

ORJİNAL MAKALELER

Van'da Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Göz Hastalıklarına Yaklaşımı ve Uygulamaları

Hümeysra Yıldırım Can (*), Tuğrul Erbaydar (**)

ÖZET

Amaç: Van ilinde sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin birinci basamakta göz hastalıklarına yaklaşımlarını ve göz hastalıkları ile ilgili uygulamalarını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Van merkezi ve 10 ilçesindeki 41 sağlık ocağında 66 hekime ulaşılmıştır. Veriler hekimlerin kendilerinin doldurduğu 23 soruluk bir anket formu ile toplanmıştır. Verilerin frekans dağılımları incelenmiş ve iki değişkenli karşılaştırmalar yapılmış, istatistiksel anlamlılık ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hekimlerin çalıştıkları kurumda cep feneri %57,6, topikal antibiyotik %47,0, oftalmoskop %31,8, Snellen görme eşeli %10,6 oranında bulunmaktadır. Birinci basamakta uygulanabilecek göz hastalıkları tanı ve tedavi yöntemlerini ve koruma uygulamalarını bilme ve uygulama oranları çok düşük oranlarda bulunmuştur. Göz sağlığı ile ilgili başvurular arasında çocuk yaş grubunun önemli oranlarda olduğu, ancak şikayeti olanlar dışında göz hastalıklarına yönelik erken tanı amaçlı tarama testlerinin çok düşük oranlarda uygulandığı saptanmıştır. Hekimlerin mezuniyet sonrası bu alanla ilgili hiçbir eğitim almadıkları ve bilgi kaynağı olarak en sık genel tıp kitaplarına başvurdukları (%83,3), alana özgü kaynakların %10,6, ilaç tanıtım materyallerinin ise %18,2 oranında bilgi kaynağı olarak kullanıldığı saptanmıştır.

Tartışma: Koruyucu ve tedavi edici göz sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi toplumun geniş kesimlerine bu hizmetlerin ulaştırılması ve ikinci basamak kuruluşlarının yükünün hafifletilmesi açısından önem taşımaktadır. Bunun için, hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin birinci basamak hizmet gereksinimlerine uygun olarak gözden geçirilmesi, mezuniyet sonrası eğitimlerle bilgi ve becerilerinin artırılması ve yararlanacakları bilgi kaynaklarının sağlanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, göz sağlığı, koruyucu hekimlik

SUMMARY

Approach and Practice of Physicians at Primary Health Care Level About Ophthalmologic Diseases in Van

Purpose: We aimed to determine physicians' approaches and practices on ocular diseases in primary health care (PHC) centers in Van.

Materials and Methods: Sixty-six physicians working in 41 PHC centers in province centre and 10 other peripheral districts of Van, were enrolled in the study. Data were obtained

(*) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fak. Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Van

(**) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Van

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Hümeysra Yıldırım Can, Eski Kale Yolu Caddesi, Halil Ağa Mah. Yıldızkent Sitesi, B Blok No: 20, Van E-posta: humeyrayildirim@hotmail.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 17.03.2009

Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 01.04.2009

Kabul Tarihi: 01.04.2009

by a survey including 23 questions which were filled by the physicians themselves. The frequency distribution of the data were analyzed, bivariate analyses were performed, and statistical significance was evaluated with chi-square test.

Results: The rates for presence of a penlight, topical antibiotic, ophthalmoscope, and Snellen scale in the workplaces of the physicians were 57.6%, 47.0%, 31.8%, and 10.6%, respectively. The knowledge and practice associated with diagnosis, treatment, and prevention of ocular diseases in PHC centers were found to be significantly low. While pediatric age group had a significant proportion among patients presenting ocular complaints, the screening tests aiming for early diagnosis of ocular diseases of asymptomatic patients were found to be used rare. The physicians were determined to attend no training on this field following their graduation; and general medical books (83.3%) were found to be the most common referral sources in cases of need, specific books for ophthalmology (10.6%) and drug promotion materials (18.2%) were found to be the following most common sources of information.

Conclusions: Integration of preventive and therapeutic ocular health services into the PHC bears importance in terms of rendering those services accessible for everyone and relieving the burden of secondary level health care institutions. This may be achieved by reviewing and adapting the undergraduate curriculum on ophthalmology for requirements of the PHC, improvement of skills and knowledge through postgraduate training programs, and maintaining useful information sources on ocular diseases.

