T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Hamdi Nezih Dağdeviren

EDİRNE İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV ALAN HEKİMLERİN GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ TANISI VE TEDAVİSİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ayyüce YILDIRIM

EDİRNE – 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Prof. Dr. Hamdi Nezih Dağdeviren'e, yardım ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya ve Doç. Dr. Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma, hayatım boyunca her türlü desteği sağlayan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ……1
GENEL BİLGİLER…….....3
GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ (GKD) TANIM……...……...3
EPİDEMİYOLOJİ……...…….…….4
ETİYOLOJİ……..4
KALÇA EKLEMİNİN GELİŞİMİ VE GKD'DE PATOLOJİK ANATOMİ……6
GKD'DE KLİNİK BULGULAR VE MUAYENE ……7
RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME……...10
TEDAVİ……16
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GKD YÖNETİMİ; ERKEN TANI VE TEDAVİ PROGRAMI……18
GEREÇ VE YÖNTEM…….……..22
BULGULAR……....24
TARTIŞMA……..……...53
SONUÇLAR…….……...68
ÖZET…….……..70
SUMMARY…….……72
KAYNAKLAR…….……...74
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

AVN: Avasküler Nekroz

BT: Bilgisayarlı Tomografi

GKD: Gelişimsel Kalça Displazisi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

TKA: Total Kalça Artroplastisi

GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD), kalça ekleminin normal gelişimini tamamlayamaması sonucu ortaya çıkan ve farklı yaş gruplarında çeşitli formlarda görülebilen bir hastalıktır. GKD'de, kalçayı oluşturan yapıların intrauterin dönemde normal gelişmesine rağmen, çeşitli faktörlerin etkisiyle zamanla yapısal bozulmalar meydana gelebilir; bu nedenle dinamik bir hastalık olarak kabul edilir. Hastalığın temel patolojisi, femur başı ile asetabulum arasındaki ilişkinin bozulması veya tamamen kaybolmasıdır (1). Klisiç, 1989 yılında "Doğuştan Kalça Çıkığı" yerine "Gelişimsel Kalça Displazisi" teriminin kullanılmasını önermiştir (2). Bunun nedeni, hastalığın zamanla değişim gösterebilmesi, bazı durumlarda kendiliğinden düzelebilirken, bazı etkenler nedeniyle kötüleşme eğiliminde olabilmesidir. Bu durum, klinik ve radyolojik çalışmalarla da doğrulanmıştır (3, 4).

Gelişimsel kalça displazisi terimsel olarak hastalığın tüm şekillerini (tam çıkık, tam olmayan çıkık, displazi) içerir (2). Displazi terimi asetabulumun yetersiz gelişimini tanımlar ancak düz grafide Shenton Menard çizgisi kırılmamıştır. Tam olmayan çıkıkta (subluksasyon) eklem yüzeyleri arasında ilişki vardır ancak femur başında yana ve üste doğru bir yer değiştirme vardır. Düz grafide Shenton-Menard çizgisi kırılmıştır. Tam çıkıkta (dislokasyon) femur başı ve asetabulum eklem yüzeyleri arasında ilişki yoktur (5).

Çeşitli yayınlarda yeni doğan döneminde kalça displazisi görülme sıklığı 1/100, tam çıkıklı çocuk görülme sıklığı da 1/1000 olarak bildirilmektedir (6). GKD'nin görülme sıklığı oranları hastanın tanı yaşına, tanı koyan kişilere, tanı yöntemine ve tanı ölçütlerine göre değişiklikler gösterebilmektedir. Bundan dolayı GKD görülme sıklığı hakkında kesin rakamlar vermek zordur (7). GKD'nin dünyada görülme sıklığı çeşitli kaynaklara göre değişmekle beraber yaklaşık 1000 canlı doğumda 0-188.5 olarak tahmin edilmektedir (1).

GKD'nin Türkiye'deki kesin görülme sıklığı henüz tam olarak belirlenememiştir. Ancak, Türkiye'de yapılan radyografik incelemelere göre görülme sıklığının yaklaşık %1.5 olduğu, ultrasonografik taramalarla ise %0.86 ile %17 arasında değişen oranlarda saptandığı bildirilmiştir (7-9). Yapılan çalışmalara göre, ülkemizde GKD'nin 1000 canlı doğumda yaklaşık 5 ila 15 vakada görülebileceği öngörülmektedir (6, 7). Türkiye'de her yıl ortalama 1.3 milyon canlı doğum gerçekleştiği göz önünde bulundurulduğunda, gerekli tedavi sağlanmadığında sakatlık riski taşıyan yaklaşık 14 ila 18 bin yenidoğan ile karşılaşılabileceği anlaşılmaktadır (1). GKD, kız çocuklarında erkeklere kıyasla 4 ila 8 kat daha fazla görülmekte olup, sol kalçanın daha sık etkilendiği bilinmektedir (6).

Hastalığın erken teşhisi halinde, kolay uygulanabilen ve düşük maliyetli konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmesi mümkündür. Ancak tanı geciktiğinde, tedavi süreci daha karmaşık hale gelmekte; başarı oranı düşerken, komplikasyon ve maliyetler artmaktadır. Bu gibi durumlarda, daha fazla uzmanlık gerektiren ileri düzey cerrahi müdahaleler kaçınılmaz olmaktadır (10).

Gerektiği şekilde tedavi edilmediğinde, GKD'li bireyler toplumda sağlıklı yaşam süresinin azalmasına, sosyal güvenlik sistemine ek mali yük getirmesine ve ciddi iş gücü kayıplarına yol açabilmektedir(6).

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ulusal erken tanı ve tarama programının temel amacı, yenidoğan bebeklerin ilk dört haftasında kalça çıkığı açısından muayene edilmesini sağlamaktır. Bu kapsamda, risk faktörleri taşıyan ya da klinik muayenede şüpheli bulgular tespit edilen bebeklerin ileri değerlendirme (ultrasonografi) ve ayrıntılı muayene için Ortopedi ve Travmatoloji uzmanına yönlendirilmesi hedeflenmektedir. Tedavi gerektiren vakalarda, erken ve uygun müdahalelerin gerçekleştirilmesiyle cerrahi tedavi ihtiyacının azaltılması ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışma Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev alan hekimlerimizin gelişimsel kalça displazisi hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek, bu konu hakkındaki tutumlarını öğrenmek, konuyla ilgili farkındalıklarını artırmak, eğitim programlarındaki eksikliklerin giderilmesi amaçlanmaktadır.

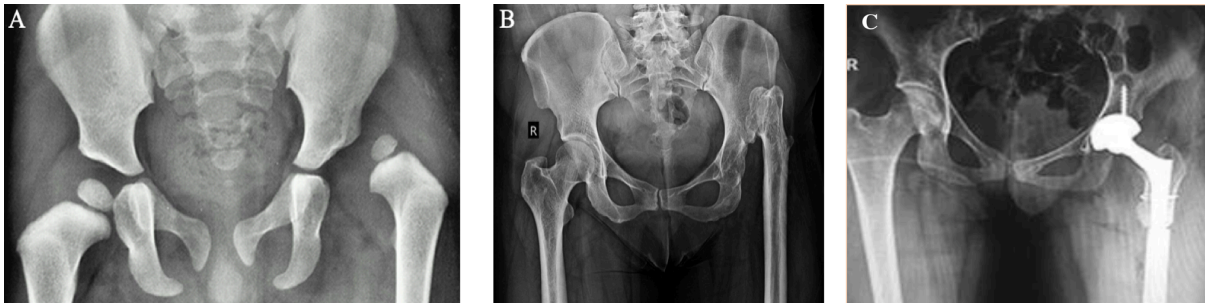
GENEL BİLGİLER

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ (GKD) TANIM

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD), intrauterin dönemde normal gelişen kalça ekleminin, doğum ve sonrası süreçte çeşitli patolojik etkenler nedeniyle femur başı ile asetabulum arasındaki doğal anatomik ilişkinin bozulmasıyla ortaya çıkan dinamik bir hastalıktır. Bu durum, sığ veya yetersiz gelişmiş asetabulumdan (asetabüler displazi), eklem yüzeylerinin tam olarak örtüşmemesi (subluksasyon) ya da tamamen ayrılması (dislokasyon) gibi farklı derecelerde görülebilir. Önceden femur başının doğuştan asetabulum dışında bulunmasını ifade eden "Doğuştan Kalça Çıkığı (DKÇ)" terimi ise günümüzde tercih edilmemektedir (2).

Kalçanın intrauterin dönemde veya doğumda çıkık olması durumuna "teratojenik kalça" denir ve bu durum myelomeningosel, artrogripozis, Ehlers Danlos, Larsen Sendromu gibi genetik veya nöromusküler hastalıklar ile ilişkilidir. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) dinamik bir süreç izler ve farklı etkenlere bağlı olarak iyileşme gösterebileceği gibi ilerleyerek kötüleşebilir. Hastalığın prognozunu belirleyen en önemli faktör, kalça ekleminde konsantrik redüksiyonun sağlanmasıdır. Asetabulumun sağlıklı bir şekilde gelişebilmesi için femur başının doğru konumda bulunması gerekmektedir (11).

