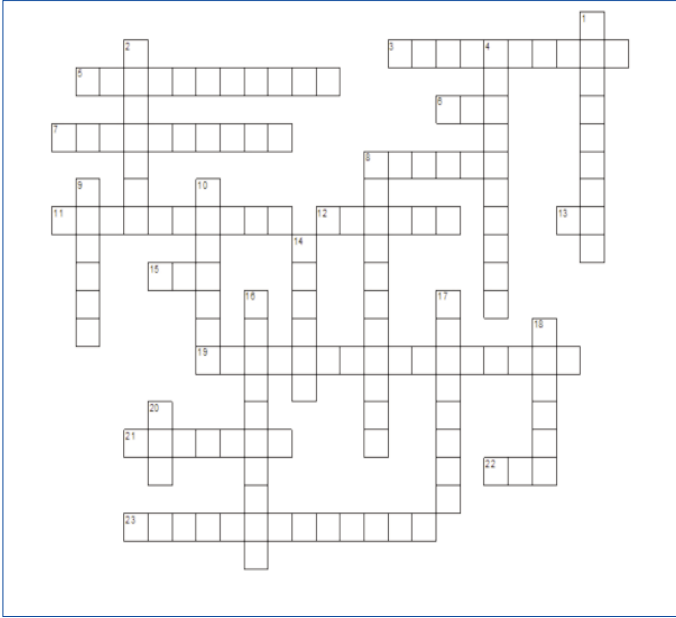
### Kaynaklar

1. Guillen DR, Lowichik A, Schneider NR, Cohen DS, Garcia S, Zinn AR. Prune belly syndrome and other anomalies in a stillborn fetus with a ring X chromosome lacking XIST. *Am J Med Genet* 1997; 70:32–36.
2. Baum VC, O'Flaherty JE. *Anesthesia for Genetic, Metabolic, and Dysmorphic Syndromes of Childhood*. 2nd edition. Philadelphia, 2007; p. 314-320.
3. Bosenberg A. Anaesthesia for prune belly syndrome *Southern African Journal of Anaesthesia & Analgesia* 2004;46:10–11.
4. Bellah DR, States LJ, Duckett JW. Pseudoprune-Belly Syndrome: Imaging Findings and Clinical Outcome. *AJR* 1996;167:1389-1393

## Ödüllü Bulmaca



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 "**2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını Eylül - Ekim 2011 sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Kurumlarda verimliliği artırmak için o kurumda çalışanların bilgi ve beceri eksikliklerini tamamlamak amacıyla düzenlenen kapsamı, süresi ve hedefi belirli programlı eğitim türü.
- 2- Verilere göre iş kazalarının ağırlıklı olarak oluştuğu iş kollarından biri.
- 3- İş kazası geçirenlerin büyük çoğunluğunun başvurduğu servis.
- 4- Literatürde acil servislere başvuran iş kazası geçiren çalışanların ortak özelliği.
- 5- Bir hastalığın ortadan kaldırılması.
- 6- DSÖ tarafından üretiminin onaylanmasından sonra, üretilen yerli aşı ile geniş ölçekte planlanan ilk çalışmalar 1948 yılında başlamıştır. Bu aşının adının kısaltması.
- 7- Kadının menopoz döneminde, çoğu kez orta yaş değişiklikleri ile örtüşen bedensel, ruhsal, ailesel ve toplumsal sorunların yanı sıra, morbilite ve mortalite de önemli yer tutan hastalıklardan biri.
- 8- Tüm enüretiklerin %80-90'ini oluşturan, daha çok genetik yatkınlık, biyolojik ve gelişimsel etmenlerin neden olarak gösterildiği grup.
- 8- İstemsiz idrar kaçırmayı etyolojisinde rol alan etmen grubu.

- 9- Ülkemizde tüberkülozla ilgili yapılan mücadelenin yaklaşık süresi.
- 10- DSÖ'nün 2008 tüberküloz raporunda olgu bulma ve tedavi başarısı için hedef bölgeler belirtilmiştir, bu bölgeler içinde Çin, Bulgaristan, Peru, Somali ile birlikte adı geçen ülke.
- 11- Kontrol altına alındığı ülkelerde bu hastalığa yakalanma oranının genç nüfusta çok düşük, yaşlı kişilerde ise yüksek oranda olan hastalık.
- 12- Genel anlamda bireyde davranış değiştirme süreci.
- 13- Yasal olarak bildirim zorunlu olduğu iş kazaları için kritik gün sayısı.
- 14- Her anne bireysel olarak ele alındığında doğum sonu dönemde hemşirelik bakım gereksinimleri farklılık gösterebilir. Bu dönemde hemşirenin konumu.
- 15- Türkiye'de iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin verileri toplamakla yükümlü kurum.
- 16- Nadir bir konjenital hastalık olup, abdomen duvarı kaslarında defekt, bilateral kriporşidizm ve diğer üriner anomaliler ile karakterize sendrom.
- 17- Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre; her yıl yaklaşık 115 milyon kişinin geçirdiği, her gün yaklaşık 5.000 kişinin yaşamını yitirmesine neden olan kaza türü.
- 18- İş kazalarının sektörel dağılımı incelendiğinde ilk üç içinde olan sektörlerden biri.
- 20- Verem Savaş Dispanserleri'nin kısaltması.
- 19- Organik nedenler dışlanmak koşuluyla, beş yaşından büyük çocukların, uyku sırasında, yineleyici nitelikte, istemsiz idrar kaçırmayı, bu davranışın üç ay süre ile en az haftada iki kez ortaya çıkması.
- 21- Cumhuriyet Dönemi'ndeki verem mücadelesinin ele alındığı makalelerde, mücadelenin 1923 yılında Bakanlığın isteğiyle, İl Özel İdaresi tarafından kurulan verem savaş dispanseri ile başladığı ilimiz.
- 22- Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de ilaç direnç olgularının artması sonucu gündeme gelen ve ülkemizde 2006 yılında uygulanmaya başlanan tüberküloz tedavi türü.
- 23- Örgün eğitimden ayrıldıktan sonra yetişkinlerin herhangi bir ödüle, başarıya, belgeye ya da doyumaya yönelik olarak öğrenme yaşantılarına katılımını sağlamak amacıyla düzenlenmiş eğitsel etkinlikler.