Key Words: Primary health care services, ocular health, preventive medicine

GİRİŞ

Ülkemizde 2006 yılı verilerine göre Sağlık Bakanlığına bağlı tüm yataklı tedavi kurumlarında ayaktan 189 milyon hastanın teşhis ve tedavisi yapılmıştır. Aynı yıl sağlık ocaklarında bakılan hasta sayısı ise 121 milyondur (1). Bu rakamlar birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir ihtiyacı karşıladığını ortaya koymaktadır. Bir çok durumda hastalar ilk olarak birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerle karşı karşıya gelmektedir. Koruyucu Sağlık hizmetleri, okul ve saha taramaları büyük oranda birinci basamakta çalışan sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmektedir.

Toplumda ciddi göz problemlerine neden olabilecek göz hastalıklarının çoğu birinci basamakta tanısı konularak veya olası tanı ile sevk edilerek erken aşamada tedavi edilebilecek ve ilerlemesi önlenilecek hastalıklardır.

Çocukluk döneminde erken aşamada tanısı ve tedavisi yapılmadığı takdirde sonraki yaşlarda amblyopi ve tam görme kaybına kadar gidebilecek sorunlar birinci basamak göz sağlığı hizmetleri açısından özellikle önem taşırlar. Şaşılık, görme keskinliğinin azlığı ve konjenital katarakt gibi durumların çoğu kez aileler tarafından erken aşamada fark edilmedikleri ve geç tanı konulduğu bilinmektedir. Bu tip sorunlar ancak tarama amaçlı muayenelerle saptanabilen sorunlardır.

Dünya Sağlık Örgütü birinci basamakta uygulanacak göz sağlığı hizmetlerini tanı, tedavi ve sevk kriterleri açısından üç grupta toplamıştır (2,3):

Birinci grup: Tanı ve tedavisi birinci basamakta yapılabilecek göz sağlığı sorunlarıdır; bunlar 1. Konjonktivit ve kapak enfeksiyonları (trahom); 2. Konjunktiva ve korneal yabancı cisimler, yüzeysel kornea erozyonları 3. Vitamin A yetersizliğidir. **İkinci grup:** Birinci basamakta tanı konup ön tedavisi başlandıktan sonra sevk edilmesi gereken durumlardır; bunlar 1. Kornea ülserleri; 2. Oftalmia neonatorum; 3. Künt yada delici oküler travmalar, kapak yaralanma - kesikleri, 4. Göz kapağının içe dönmesi ve kirpiklerin içe dönmesi, 5. Kimyasal ya da termal yanıklardır. **Üçüncü grup:** Ön tedavisi yapılmadan sevk edilmesi gerekenlerdir; bunlar 1. Katarakt 2. İlerlemiş pterijum 3. Görme kaybının eşlik ettiği ağrılı kırmızı göz, 4. Görme kaybı olan olgularıdır.

Hekimlerin birinci basamakta yukarıda belirtilen rolleri üstlenebilmesi için temel bilgi, beceri ve araç gereçlere sahip olmaları gereklidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Kurumu (TUSAK) tarafından temel göz muayenesi için kullanılmak üzere belirlenen araç ve gereçler şunlardır: Görme keskinliğinin değerlendirilmesi için gerekli kartlar (tercihen logaritmik olanlar), fokal aydınlatma için cep lambası, ön segment muayenesi için büyüteç (tercihen 8x), oftalmoskop, kıl-kirpik çekme pensi, göz koruyucu kapama pamuğu, bandaj ve yara bandı, temel ilaçlar (topikal antibiyotikli damla ve pomadlar ve göze uygun konsantrasyonlarda antiseptik solüsyonlar) (4). Temel ilaçlar ise topikal antibiyotikli damla ve pomadların yanında Vitamin A kapsülleri, %1'lik gümüş nitratlı damlalar ve %1'lik tetrasiklinli göz pomadı olarak sayılabilir (3). Topikal Steroid-

lerin kullanımı birinci basamakta önerilmemiştir. TUSAK'ın okul sağlığı rehberinde, göz kontrolleri ve taramalarının 10 yaş altı grup için özel önem taşıdığı belirtilmekte ve özellikle 4-6 yaş grubunda yoğunlaştırılması ve yıllık aralarla tekrarlanması önerilmektedir. Görme keskinliği muayenesinin yanında şaşılık tespiti için Hirschberg testi (kornea ışık refleksi) ve görme aksındaki patolojileri saptamak amacıyla da kırmızı refle testi okul sağlığı çalışmalarında tarama testi olarak önerilmektedir. Fundus muayenesi de okul göz taramalarına eklenebilecek bir tarama muayenesi olarak önerilmektedir (4).