Doğum anında tamamen kıkırdak yapıda olan asetabulum ve proksimal femur, zamanla kemikleşerek olgunlaşır ve remodelasyon yetenekleri giderek azalır. Bu nedenle, displazik bir kalça ekleminin sağlıklı gelişimini sürdürebilmesi için femur başının asetabulum içine en kısa sürede yerleştirilmesi gerekmektedir. GKD erken dönemde maliyet etkin, kolay uygulanabilir yöntemlerle tedavi edilebilecek bir hastalık iken tanıda gecikme olması halinde maliyeti ve komplikasyon oranları daha yüksek ileri düzey cerrahi gerektirmektedir (10) (Şekil 1)



Şekil 1. A-Sol asetabular displazi , B-Tedavi edilmemiş sol asetabular displazi, C-GKD sebebiyle opere sol total kalça protezi (12, 13).

EPİDEMİYOLOJİ

GKD yenidoğan döneminde ortopedik açıdan görülen en sık hastalıktır. İnsidans tahminleri oldukça değişkendir. Ortopedi yazılı kaynaklarına göre Displazinin görülme sıklığı 1:100, dislokasyonun ise 1:1000 olarak bildirilmiştir (3). Ancak, ülkemizde dislokasyon oranlarının 5-15:1000 arasında daha yüksek olduğu öngörülmektedir. Akdeniz kuşağı ve Amerika yerlileri arasında daha yaygın görüldüğü rapor edilmiştir. Bunun sebeplerinden biri, özellikle kırsal bölgelerde hâlâ yaygın olarak uygulanan kundaklama geleneği olabilir (14). GKD, kız çocuklarında erkeklere oranla yaklaşık 4-8 kat daha fazla görülür. Ayrıca, sol kalçanın daha sık etkilendiği bilinmektedir (6).

ETİYOLOJİ

Kalçanın yeterli büyümesi ve gelişmesi iki ana faktöre bağlıdır: birincisi, femur başının konsantrik redüksiyonu, ikincisi asetabular ve triradiat kıkırdaklar arasındaki büyümenin yeterli dengesi. İster fetal gelişim sırasında ister doğum sonrası büyüme sırasında olsun, bunlardaki herhangi bir dengesizlik anormal kalça gelişimiyle sonuçlanacaktır. Dinamik femoral ve asetabular etkileşimler kalça ekleminin gelişiminde çok önemlidir. Bu durumun karmaşık doğası sebebiyle GKD etyolojisi tek bir sebebe bağlı olmayıp genetik, çevresel ve mekanik faktörlerin bir karışımından kaynaklanmaktadır (15) . Yenidoğanların fizyolojik kalça pozisyonu fleksiyon ve abdüksiyondur. Kalçayı ekstansiyon ve addüksiyona zorlayan herhangi bir etken GKD için risk oluşturabilmektedir (16).

Anneden bebeğe geçen ve ligaman gevşekliğine sebep olan relaksin hormonuna kız çocukları daha duyarlı olduğundan dolayı GKD%80 oranında kızlarda daha sık görülebilmektedir (17).

Bir araştırmaya göre, ailede GKD öyküsü bulunmayan bir çiftin çocuklarında GKD riski %6 olarak tespit edilmiştir. Anne veya babadan birinin GKD'li olduğu durumlarda ise doğacak çocuğun GKD riski %12'ye çıkmaktadır. Hem anne ya da babada, hem de bir önceki çocukta GKD bulunması halinde ise, sonraki doğacak çocukta risk %36 olarak belirlenmiştir (18).

GKD, sol tarafta sağa göre üç kat daha fazla görülür. Sol tarafta görülme oranı yaklaşık %60, sağda ise %20 civarındadır; geri kalan %20'lik vakalarda ise bilateral (her iki tarafı etkileyen) GKD görülür. Fetusun annenin sol tarafına yatma eğiliminin, bu farklılıkta rol oynadığı öne sürülmektedir (19).

Fetüs genellikle uterusta fleksör dominant bir pozisyonda yer alır. Makat geliş pozisyonu ile GKD arasında güçlü bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Normal popülasyonda makat gelişinin insidansı %3 iken, GKD'li yenidoğanlarda bu oran %16'ya kadar çıkmaktadır. Bu pozisyondaki bir çocuğun vajinal doğumla veya sezaryenle dünyaya gelmesi arasında, GKD görülme sıklığı açısından bir fark bulunmamaktadır. (20, 21).

İlk doğan çocuklar kardeşlerine göre iki kat daha sık etkilenir. Bunun sebebi olarak primigravida, gerilmemiş uterus sebebi ile gelişen anormal mekanik kuvvetler gösterilmiştir (19, 21, 22).

Amniyotik sıvı, fetusu dış etkenlerin basıncından koruyarak ona hareket edebileceği özgür bir ortam sunar. Ancak fetusun gelişimiyle birlikte amniyotik sıvının azalması, fetusun uterus ve karın kasları tarafından daha fazla baskıya maruz kalmasına yol açar ve bu durum GKD için bir risk faktörü oluşturur. Yirminci haftadan önce düşük yapan fetuslar oldukça küçük olduklarından, mekanik basınçlardan daha az etkilenir ve bu fetuslarda GKD'ye nadiren rastlanır (19, 21).

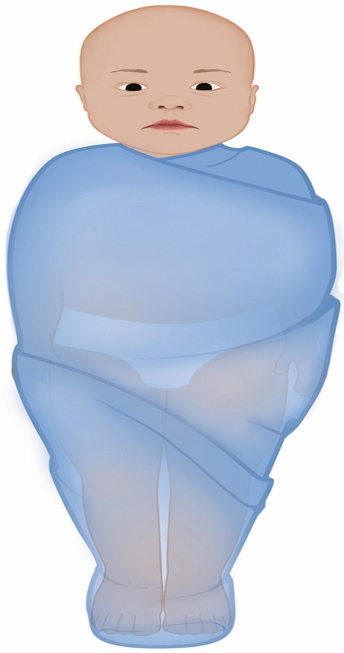
İntrauterin sıkışıklık sonrasında ortaya çıkabilen metatarsus adduktus ve tortikollis GKD ile birliktelik gösterebilirler (23). Pes kalkakenovalgus da GKD için bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Doğuştan çarpık ayağın bir risk faktörü olduğu konusunda ise karşıt görüşler mevcuttur (23, 24).

GKD görülme sıklığı açısından ırksal farklılıklar da mevucttur. Beyaz ırkta ve Kızılderililerde daha fazla olup siyah ırkta oldukça seyrektir (5, 25).

GKD gelişiminde çevresel faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerden en önemlisi, toplumumuzda yaygın olarak kullanılan kundak uygulamasıdır. Kundaklama, doğumdan sonra bebeğin kalçalarını ekstansiyon ve adduksiyon pozisyonunda tutan bir beze sarılma işlemidir (26, 27) (Şekil 2). Kundak uygulamasının toplumlarda yaygın olarak yapılma amacı, bebeğin gereksiz hareketlerini sınırlayarak daha iyi bir uyku düzeni, daha az ağlama nöbeti, daha iyi termoregülasyon ve ani bebek ölümü insidansında azalma sağlamaktır.

Ancak, kundak uygulamasının hipertermi, solunum yolu enfeksiyonlarının artması, D vitamini eksikliği ve gelişimsel kalça displazisi gibi yan etkileri de bulunmaktadır (28).

Özellikle intrauterin dönemde fleksiyon pozisyonundaki kalçaların doğum sonrası ani bir şekilde ekstansiyon ve adduksiyon pozisyonuna getirilmesi, femur başının asetabuluma santralizasyonunu bozarak GKD riskini artırmaktadır. Bu nedenle, kundak uygulamasının yaygın olduğu Kuzey İtalya, Almanya ve Kanada Kızılderilileri gibi bölgelerde, GKD görülme oranı yüksektir (29).



Şekil 2. Kundak Uygulaması (26).

KALÇA EKLEMİNİN GELİŞİMİ VE GKD'DE PATOLOJİK ANATOMİ

Kalça gelişimi; intrauterin hayatın 7. haftasında ilkel kıkırdak yapısındaki primitif ekstremite tomurcuğunun mezenkiminde ileride femur başı ve asetabulumu oluşturacak olan bir yarığın oluşmasıyla ortaya çıkar. 11. haftada kalça eklemi tam anlamıyla şekillenir ve intrauterin hayat süresince gelişimini sürdürerek olgunlaşır (5, 30). Kalça gelişimi yaşamın ilk 4 yılında belirgin olarak şekillenmekle birlikte 8 yaşına kadar devam eder ve kalça gelişimi daha da yavaşlayarak yaklaşık 15 yaşlarında gelişimini tamamlar. Doğumda hemen tümü kıkırdak olan asetabulum ilk 3 ayda hızla kemikleşir ve eklemde tam olarak yerleşik femur başının baskı uygulamasıyla şekillenir (6).

Derin ve iyi örten bir asetabulum için küresel bir femur başına, küresel bir femur başı için yeterli bir örtüm sağlayan asetabuluma ihtiyaç vardır. Femur başı yerinde değilse asetabulumun gelişmesi bozulur.

Asetabulum ile femur başı arasındaki ilişkinin bozulmasına yol açan instabiliteler, eklemdeki displazi sürecini başlatır. Bu durum, asetabular anteversiyonun artmasına ve frontal planda eğimin düzleşmesine neden olur. Asetabüler kıkırdağın devamı olan labrum, hipertrofiye uğrayarak inverte olur. Ayrıca, asetabulum içindeki yağ dokusu (pulvinar) kalınlaşarak eklem aralığını doldurur. Ligamentum teres, hipertrofiye uğrayıp uzama gösterir.(10, 11, 31).

Transvers asetabular bağ, kalınlaşarak superiora doğru yer değiştirir.. Anteromedial eklem kapsülü gerginleşir ve asetabulum girişini daraltır (32).

Asetabulumun koronal plandaki eğimi düzleşir ve anteversiyonu artar. Femurun baş-boyun açısı ve anteversiyonu yükselir. İliopsoas tendonu gerilerek, kapsülün inferomedial kısmına baskı yapar ve asetabulum girişini daraltır. Pelvifemoral kaslar (adduktorlar, gluteus medius ve minimus) kısalır ve kontrakte hale gelir (5, 6, 30, 31). Meydana gelen tüm bu değişiklikler femur başının yeniden asetabulum içine dönmesine engel olurlar. GKD'de femur başı ile asetabulum ilişkisinin kaybolmasına bağlı olarak asetabulum ve femurun normal gelişimi bozulur, normal gelişimin sağlanabilmesi için femur başının zaman kaybetmeden asetabulum içine yerleştirilmesi gerekir (5, 31).

GKD'DE KLİNİK BULGULAR VE MUAYENE

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) tanısı ne kadar erken konulabilirse tedavi metodları daha kolay olmakta ve tedavi sonuçları daha iyi olmaktadır. Displazinin gelişimsel doğası göz önüne alındığında, aydan aya farklı belirtiler ortaya çıkabilir. Tachdjian fizik muayene bulgularını yaş gruplarına göre 0-2 ay, 3-12 ay ve yürüme dönemi olmak üzere 3'e ayırmıştır (19).

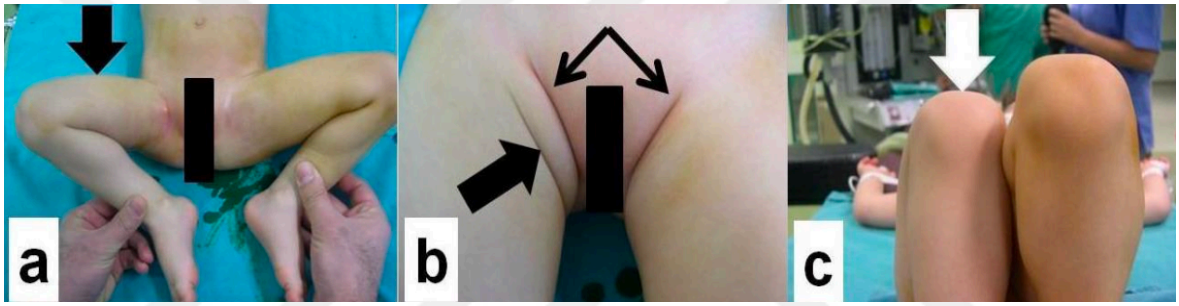
0-2 Ay Arası (Yenidoğan Dönemi)

Bu dönemde tanı fizik muayene ile konur. Fizik muayene bulguları kalçanın displazik, sublukse ya da çıkık olmasına bağlı olarak çeşitlilik gösterir. Bebek tamamiyle çıplak muayene edilmelidir. Muayene esnasında bebeğin sakin ve rahat olabilmesi için ortamın uygun sıcaklıkta olması gerekmekle beraber muayene eden kişinin de ellerinin sıcak olması gerekir. Hayatın bu erken evresinde inspeksiyonda en çok dikkati çeken özellik bacak kıvrımları arasında eşitsizlik yani *Pili asimetrisi* görülmesidir (Şekil 3).

Çocuğun fiziksel yapısıyla ve çift taraflı çıkıklarda yanıltıcı olmakla beraber önemli bir belirtidir (19, 21). Normal bebeklerin %27'sinde de pili asimetrisi görülebilir (33).

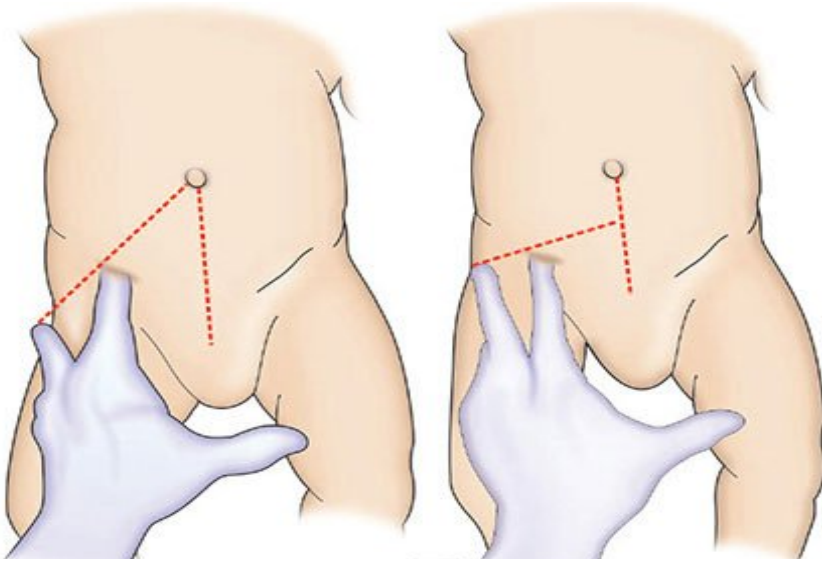
İkinci olarak bakılan *Galeazzi (Allis) cetvel belirtisi* bebek sırt üstü pozisyonunda kalça ve dizler bilateral fleksiyondayken diz yükseklikleri arasında eşitsizlik olması, çıkık kalça tarafındaki dizin daha aşağıda olması durumudur (6) (Şekil 3).

Aileler tarafından sıkça belirtilen, bebeklerin bez değiştirirken kalçanın yana açılmasındaki zorluk ve *Abduksiyon kısıtlılığı (Hart belirtisi)*, hem anamnezde yer alan bir bulgu hem de gözle tespit edilebilen bir işarettir (19, 21). Normalde kalça 90° fleksiyondayken, pasif olarak 60° abduksiyona ulaşabilir. Ancak çıkık kalçalarda, adduktor kaslarının kısalması ve kasılmasına bağlı olarak abduksiyon kısıtlıdır (34) (Şekil 3).



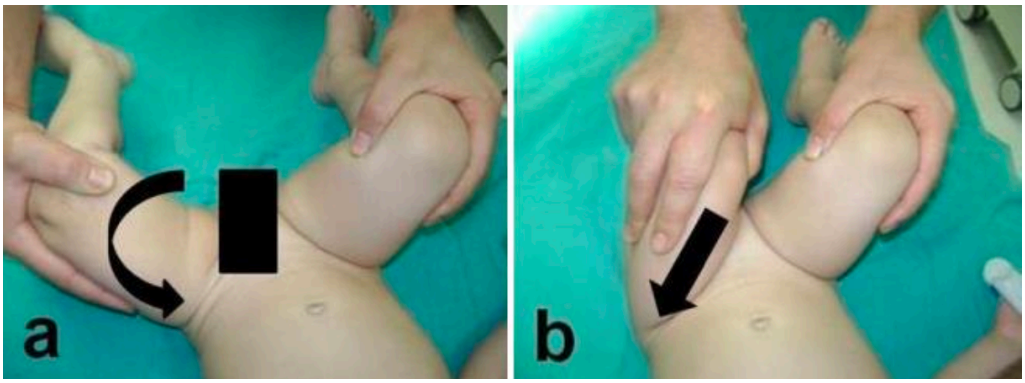
Şekil 3. A-Abdüksiyon kısıtlılığı, B-Pili asimetrisi, C-Galeazzi bulgusu (6).

İki taraflı çıkıklarda abduksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi ya da galeazzi belirtisi yanıltıcı olabilmektedir (6). Bu durumlarda *Klisic testi* yapılması önerilir. Bu testte; üçüncü parmak trokanter majora, ikinci parmak ise spina iliaka anterior süperior noktasına yerleştirilir ve bu iki nokta üzerinden umbilikusa doğru hayali bir çizgi çizilir. Sağlıklı bebeklerde bu hayali çizgi umblicustan geçer. Disloke olan kalçada trokanter major yüksekte kalacağından bu hayali çizgi umblikusun daha alt seviyelerinden geçer (35) (Şekil 4).