American Academy of Pediatrics göz muayenesinin yenidoğan döneminden itibaren tüm çocukluk dönemi kontrollerinde yapılmasını önermektedir. Tüm çocuk hekimlerine ve çocuk sağlığı ile ilgilenen hekimlere göz muayenesini üç farklı yaş grubunda (yenidoğan dönemi - üç yaş, 3-6 yaş ve 6 yaş üzeri) tavsiye edilen algoritmalara göre yapmalarını önermektedir (5). Kırmızı refle (Brückner) testi yenidoğan, bebeklik ve çocukluk dönemlerinde fizik muayenenin bir parçası olarak (6), görme keskinliği muayenesi ise 3 yaşından itibaren tüm çocuklarda uygulanmalıdır (5).

Bu çalışmada Van ilinde birinci basamakta çalışan hekimlerin kendilerine göz şikayetleri ile başvuran hastalara yaklaşımlarını, çocuk yaş grubundaki hastalara yönelik göz sağlığı tarama yöntemleri konusunda bilgi ve uygulamalarını ve göz sağlığı konusunda mezuniyet sonrasında hangi bilgi kaynaklarından yararlandıklarını saptamak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırma evreni Van ili merkezinde ve ilçelerinde bulunan bütün sağlık ocağı hekimleridir. Sağlık Bakanlığı 2006 verilerine göre Van ilinde toplam 55 sağlık ocağında çalışan 129 hekim bulunmaktadır (7). 2008 verileri henüz yayınlanmamış olmakla birlikte, hekim sayısının biraz daha artmış olduğu bilinmektedir. Verilerin toplanması sırasında Van ilinin 11 ilçesinden biri dışında tümüne gidilerek, bu ilçe merkezlerindeki tüm sağlık ocakları ile ulaşım ve güvenlik açısından gidilmesi olanaklı olan belde sağlık ocaklarına ulaşıldı ve ulaşılan sağlık ocaklarında mevcut hekimlerle görüşüldü. Sonuç olarak çalışmamızın örnekleminde 41 sağlık ocağında çalışan 66 hekim yer almış ve evrenin yaklaşık olarak yarısına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden hekim olmamıştır.

Araştırmanın yapılması öncesinde YYÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan onay alınmış ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır. Ayrıca görüşme yapılan hekimlere araştırmanın amacı ve sonuçların kullanımına

ilişkin bilgi verilerek sözlü onayları alındıktan sonra görüşmeye geçilmiştir.

Bütün veriler araştırmacıların biri (göz hastalıkları uzmanı) tarafından hekimlerle yüz yüze yapılan görüşmeler sonrasında hekimlerin kendileri tarafından doldurulan bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin toplanması için Sağlık Ocağı hekimlerinin mesleki birikimlerini, çalışma yoğunluklarını, göz sağlığı ile ilgili bilgi ve uygulamalarını ve TUSAK tarafından öngörülen araç ve gereçlerin mevcut olma durumları ve bilgi kaynaklarını değerlendirmeye yönelik olarak 23 soruluk bir anket formu geliştirilmiştir. Anket formundaki sorular hazırlanırken TUSAK'nun okul sağlığı rehberinde yer alan birinci basamağa yönelik göz sağlığı tarama testleri ve American Academy of Pediatrics tarafından çocuk ve aile hekimlerine önerilen göz tarama yöntemleri temel alınmıştır (4-6).

Veriler bilgisayar ortamında frekans dağılımları ve iki değişkenli karşılaştırmaları yapılarak irdelenmiş, ikili karşılaştırmalarda anlamlılık ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR

Çalışmaya katılan 66 hekimden 27'si (%40,9) Van İl Merkezi'nde, 39'u ise (%59,1) periferde bulunan sağlık ocaklarında görev yapmaktaydılar. Hekimlerin mesleki deneyimlerine bakıldığında, 18'inin (%27,3) tıp fakültesinden 2005 yılı veya öncesinde, 29'unun (%43,9) 2006 veya 2007 yıllarında ve 19'unun (%28,8) araştırma verilerinin toplandığı yıl olan 2008'de mezun olduğu; halihazırda çalıştığı kurumda çalışma süresi 36 ay ve üzeri olanların 6 (%9,1), 12-35 ay olanların 14 (%21,2) ve 12 aydan az olanların 46 kişi (%69,7) olduğu görüldü.