Şekil 4. Klisic Testi (36).

Yenidoğan döneminde önemli olan diğer testler *Ortolani ve Barlow* testleridir. Her iki test, baş parmakların uyluğun inferomedial kısmına yerleştirildiği, ikinci ve üçüncü parmakların ise büyük trokanter üzerinde olduğu, kalçaların ve dizlerin 90 derece fleksiyona getirildiği bir pozisyonda uygulanır (6). Ortolani testi sırasında, kalça 90 derece fleksiyondayken abduksiyona alınır ve kalçanın bir engeli geçerek yerine oturması sonucu, trokanter majör üzerindeki parmaklarda kütleme sesi duyulabilir. Bu ses, çıkık olan femur başının asetabulum içine redükte olduğu anlamına gelir. Barlow testinde ise kalça fleksiyonu azaltılır, adduksiyona alınırken nazikçe arkaya doğru itilerek, asetabulumdan çıkıp çıkmadığı ikinci ve üçüncü parmaklarla hissedilir ve aynı kütleme sesi duyulur (6, 19, 21) (Şekil 5).



Şekil 5. A-Ortolani testi, B-Barlow testi (6).

Yenidoğan bebeklerin kalça ve dizlerinde 15-20 derece fleksiyon kontraktürü bulunur. Bu durum bebek 2-3 aylıkken yavaş yavaş kaybolmaya başlar. Fizyolojik olarak görülen bu kontraktür GKD'li bebeklerde gözlenmez. *Thomas testi*, çıkık kalçada bu fizyolojik fleksiyonun mevcut olmadığını gösterir. Diz, tamamen ekstansiyona ulaşmış ya da hiperekstansiyon pozisyonundadır (19).

3-12 Ay Arası (İnfant Dönemi)

Bu dönemde tedavi edilmemiş hastalarda femur başının laterale ve yukarı doğru deplasmanı artarak kalça patolojisi ilerler. Gluteal ve popliteal pili asimetrisi belirginleşir. Çıkık kalça tarafında bacak boy kısalığı belirginleşir. Bu dönemde yol gösterici bir diğer belirti ise *Teleskop (Dupuytren-Piston) belirtisidir*. Kalça fleksiyon veya ekstansiyon pozisyonundayken uygulanabilir. Kalçalar addüksiyona getirilerek pelvis sabitlenerek femur yukarı aşağı hareket ettirilir. Disloke kalçada femur başı piston gibi hareket eder. Normal bebeklerde ise pelvis tüm vücutla beraber hareket eder (19).

Yürüme Dönemi

Bir yaşından büyük çocuklarda yürüme değerlendirmesi yapılmalıdır. Tek taraflı çıkıklarda etkilenen kalça tarafında kısalık sebebiyle parmak ucunda yürüme görülür. Yürüme esnasında pelvisin horizontal pozisyonda kalması gerekir. Ancak GKD'li çocuklarda disloke kalça tarafındaki abduktor kaslarda yetmezlik görülür. Hasta patolojik taraftaki ayak üzerine basarken pelvisin stabilizasyonu sağlanamaz ve karşı tarafa yani sağlam olan tarafa doğru devrilir. Bu durumu gövde kompanse edebilmek için diloke tarafa doğru eğilir. Buna Trendelenburg bulgusu adı verilir. Yüyüyen çocukta bilateral dislokasyon varlığında bilateral Trendeleburg yürüyüşü yani ördekvari yürüyüş ve lumbar lordozda artış izlenir (5, 25, 31).

RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME

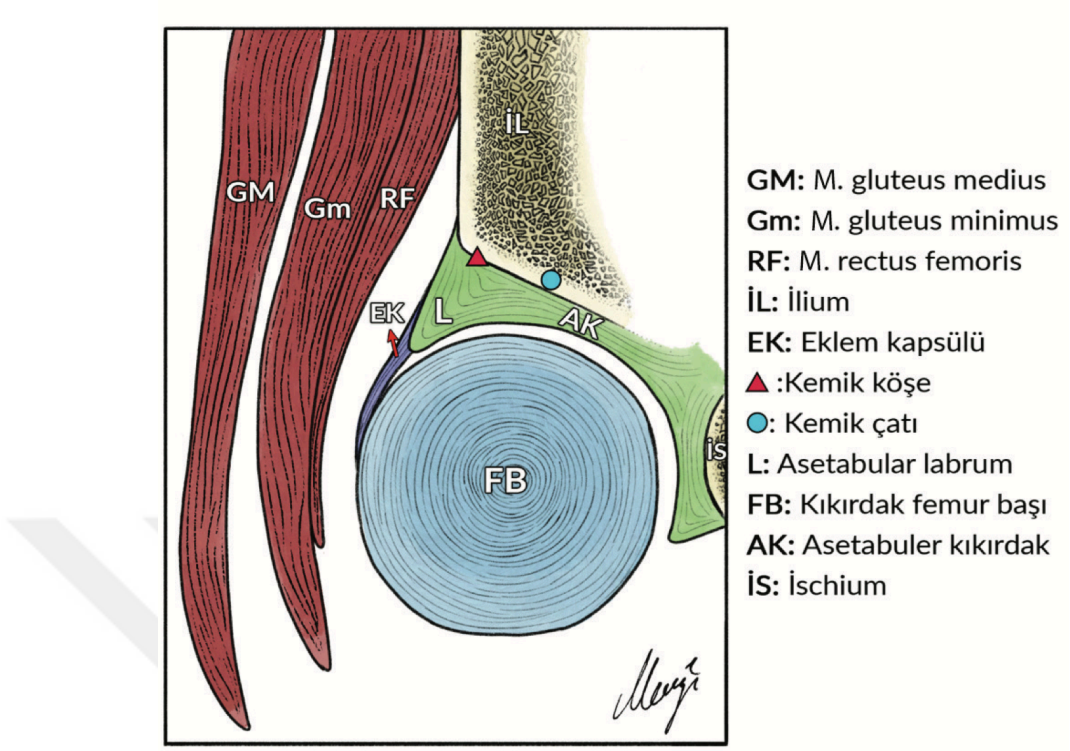
GKD açısından risk faktörü taşıyan ve/veya fizik muayene bulgularından en az biri pozitif olan bir çocuk, aksi kanıtlanana kadar GKD'li olarak kabul edilip, kesin tanı için mutlaka radyolojik incelemelere yönlendirilmelidir (6, 37). Risk faktörü bulunmayan ve fizik muayenesi normal olan bebeklerde ise, radyolojik olarak GKD tespiti olasılığı 1-2/10.000 civarındadır (6). GKD'de kullanılan radyolojik yöntemler arasında genel olarak Ultrasonografi (USG) ve Direkt radyografi yer almaktadır (5, 6). Diğer görüntüleme yöntemleri (artrografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG)) nadiren kullanılmakla beraber primer tanı yöntemi değillerdir.

Ultrasonografi

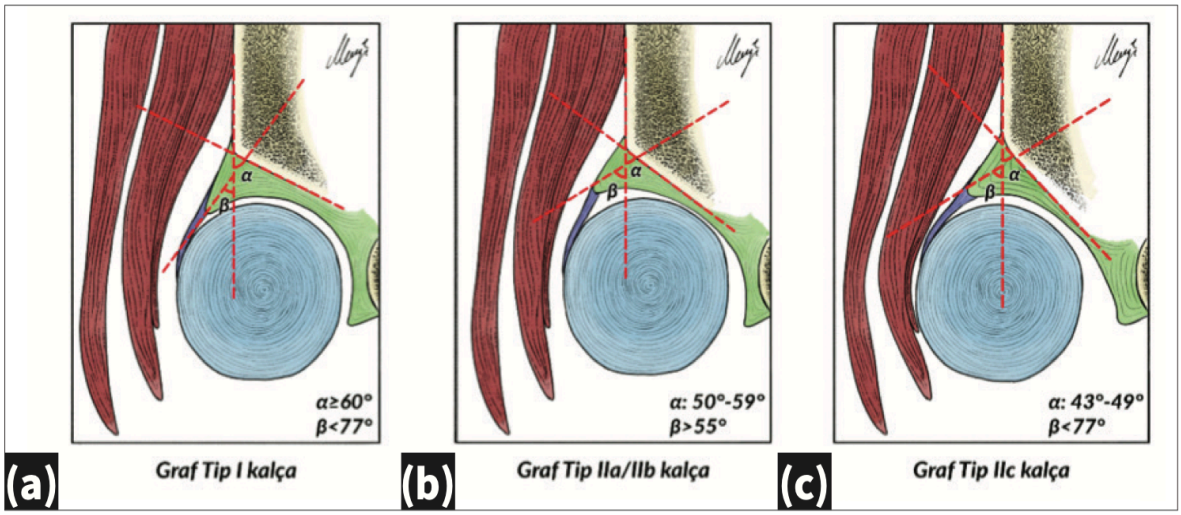
Yenidoğan kalçası çoğunlukla kıkırdak dokulardan oluştuğundan direkt radyografi ile görüntülenmesi zordur. İlk 6 aylık dönemde asetabulum ile femur başı ilişkisini en iyi değerlendiren radyolojik yöntem kalça ultrasonografisidir (38). 6 aydan küçük çocuklarda ultrasonografi altın standarttır (6). Ultrasonografi yumuşak doku ve kıkırdağa radyasyon riski olmadan, kesin tanıya olanak veren aynı zamanda kolay uygulanabilen bir radyolojik görüntüleme yöntemidir (6, 39). Ancak deneyim gerektirmesi ve son derece hassas bir yöntem olması sebebiyle gereksiz tedaviye veya tedavinin gecikmesine sebep olabilmektedir (6, 40). Yenidoğanda ilk 4-6 haftada kalça gelişiminde fizyolojik gecikme olabilmesi ve özellikle kız çocuklarında olan anneden geçen hormonların etkisiyle eklem laksitesinde artış yanlış pozitif sonuçlara neden olabilmektedir, bu sebeple gereksiz tedavilere yol açabileceğinden USG taramasının bu haftalardan önce yapılması önerilmemektedir, bununla beraber taramada kritik üst sınır olan 6 haftanın geçirilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (6, 37). Ultrasonografi ile yenidoğanda GKD'nin tanı, sınıflama ve tedavisinin planlanması dünyada ilk kez Reinhard Graf tarafından tanımlanmış ve ultrasonografik tanı kriterleri 1980'te açıklanmıştır. GKD'nin ultrasonografik olarak sınıflaması ise 1984'te yapılmıştır (9, 41). Graf yönteminde üç temel çizgi çizilerek (temel çizgi, kemik çatı çizgisi, kıkırdak çatı çizgisi) alfa (kemik çatı açısı) ve beta (kıkırdak çatı açısı) açıları ölçülerek kalçalar tiplendirilir (42) (Şekil 6). Tip1 kalçalar normaldir (Şekil 7,8), tip 2A kalçalar izlenir (Şekil 8), diğer tiplerdeki kalçaların (2B, 2C, D,3 ve 4) tedavi edilmesi gerekir (42) (Şekil 8,9).

Tip	Tanımlama	α açısı (°)	β açısı (°)
I	Gelişimini tamamlamış (normal) kalça	≥60	Ia: <55 Ib: ≥55
IIa	Kalça gelişiminde fizyolojik gecikme (yaş ≤3 ay)	50-59	55-77
IIb	Kalça gelişiminde patolojik gecikme (yaş >3 ay)	50-59	55-77
IIc	Riskli ya da kritik kalça	43-49	≤77
D	Çıkık noktasındaki (desentrik) kalça	43-49	>77
III	Çıkık kalça IIIa: Kıkırdak asetabular çatının yapısında bozulma yok IIIb: Kıkırdak asetabular çatının yapısında bozulma var	<43	>77
IV	Yüksek çıkık kalça	<43	>77

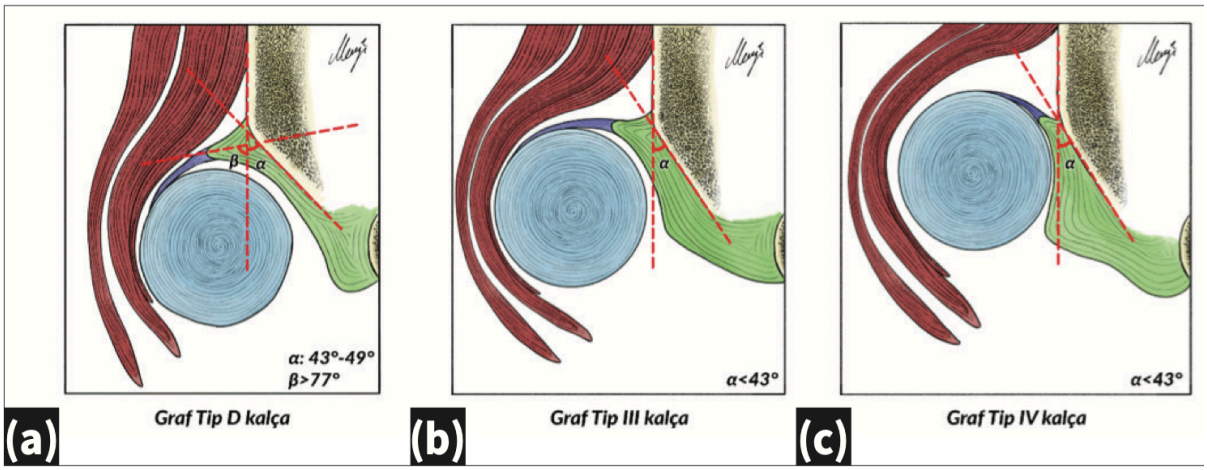
Şekil 6. Graf sınıflamasına göre ultrasonografik kalça tiplendirmesi (6).



Şekil 7. Standart kalça USG görüntüsüne ait şematik çizim ve anatomik yapıların gösterimi (43).



Şekil 8. Graf sınıflandırmasına göre tip I (a), tip IIa, tip IIb (b) ve tip IIc (c) kalçaların anatomik yapıların ilişkisini gösteren çizim (43).



Şekil 9. Graf sınıflandırmasına göre tip D (a), tip III (b) ve tip IV (c) kalçaların ve anatomik yapıların ilişkisini gösteren çizim (43).

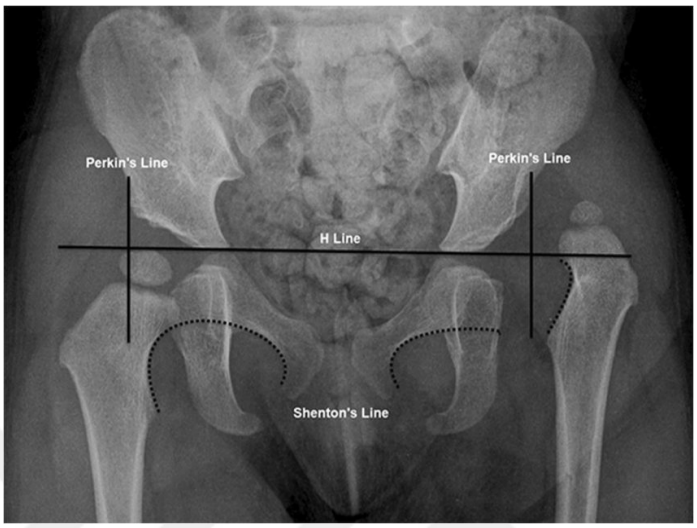
Yenidoğan döneminde tüm yenidoğanların (Evrensel tarama) taraması mı yoksa yalnızca risk faktörü bulunan bebeklerin (Seçici tarama) taramasının yapılması mı gerektiği hala tartışılan bir konudur. Bunlardan herhangi birinin üstünlüğünün saptandığı kesin bilimsel bir dayanak yoktur (44). Ancak yapılan bir çalışmada tüm yenidoğanlara fizik muayene yapılması gerektiği ve sonrasında riskli görülen bebeklere kalça USG yapılmasının önemi vurgulanmıştır (45).

Direkt Radyografi

GKD'nin tanı ve izleminde standart anteroposterior pelvis grafisi son derece önemli olup 6. aydan sonra altın standart yöntemdir (6). Bu grafide asetabulum ile femur başı ilişkisi incelenerek bir çok açı ve uzaklıklar ölçülür (30). Ön-arka pelvis grafisinde doğru ölçüm ve değerlendirme yapabilmek için pelvis grafisinin kurallara uygun çekilmesi gerekir. Değerlendirmeye uygun bir pelvis ön-arka grafisi için, her iki obturator foramenin şekil ve büyüklük açısından eşit olması, koksiks alt ucunun simfizis pubis ile aynı hizada olması ve aralarındaki mesafenin yaklaşık 2 cm olması gereklidir. Bu şartları taşıyan grafilerde, değerlendirmeyi daha objektif hale getirebilmek için bazı kılavuz çizgiler kullanılmaktadır (6, 25). Hilgenreiner çizgisi, her iki asetabulumun Y kıkırdaklarını birleştiren çizgidir. Perkin Ombredanne çizgisi ise, asetabulumun dış kenarından geçen ve Hilgenreiner çizgisine dik olan bir çizgidir. Normal gelişim gösteren kalçada femur başı kemikleşme merkezi bu çizgilerin oluşturduğu dört kadranın alt ve iç kısmında yer almaktadır (6, 30).