Hekimlerin 16'sı (%24,2) çalıştıkları sağlık ocağında genel hasta yoğunluğunu hekim başına haftada 200'den az olarak, 29'u (%43,9) 200-499 arasında ve 21'i (%31,8) 500 ve üzeri olarak bildirmiştir. Göz şikayetleri yakınmaları oranı genel şikayetlere göre daha az olabileceği düşünülerek göz şikayetleri ile başvuran hasta sayıları sorulduğunda, hekim başına haftada 1-9 arası hastası olan 11 (%16,7), 10-29 arası olan 39 (%59,1), 30 ve üzeri olan 16 hekim (%24,2) olduğu görülmüştür. Göz hastaları arasında 0-6 yaş grubunun yaklaşık hangi oranda olduğu sorusuna, hekimlerin 25'i (%37,9) "hiç" veya "çok az", 29'u (%43,9) "yarıya yakın" ve 12'si (%18,2) ise "çoğu" veya "neredeyse tümü" şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo 1'de araştırmaya katılan hekimlerin bazı göz yakınmalarıyla karşılaşma durumları sunulmuştur. Buna

Tablo 1. Araştırmaya katılan hekimlerin bazı göz yakınmalarıyla karşılaşma durumu

Yakınma	Yakınma ile karşılaşan hekim	
	N	%
Çapaklanma	59	89,4
Yaşarma	48	72,7
Kırmızı Göz	44	66,7
Görme azlığı	11	16,7
Şaşılık	5	7,6
TOPLAM*	66	100

* Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için sütun toplamı kişi sayısından fazladır.

göre hekimlerin çoğu göz hastalarında çapaklanma, göz yaşarması ve kırmızı göz yakınmaları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Görme azlığı ve şaşılık şikayetleri ile başvuran hastaları olduğunu bildiren hekimler ise daha az sayıdadırlar (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları sağlık ocağında göz hastalıkları tanı ve tedavisi için hangi temel araçların bulunduğu incelendiğinde (Tablo 2), hekimlerin ancak yarısından biraz fazlasının çalıştığı kurumda cep feneri/lamba bulunduğu; yarısından çoğunun kurumunda topikal antibiyotikli damla/pomat ve oftalmoskop bulunmadığı; Snellen uzak görme eşeli, göz kapama pamuğu, yara bandı, büyüteç ve epilasyon forsepsi bulunan kurumların ise çok az sayıda olduğu görülmüştür. Hekimlerin 20'si (%30,3) bu sayılan araçların hiçbirinin kendi çalıştıkları kurumda bulunmadığını belirtmişlerdir.

Hekimlerinin sağlık ocaklarında göz hastalıklarına yaklaşımlarını değerlendirmek üzere bazı konulardaki bilgi ve uygulamalarına yönelik sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 3'te sunulmuştur. Buna göre hekimlerin 57'si (%86,4) kırmızı göz ve çapaklanmasız olan hastada topikal antibiyotik uyguladıklarını belirtmişlerdir. 0-2 yaş hastalarda Brückner uygulamayı bildiğini belirten 12 hekimin (%18,2) yalnızca 1'i gerektiğinde uyguladığı, çocuk hastalarda Hirsberg uygulamayı bildiğini belirten 9 hekimin (%13,6) ise 4'ünün gerektiğinde uyguladığı görülmektedir. Çocuklarda şaşılık muayenesini ve görme keskinliği muayenesini tarama amaçlı olarak yaptığını belirten hekimler sırasıyla 21(%31,8) ve 7 (%10,6) kişidir. Bu muayeneleri şikayet olduğunda yaptığını bildiren hekimler, aynı sırayla 29 (%43,9) ve 28 (%42,4); hiç yapmadığını belirtenler ise 16(%24,2) ve 31 (%47,0)

Tablo 2. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları sağlık ocağında göz hastalıkları tanı ve tedavisi için bazı temel araçların bulunma durumu

Tanı / tedavi aracı	Sağlık Ocağında Var	
	N	%
Cep feneri / lamba	38	57,6
Topikal antibiyotikli damla / pomat	31	47,0
Oftalmoskop	21	31,8
Snellen uzak görme eşeli	7	10,6
Göz kapama pamuğu ve yara bandı	6	9,1
Büyüteç	4	6,1
Kıl-kirpik çekme pensi	1	1,5
Bu araçların hiçbiri yok	20	30,3
TOPLAM*	66	100

* Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için sütun toplamı kişi sayısından fazladır.

olarak saptanmıştır. Doğumdan itibaren göz yaşarması yakınması ile başvuran hastaya yaklaşımlarının ne olduğu sorusuna hekimlerin yaklaşık yarısı (%54,5) bu yakınma ile karşılaşmadıkları yanıtını vermiş, 6 hekim (%9,1) yalnızca masaj, 9 hekim(%13,6) yalnız antibiyotik tedavisi ve 9 hekim (%13,6) masaj + antibiyotik tedavisi uyguladığını belirtmiştir.