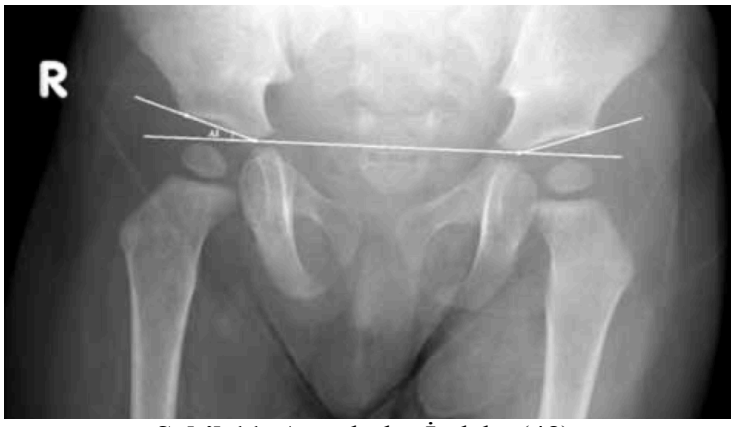
GKD olgularında femur başının kemikleşme merkezi dış kadranlara doğru kayar (6). Shenton Menard çizgisi, trokanter minörden başlayıp femur boynu alt sınırına kadar devam

eden ve obturator foramenin üst sınırına (ramus pubis süperiorun alt kenarı) kadar uzanan yay şeklinde bir hattır. Normalde süreklilik gösteren bu hat, GKD'li olgularda kesintiye uğrar (Şekil 10).



Şekil 10. Perkins çizgisi Hilgenreiner çizgisine (H çizgisi) dik olarak çizilir ve lateral asetabuler kenarla kesişir. Normal sağ kalçada femur başının inferomedial kadranda sınırlı olduğu ve sürekli bir Shenton arkı olduğu görülüyor. Anormal olan sol kalçada, süperolateral kadran içindeki çıkık femur başı ve süreksiz bir Shenton arkı gözükmektedir (46).

Asetabulumun koronal plandaki eğimini asetabular indeks açısı gösterir (6). Asetabulum tavanına paralel asetabulum üst dış kenarından geçen çizgi ile Hilgenreiner çizgisi arasındaki açı ölçülerek hesaplanır (Şekil 11). Yaşamın ilk dört ayında asetabuler indeksin 30°'nin, 5-24 ay arasındaki dönemde ise 25°'nin altında olması beklenir. Asetabuler indeksin yüksek olması, asetabulumda displazi ve sığlaşma ile ilişkilidir (6, 31, 47).



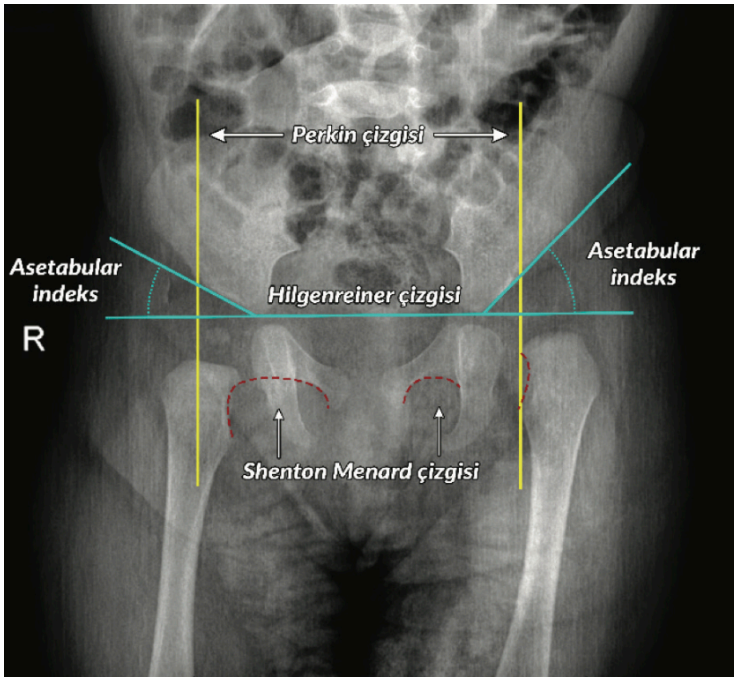
Şekil 11. Asetabular İndeks (48).

Köhler'in göz yaşı damlası ise lateralde asetabulum duvarı, medialde pelvis duvarının medial korteksi ve bunları birleştiren asetabuler çentiğin oluşturduğu görüntüdür (Şekil 12). Normal kalçada yaklaşık 6 ay civarında görülür ancak GKD'li çocuklarda bu süre gecikir. Disloke kalçada göz yaşı damlasının lateral duvarı asetabuler displazi sebebiyle düzleşerek göz yaşı damlasının daha geniş gözükmesine sebep olur.



Şekil 12. Köhler'in Göz yaşı damlası (49).

Gelişimsel kalça displazisi tanı ve tedavi takibinde kullanılan radyografik anatomik parametreler Şekil 13'de gösterilmiştir.



Şekil 13. Direkt kalça grafisinde normal sağ kalça ve Shenton Menard çizgisi ile asetabular indeksin bozulduğu sol kalça görülmektedir (43).

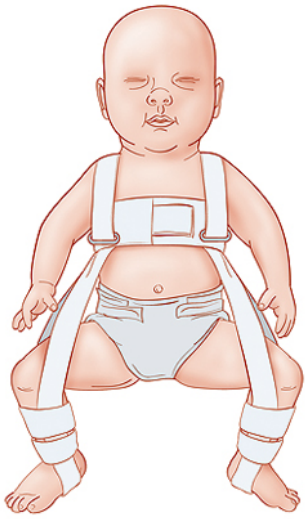
TEDAVİ

Gelişimsel kalça displazisi tedavisinde temel hedef, kalça eklemini en kısa sürede anatomik olarak yerine yerleştirerek stabilitesini korumak ve bireyin tedaviye bağlı komplikasyonlar yaşamadan, ağrısız, tam hareket açıklığına sahip, işlevsel bir kalçaya kavuşmasını sağlamaktır (5, 6, 31). Tanı ne kadar gecikirse uygulanacak müdahaleler o kadar karmaşık hale gelir, komplikasyon riski artar ve başarı şansı azalır. GKD tedavisinde, özellikle yaşamın ilk üç ayı kritik bir dönemdir. Bu süreçte tanı konup tedavi edilen bebeklerin, ameliyata gerek kalmadan ve komplikasyon gelişmeden iyileşme ihtimali yüksektir (6, 50, 51).

0-6 Ay Arası Tedavi

İlk 6 ayda, kalçanın abduksiyon ve fleksiyon pozisyonunda tutulmasını sağlayan dinamik veya statik ortezler ile tedavi uygulanır. GKD tedavisinde çift veya bol ara bezi kullanımının herhangi bir yeri yoktur (5, 6). Bu dönemde öncelikle tercih edilen tedavi yöntemi Pavlik bandajı uygulamasıdır (5, 6, 23, 31) (Şekil 14). Pavlik bandajı ortolani ve barlow testleri pozitif olan yani redükte edilebilen kalça eklemi için etkili bir yöntemdir. Başarılı bir tedavi için kas fonksiyonlarının yeterli olması gereklidir. Bu nedenle, teratolojik kalça çıkıkları, spina bifida veya spastisiteye sahip bebeklerde bu yöntem tercih edilmemelidir (52).

Bandaj uygulanmadan önce Ortolani ve Barlow testleri ile kalçanın redükte kaldığı durum belirlenerek adduksiyon ve abduksiyon açıları değerlendirilir. Güvenli aralık, kalçanın maksimum abduksiyon derecesi ile yeniden çıkık oluşan derece arasında kalan ve avasküler nekroz ile yeniden çıkık riskinin en düşük olduğu bölgedir. Eğer güvenli aralık dar ve redüksiyon için zorlayıcı bir abduksiyon gerekiyorsa, Pavlik bandajı kullanımı önerilmez (6, 53). Bandaj uygulanırken aşırı fleksiyonun femoral sinir felcine, aşırı abduksiyonun ise avasküler nekroza (AVN) yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Redükte kalçalarda bandaj en az altı hafta kullanılmalı, ancak yaşa göre bu süre değişebilir (5, 23). İlk 4-6 haftalık süreçte bandaj tam gün takılmalıdır. Pavlik bandajın etkili kullanımı için ebeveynler eğitilmeli, bebeğin büyümesine göre bandajın kayışlarının doğru ayarlanması sağlanmalı ve mümkünse haftalık olacak şekilde yakından takip edilmelidir. Tedavi sırasında kalçanın gelişimi klinik ve görüntüleme yöntemleri (USG) ile kontrol edilir. Kalçanın Graf tip 1 kalça olması ile tedavi sonlandırılmaktadır. Kontrollerde eğer ultrasonografik olarak kalça tipinde en az bir aşama ilerleme gözlenmezse tedavi başarısız olarak değerlendirilerek sonlandırılmalı ve başka bir tedavi yöntemine geçilmelidir.



Şekil 14. Pavlik Bandajı (54).

6-18 Ay Arası Tedavi

6 ay üzeri hastalarda konservatif tedaviler yetersizdir. İlk başvurusu 6 ay-2 yaş arasında olan veya ilk 6 ayda konservatif yöntemlerle başarı sağlanamayan kalçalarda, kapalı ya da açık redüksiyon yapılır.

Kapalı redüksiyon:

Kapalı redüksiyon işlemi ve sonrasında redüksiyonun korunabilmesi için alçı uygulaması, genel anestezi altında yapılır. Kalça, nazikçe fleksiyon ve abdüksiyona getirilir, ve en geniş hareket açıklığında redükte edilmesine, yani güvenli aralığın geniş tutulmasına dikkat edilir (5, 31). Alçı uygulama süresiyle ilgili literatürde kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Genel uygulmada hasta üç ay süre ile alçı immobilizasyonu ile takip edilir ve redüksiyonda olumsuzluk yok ise alçı 3 ay kadar değiştirilmemektedir (53).

Açık redüksiyon:

Açık redüksiyon, genellikle başarısız kapalı redüksiyon sonrasında yapılır. Bu cerrahi işlemde, femur başının asetabuluma girmesine engel olan eklem içi ve dışı yumuşak doku engelleri cerrahi olarak ortadan kaldırılır (6).

18 Ay ve Üzeri Tedavi

18 ay üzerinde kalça çıkığı olan hastaların tedavisi daha zordur. 18 aydan büyük çocuklarda açık redüksiyon sonrası asetabulumdaki örtünme ve redüksiyon yetersizliği

durumunda pelvik ve/veya femoral osteotomiler uygulanır (29, 50, 53). Gelişimsel kalça displazisinin cerrahi tedavisinde üst yaş sınırı tek taraflı çıkıklarda 10 yaş, çift taraflı çıkıklarda 8 yaş olarak kabul edilmektedir. Üst yaş sınırının üzerindeki hastaların tedavi edilmemesinin daha iyi sonuçlar doğurabileceği öne sürülmektedir (5).

GKD tedavisi sırasında Avasküler nekroz (AVN), kalıcı asetabuler displazi, yeniden çıkık, damar sinir hasarı gibi komplikasyonlar görülebilir. Avasküler nekroz tedavi sonrası uzun dönemde sorunlara yol açan en önemli ve korkulan bir komplikasyondur. Femur başı AVN ilgili en önemli nokta tümüyle tedaviye bağlı bir komplikasyon olduğu ve neredeyse tümüyle önlenebilir bir hastalıktır (5, 6, 55).

GKD önlenebilen bir sakatlık sebebidir. Tedavide en önemli şey erken tanıdır. Erken girişim, yüksek başarı oranı ve düşük komplikasyon riski ile sonuçlanır. Tarama programları, toplumun GKD konusunda farkındalığının artırılması, sağlık çalışanlarının eğitimi GKD erken tanı ve tedavisinde çok önemlidir.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GKD YÖNETİMİ; ERKEN TANI VE TEDAVİ PROGRAMI

Gelişimsel kalça displazisi mümkün olduğunca erken tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Önlenebilen ve zamanında tedavi ile tamamen düzelebilecek olan bu hastalık, yaşamın ilk aylarında gözden kaçarılırsa eğer ileri yaşlarda çok ciddi bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkacaktır (9). Gecikmiş tanı; gereksiz morbidite, artan tedavi karmaşıklığı, maliyet yükünde artış ve iş gücü kayıpları ile ilişkilidir (56). Uygun tedavi edilmediğinde, kalça displazisi erken dönemde kalça eklem artrozu (koksartroz) ile sonuçlanabilir ve bu genellikle total kalça artroplastisi (TKA) ile tedavi edilir (6). Ülkemizde kalça displazisi sonucu gelişen koksartroz nedeniyle her yıl yaklaşık 3000 TKA ameliyatı yapılmakta ve bu tedavinin yıllık maliyeti yaklaşık 15 milyon TL olarak tahmin edilmektedir. Ayrıca, geç tanı konan GKD için yapılan cerrahi tedavi maliyetleri de göz önüne alındığında, yıllık toplam cerrahi tedavi maliyeti yaklaşık 30 milyon TL'ye ulaşmaktadır. Erken tanı ve tedavi ile cerrahi müdahale gerekliliği yaklaşık %80 oranında azalır (6).

GKD tanı ve tedavisi için en uygun dönem yenidoğan dönemidir. Hastalığın tanısı; risk faktörlerini belirleme, fizik muayene, USG ve direkt radyografi ile konulur. GKD tanısında, fizik muayene altın standart yöntem olarak kabul edilse de, kesin tanı için kalça ultrasonografisi dünya çapında yaygın olarak kabul edilen ve uygulanan bir yöntemdir. Dünya Sağlık Örgütü, 2006 yılında her yenidoğana rutin olarak kalça ultrasonografisi yapılmasını önermiştir.

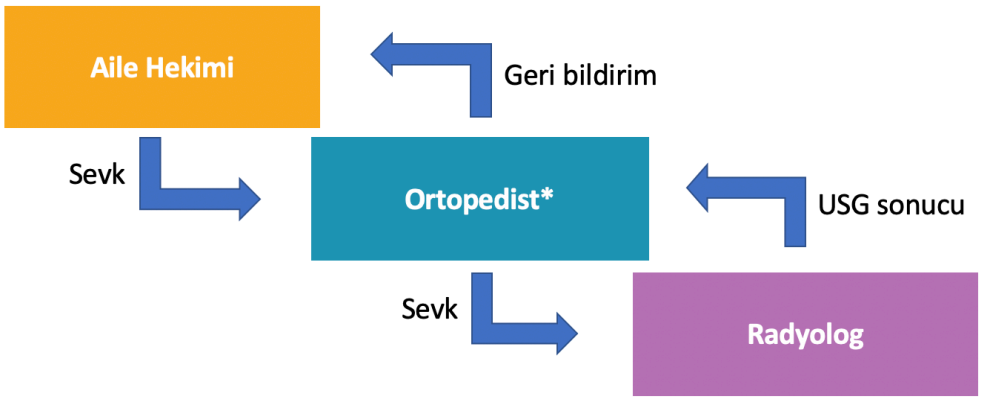
Ultrasonografi ile yapılan taramanın rutin olarak uygulandığı ülkelerde, bu tarama programının etkinliği kanıtlanmış olsa da, maliyet etkinliği konusu hala tartışma konusudur.

Ülkemizde ise daha maliyet etkin yöntem olan seçici tarama uygulanmaktadır. Seçici tarama ile tüm yenidoğanların USG ile taranması yerine risk grubunda bulunan yenidoğanların 3-4. haftalarda USG ile değerlendirilmesi yeterli görülmektedir (1, 6).

2010 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı, TOTBİD ve Çocuk Ortopedisi Derneği'nin birlikte yürüttüğü erken tanı ve tedavi programı çalışmaları sonucunda GKD Tarama Programı 2012 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. 2013 yılında Radyoloji uzmanlık derneğinin de programa katılması ile birlikte, illerde tüm ortopedi ve radyoloji uzmanları ile aile hekimlerine yönelik güncelleme eğitimleri gerçekleştirilmiştir (57).

Sağlık Bakanlığı'nın 2019'da yayınladığı genelgeye göre, aile hekimleri tarafından tüm bebeklerin 4. izleminde (41. gün) GKD açısından fizik muayene yapılacak ve risk faktörleri sorgulanacaktır. Pozitif muayene bulgusu olması veya risk faktörlerinden herhangi birisinin mevcut olması durumunda, hastanın ileri tetkik ve muayene için ortopedi veya pediatri kliniğine sevk edilmesi istenmektedir (58).

Ortopedi veya pediatri klinikleri tarafından muayene edilen bebeğin kalça USG'si, sertifikalı bir ortopedist veya radyolog tarafından yapılacaktır. Radyolojik inceleme sonucunun ortopedi kliniği tarafından değerlendirilmesinin ardından tanı ve tedavi planı yapılacaktır. Sonuç, aile hekimine bildirilecek ve ardından bu bilgiler Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'ne kaydedilecektir (58) (Şekil 15).



* Sevk edilen hastaneye göre bebekler, ortopedi yerine pediatri kliniğinden geçerek de radyolojiye sevk edilebilir

Şekil 15. Sağlık Bakanlığı GKD tarama programı Aile Hekimi sevk zinciri (1).

Sağlık Bakanlığı GKD Tarama Programı Algoritması

GKD tarama algoritması aşağıdaki şekilde sunulmuştur (Şekil 16).

1. Doğum sonrası ilk 48 saat içinde görevli sağlık personeli bebeğin ailesi ile yüz yüze görüşme yaparak GKD'nin olası nedenleri ve tanısı hakkında aileyi bilgilendirir ve GKD hakkında ayrıntılı bilgiler içeren bir broşürü aileye verir.

2. Sağlık personeli bebekte GKD için bilinen risk faktörleri varsa (Pozitif aile öyküsü, doğum öncesi makadi duruş ya da makadi doğum öyküsü, çoğul gebelik, oligohidroamniyoz öyküsü, tortikollis - metatarsus adduktus - pes kalkaneovalgus gibi eşlik eden deformitelerin varlığı, kundak uygulaması, ilk doğan kız çocukları, bebek kalçalarının ekstansiyon ve adduksiyona zorlandığı her durum) bunları kaydeder. Risk faktörlerinden herhangi biri pozitif ise kalça ultrasonografisi için randevu alınır. Risk faktörü yok ise 4. izleminde (41. gün izlemi) fizik muayene yaptırılması için aile hekimine yönlendirilir.