Hekimlerin birinci basamakta göz hastalıklarına yaklaşım konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında mezuniyet sonrası bu konuda eğitim alan olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Göz hastalıkları konusunda yararlanan bilgi kaynakları incelendiğinde en çok kullanılan bilgi kaynağının genel tıp kitapları olduğu (%83,3) görülmüştür. Hekimlerin 12'sinin (%18,2) ilaç tanıtım materyallerini yararlandıkları bilgi kaynakları arasında saydığı görülmüştür (Tablo 4).

Hekimlerin çalıştıkları kurum ve çalışma yoğunluklarına bağlı olarak göz hastalıkları konusundaki bilgi ve uygulamaları veya çalıştıkları kurumda bulunan oftalmolojik araç ve gereçler açısından bir farklılık olup olmadığı iki değişkenli karşılaştırmalar yapılarak ki-kare testleri ile incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmadığı ($p<0,05$) görülmüştür. Hekimlerin mezuniyet yılına ve kurumda çalışma süresine bağlı olarak göz hastalıkları konusundaki bilgi ve uygulamaları ile çalıştıkları kurumda oftalmolojik araç ve gereçlerin bulunma durumu incelendiğinde, mezuniyet yılı 2005 ve öncesi olan he-

Tablo 3. Araştırmaya katılan hekimlerin bazı göz hastalıkları tanı ve tedavi yöntemlerini bilme ve sağlık ocağında uygulama durumları

Tanı ve tedavi bilgisi		n	%
Kırmızı göz ve çapaklanması olan hastada topikal antibiyotik uygulaması yapıyor musunuz?	Evet	57	86,4
	Hayır	9	13,6
0-2 yaş hastalarda Brückner kırmızı refle testi uygulamayı biliyor musunuz?	Evet	12	18,2
	Hayır	54	81,8
0-2 yaş hastalarda gerektiğinde kırmızı refle testi uyguluyor musunuz? *	Evet	1	8,3
	Hayır	11	91,7
Çocuk hastalarda Hirsberg testi uygulamayı biliyor musunuz?	Evet	9	13,6
	Hayır	57	86,4
Çocuklarda gerektiğinde Hirsberg testi uyguluyor musunuz? **	Evet	4	44,4
	Hayır	5	55,6
Çocuklarda şaşılık için göz muayenesi yapıyor musunuz?	Evet, kontrol amaçlı	21	31,8
	Evet, şikayeti varsa	29	43,9
	Hayır	16	24,2
Çocuklarda görme keskinliği muayenesi yapıyor musunuz?	Evet, kontrol amaçlı	7	10,6
	Evet, şikayeti varsa	28	42,4
	Hayır	31	47,0
Doğumdan itibaren göz yaşarması olan bebekte yaklaşımınız	Uzmana sevk	6	9,1
	Masaj	6	9,1
	Antibiyotik ted.	9	13,6
	Masaj+ antibiyotik	9	13,6
	Böyle başvuru yok	36	54,5
TOPLAM		66	100

* Bu soru sadece Brückner kırmızı refle testi uygulamasını bilenlere sorulmuştur (n=12)

** Bu soru sadece Hirsberg testi uygulamasını bilenlere sorulmuştur (n=9)

kimlerin %38,9'u görme azlığı yakınması olan hasta başvuruları olduğunu bildirirken, 2006-2007 mezunlarında bu oran %13,8, 2008 mezunlarında ise %0,0 bulunmuştur ve bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($\chi^2=10,3$; $p<0,01$); diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Görsel sistemin gelişiminde erken postnatal dönemdeki görsel uyarının varlığı çok önemlidir. Eğer bu bilgi akışında tek taraflı bir yokluk ya da yetersizlik olursa

erişkin yaşamında da devam edecek amblyopi denilen kalıcı görme kaybı ortaya çıkar. Amblyopi çocuklardaki monoküler görme kaybının en önemli sebebidir. Şaşılık, anizometri ve deprivasyona bağlı olarak meydana gelir (8-10).

Çocuklarda oküler hastalıkların erken dönemlerde teşhis ve tedavi edilmesi hayat boyu sürebilecek görsel problemlerin önüne geçebilmek açısından çok önemlidir. Göz muayenesi yeni doğan döneminden başlayarak tüm periyodik çocukluk dönemi kontrol muayenelerinde devam etmelidir. Konjenital katarakt, glokom, şaşılık, ptozis gibi görmeyi ve retinablastom gibi yaşamı tehdit

Tablo 4. Araştırmaya katılan hekimlerin birinci basamakta göz hastalıklarına yaklaşım konusunda eğitim alma durumları ve yararlandıkları bilgi kaynakları

Eğitim Durumu ve Bilgi Kaynakları		n	%
Mezuniyet sonrasında, birinci basamakta göz sağlığı uygulamaları konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	0	0,0
	Hayır	66	100,0
	TOPLAM	66	100
Göz hastalıkları konusunda hangi bilgi kaynaklarından yararlanırsınız	Uzman meslekdaşlarım	25	37,9
	Genel tıp kitapları	55	83,3
	Konuya özel dergi / kitaplar	7	10,6
	İlaç tanıtım materyalleri	12	18,2
	TOPLAM	66	100

edebilecek durumlar dikkatli bir oküler sistem muayenesiyle erken dönemde teşhis edilip uygun tedavi yöntemleri de uygulanarak çocuğun vizyonunu ve yaşamını korumak mümkün olabilecektir (6,7).

İdil'in Ankara Park Eğitim Sağlık Ocağı bölgesinde göz şikayeti nedeniyle göz hekimine başvuran olguları değerlendirdiği çalışmada, hastaların %32,2'sinin sorunlarının Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği uygulamaya göre birinci basamakta tanı ve tedavisinin yapılabilecek türde olduğu tespit edilmiştir (11). İngiltere de yapılan bir çalışmada genel pratisyenlerin göz şikayetleri ile kendilerine başvuran hastaların yalnızca %15'ini hastaneye sevk ettikleri, %85'ini başarı ile tedavi ettikleri tespit edilmiştir (12).

Çalışmamızın bulgularına göre, hekimlerin %59,1'i haftada 10-29 arasında, %24,2'si de haftada 30'un üzerinde göz yakınması ile başvuran hastaları olduğunu belirtmektedirler. Bu veriler göz hastalıkları ile ilgili olarak önemsenecek düzeyde birinci basamak hizmet talebinin varlığını göstermektedir. Bu başvurular içinde hem yetişkin hem de çocuk göz hastaları önemli oranda bulunmaktadır.

Ancak hekimlerin göz hastalıklarının tanı ve tedavisine yönelik bilgi ve becerilerinin ve sağlık ocaklarında bulunan araç ve gereçlerinin oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Tablo 3'te görüleceği gibi, hekimlerin temel göz sağlığı tarama testleri konusundaki bilgilerinin çok yetersiz olduğu, bu testleri uygulayan hekimlerin çok düşük oranlarda olduğu dikkati çekmektedir. Yirmi hekim bulunduğu sağlık ocağında (%30,3) göz sağlığına yönelik hiçbir araç gereç bulunmadığını belirtmiştir. Sağlık ocaklarının önemli bir kısmında Snellen uzak görme eşeli, oftalmoskop gibi basit ve önemli araç ge-

reçler bile eksik durumdadır. Hekimlerin büyük çoğunluğunun en basit kontrol muayenelerini bile hiç yapmadığı görülmektedir.

İdil sözünü ettiğimiz çalışmada birinci basamakta hizmet veren pratisyen hekimlerin göz hastalıkları konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nce öngörülen rollerini üstlenebilmeleri için buna uygun bir tıp eğitimi almış olmaları gerektiğini belirtmektedir ve göz sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (11). Bir başka ifadeyle bunun sağlanması hem hekimlerin buna uygun bilgi ve becerilerle donatılmasını hem de sağlık sisteminde buna uygun düzenlemelerin yapılmasını gerektirmektedir. Sağlık ocaklarında göz sağlığı uygulamaları için gerekli temel malzemelerin yetersiz olması yanında, çalışmamızda yer alan hekimlerin hiç birinin mezuniyet sonrasında birinci basamakta göz sağlığı uygulamaları konusunda eğitim almamış olması bu alandaki hizmetlerin birinci basamağa entegrasyonu yönünde bir çalışma olmadığını ortaya koymaktadır.

Türkiye'de halen okul ve okul öncesi dönemine yönelik yaygın bir göz sağlığı taraması programı uygulanmamaktadır. Görme keskinliği taraması birinci basamakta kolayca yapılabilecek bir çalışma olmasına karşın, çalışmamızda görüştüğümüz hekimlerin sadece %10,6'sı bu konuda tarama amaçlı kontrol muayenesi yaptığını, %42,4'ü bu konuda şikayet varsa görme keskinliği muayenesi yaptığını, %47,0'ı ise hiç yapmadığını bildirmiştir. Benzer bir tablo şaşılık muayeneleri için de ortaya çıkmaktadır. Oysa kırma kusuru, şaşılık ve ambliyopinin okul öncesi dönemde teşhis ve tedavi edilmesi görsel prognoz açısından son derece önemlidir. Toplumun bu alandaki tüm gereksiniminin ikinci basamakta

çalışan uzman hekimler tarafından karşılanması olanaksızdır. Ayrıca görme keskinliği muayenesi 3 yaşından itibaren tüm çocuklar için önerilmektedir (5).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında doğumdan başlayarak okul çağına kadar bebek ve çocukların izlenmesi olanağı bulunmaktadır. İyi organize olmuş birinci basamak sağlık hizmetleri bu dönemde gerekli olan koruyucu girişimler, eğitim ve tarama çalışmalarını için en uygun zemini sağlar. Bu çerçevede göz sağlığına yönelik yapılacak çalışmaların bu kontrollere entegre edilmesi bebeklikte erken fark edilmesi çok önemli olan konjenital katarakt, konjenital glokom ve retinoblastom gibi göz hastalıklarının teşhisini sağlayabilir. (6,13). Periyodik kontrollere ilave yapılacak göz muayenesi mevcut şaşılık, vizyon azlığı, amblyopi gibi göz problemlerinin ilerlemesini ve bunlara bağlı okul başarısızlığı, uyum güçlüğü gibi sorunların ortaya çıkmasının önlenmesini sağlayabilir (14).

Araştırmamızda meslek deneyiminin artmasıyla paralel olarak, hekimlerin kendilerine görme keskinliği yakınması ile başvurular olduğunu bildirme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı saptanmıştır. Bu saptama, gerek hekimin deneyim kazanması ile birlikte hastalarını daha bütünsel ve çok yönlü değerlendirebilmesi ile; gerekse hastaları ile ilişkisinin süreklilik kazanması durumunda hastaların göz sorunları için o hekime başvurmayı tercih etmesi ile ilişkili olabilir. Her iki olasılık da daha iyi organize olmuş, hasta-hekim ilişkisinin süreklilik ve bütünsellik taşıdığı koşullarda birinci basamak göz sağlığı hizmetlerinin daha verimli olabileceğini düşündürmektedir.

Özden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 249 çocuk hem eğitimli pratisyen hekim hem de oftalmologlar tarafından muayene edilmiş ve sonuçta özellikle 0-6 yaş arası çocuk grubunda göz taramasının birinci basamak sağlık örgütlerinde eğitilmiş pratisyen hekimler tarafından etkin olarak yapılabileceği bildirilmiştir (15).

Toygar ve arkadaşlarının İstanbul'da ilköğretim öğrencilerinde yaptığı çalışmada kırma kusuru, şaşılık ve ambliyopinin erken tanısı ve tedavisi için okul öncesi dönemde yaygın göz taramaları yapılmasının gerekliliği vurgulanmış ve üniversitelerin desteği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu konuda işlerliğinin artırılması önerilmiştir. Bu çalışmalarda önerildiği gibi toplumun geniş kesimlerine göz sağlığı ile ilgili koruyucu hizmetleri özellikle okul öncesi dönemdeki çocuklara ulaştırmak ancak birinci basamaktaki hizmetlerle mümkündür (16).

Araştırmamızda yer alan hekimlerin büyük çoğunluğunun yeni mezun hekimler olmalarına rağmen göz sağlığı alanındaki genel bilgi ve becerileri dikkate alın-

dığında ülkemizde hekimlerin mezuniyet öncesi göz sağlığı eğitiminin birinci basamak sağlık hizmetleri alanındaki gereksinimler dikkate alınarak gözden geçirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Araştırmada yer alan hekimlerin %43,9'unun karşılaştıkları göz hastalarının yaklaşık yarısının 0-6 yaş grubunda olduğunu, %18,2'sinin ise bu oranın çok daha yüksek olduğunu belirtmeleri dikkate alındığında, hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası göz sağlığı eğitimlerinde çocuk göz sağlığına özel bir yer verilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Tablo 4'te sunulan, hekimlerin yararlandıkları bilgi kaynaklarına bakıldığında birinci basamak hekimlerine yönelik olarak hazırlanmış bilgi kaynakları ve rehberlerin hazırlanması gereği ortaya çıkmaktadır.

Araştırma verilerimizin ve sonuçlarımızın değerlendirilmesinde bazı noktaları dikkate almakta yarar bulunmaktadır. Çalışmamızın örnekleme evreninin yarısına varan bir oranını oluşturmakta olduğu için temsil edici gücü bulunmakla birlikte, 11 ilçeden birine ulaşılmamış olması ve periferdeki sağlık ocaklarına ulaşma oranımızın daha düşük olması örnekleminin temsil edici gücünü bir ölçüde azaltıcı etkiye sahiptir. Perifer sağlık ocaklarının örnekleme dışında kalma oranının daha fazla olmasının, özellikle hasta yoğunluğu ile ilgili verileri ve kurumlarda bulunan tanı-tedavi amaçlı araç gerecin varlığına ilişkin oranları etkileme olasılığı vardır. Ancak bu farklılığın çalışmada vardığımız sonuçları değiştirecek düzeyde olmayacağı öngörülebilir.

Sonuç olarak, ülkemizin koşullarını göz önüne alarak, Dünya Sağlık Örgütü ve American Academy of Pediatrics'in önerileri doğrultusunda göz sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bunun için, hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimleri birinci basamak hizmet gereksinimlerine uygun olarak gözden geçirilmeli, mezuniyet sonrası eğitimlerle bilgi ve becerilerinin artırılması sağlanmalı ve kurumlarında bu alanda hizmet sunabilecekleri araç gereçler ve yararlanacakları bilgi kaynakları sağlanmalıdır. Birinci basamakta bu düzenlemelerin yapılması ile göz sağlığı sorunlarının daha erken aşamalarda tanı ve tedavisi sağlanabilecek ve bu alanda çalışan uzman hekimlerin ve ikinci ve üçüncü basamak göz sağlığı hizmetlerinin daha verimli olarak yürütülmesi olanaklı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri 2006. Ankara Sağlık Bakanlığı Yayın No:732
2. Tylefors B. The World Health Organization's Programme for the prevention of blindness. Int Ophthalmol. 1990; 14: 211-219.

3. İdil A. Birinci Basamak Göz Sağlığı Hizmetleri. Halk Sağlığı Açısından Göz Hastalıkları. Ankara. Ekonomik Rehber. 1999; 27-44.
4. Göz Sağlığı. Birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik Okul Sağlığı Rehberi <http://www.tusak.saglik.gov.tr-ze-hirlenmeler-OkulSagligi.pdf.url>. Erişim tarihi 09.02.2008
5. Committee on Practice and Ambulatory Medicine of American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology of American Academy of Pediatrics, American Association of Certified Orthoptist, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus and American Academy of Ophthalmology, Eye examination and vision screening in infants, children, and young adults by Pediatricians. Pediatrics. 2003;111:902-907.
6. American Academy of Pediatrics. Section on Ophthalmology, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology, American Association of Certified Orthoptist. Red Reflex Examination in Neonates, Infants, and Children. Pediatrics. 2008;122:1401-1404.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çalışma Yılı 2006. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları (Yayın no:721), 91.
8. Von Noorden GK. Binocular vision and ocular motility. St.Louis: Mosby Company 1990;208-48.
9. Sanaç AŞ, Şener EC. Şaşılık ve Tedavisi. Pelin Ofset ve Matbaacılık. 2001;83-93.
10. Holmes JM, Clarke MP: Amblyopia. Lancet. 2006; 367: 1343-1351.
11. İdil A. Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde Göz Muayenesi için Başvuran olguların değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1994;47(2):297-308.
12. Mc Donnell PJ. How do the general practitioners manage eye disease in the community?. Br J Ophthalmol. 1988; 71:733-736.
13. Taylor D (series editor.) Screening and surveillance for ophthalmic disorders and visual deficits in children in the United Kingdom. Br J Ophthalmol. 2001;85:257-259.
14. İdil A. Birinci basamakta periyodik bebek ve çocuk kontrollerinde uygulanacak temel göz muayenesi. Ankara Tıp Mecmuası, 1995;48:123-134.
15. Özden S, Yıldırım C, Arıkan T, Özyurt C, Kıldacı B. 0-6 yaş Arası Göz Taramasında Birinci Basamak Sağlık Örgütlerinin Aktive Edilmesi: Ön Çalışma -İlk Sonuçlar. MN Oftalmoloji 1999(6);2:160-164.
16. Toygar O, Ögüt MS, Kozakoğlu H. İstanbul'da ilköğretim çağı çocuklarında yapılan göz taraması sonuçları. T. Oft. Gaz. 2003;33:585-591.