3. Aile hekimi tarafından 4. izleminde bebeklere risk değerlendirmesi ve kalça fizik muayenesi yapılır. Risk faktörü ve /veya pozitif klinik bulgusu varsa bu bulgular AHBS'ye kaydedilir ve bebek USG için hazırlanmış formla sevk edilir.

4. Daha sonra ilgili sağlık görevlisi tarafından her iki kalçanın Graf yöntemiyle ultrasonografik incelemesi yapılır. Her kalçadan standart planda en az iki tane sonogram baskısı alınır ve bunlar Graf'ın ultrasonografik sınıflama sistemine göre değerlendirilir. Değerlendirme sonucu, Aile Hekimine sevk formu üzerinden geri bildirilir ve Aile Hekimi bu sonuçları AHBS 'ne kaydeder.

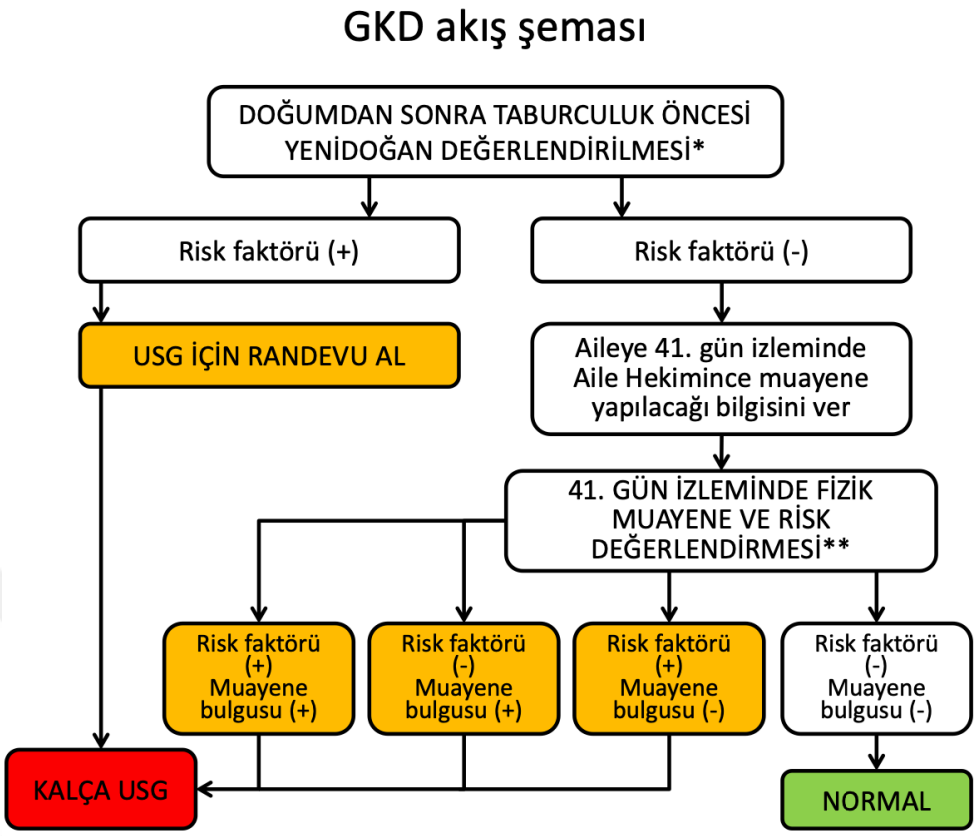
5. Yapılan ultrasonografik inceleme sonucunda tip I olarak değerlendirilen kalçalar izlemden çıkarılır.

6. Tip IIa kalçası olan bebekler dahil olmak üzere tip I dışındaki tüm Graf tipi kalçası olan bebekler ortopedi ve travmatoloji uzmanına yönlendirilir.

7. Pavlik bandajı ilk tercih edilen sağaltım gerecidir. Yapılan tüm tedaviler ve sonuçları Aile Hekimine sevk formu üzerinden geri bildirilir ve Aile Hekimi bu sonuçları AHBS 'ne kaydeder.

8. Sağaltım altına alınan bebekler olguyu izleyen uzmanın tercihine göre üç-dört haftalık aralarla tip I kalça elde edilinceye dek ultrasonografik olarak izlenir.

9. Bebek USG için sevk edildi ise bir sonraki izlem olan 2. Ay izleminde (60-89. günler arasında); USG sonucu sorumlu personel tarafından doldurulmalı, bebek tanı aldıysa tanısının da AHBS'ye girilmesi ve aile hekimi tarafından bebeğin takip ve tedavi sürecinin izlenmesi gereklidir (1, 6).



*Doğum sonrası taburculuk öncesi hastanede yapılacaktır
**Aile hekimince yapılacaktır

Şekil 16. Sağlık Bakanlığı GKD Tarama Programı Akış Şeması (1).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Edirne ilinde aile sağlığı merkezlerinde görev alan hekimlerin Gelişimsel Kalça Displazisi hakkındaki bilgi düzeyini ve tutumlarını araştırmayı amaçlayan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini, Edirne ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan 132 hekim ile eğitim aile sağlığı merkezinde çalışan 3 hekim olmak üzere toplam 135 hekim oluşturmaktadır. Çalışmamızın minimum örneklem sayısı hata payı %5, güven aralığı %95 alınarak 101 bulunmuştur. Örneklem için evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmamız dahil edilme kriterlerini karşılayan 106 gönüllü katılımcıyla yapılmıştır.
T.Ü. Bilimsel Araştırmalar ve Etik kurulu onayı (Ek-1) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-2) araştırılmanın yapılması için onay alınmıştır. 01.06.2024-31.08.2024 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerden sözlü onam alındıktan sonra anket dağıtılarak doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri Edirne ilinde çalışmak, aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi olarak görev alıyor olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve anket formunu eksiksiz doldurmak olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların kimlik bilgileri alınmamıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek-3) ile toplanmıştır.

Anket araştırmacı tarafından uluslararası literatür taranarak oluşturulan ve ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 10 adet soru, gelişimsel kalça displazisi hakkında; 8 adet genel bilgi sorusu 7 adet tarama bilgisi sorusu 6 adet tedavi bilgisi sorusu

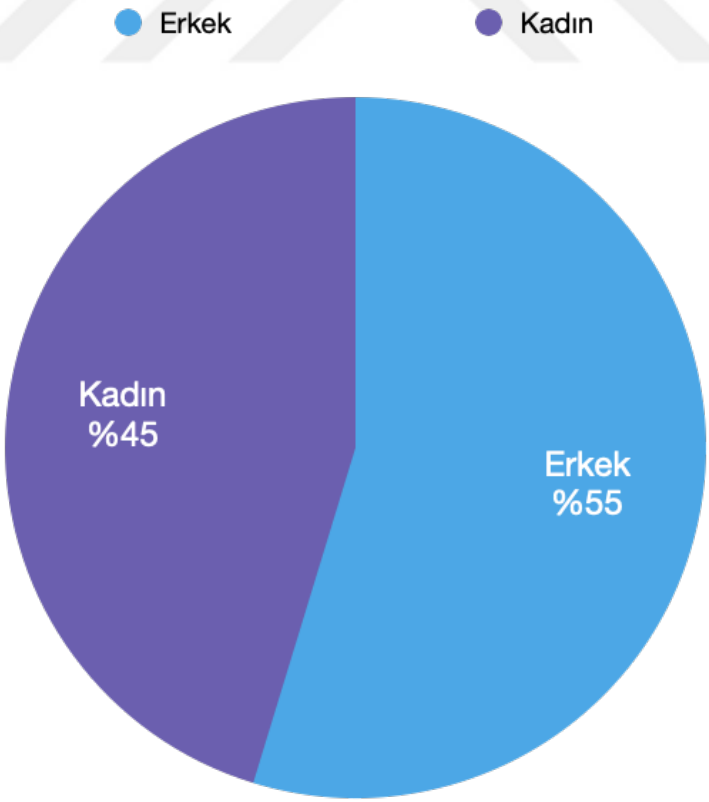
olmak üzere 21 adet soru, hekimin tutumu ile ilgili 10 adet soru, toplamda 41 adet soru içermektedir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Sürekli değişkenlerde normal dağılım göstermeyen verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testinden yararlanıldı. Normal dağılım gösteren verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Kategorik veriler karşılaştırılırken Pearson ki kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. Araştırmada yer alan sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi (Korelasyon katsayısı: 0-0.20, zayıf korelasyon; 0.21-0.40, düşük/orta korelasyon; 0.41-0.60, orta korelasyon; 0.61-0.80, önemli/güçlü korelasyon ve 0.81-1.0, mükemmele yakın korelasyon) kullanılarak değerlendirildi. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

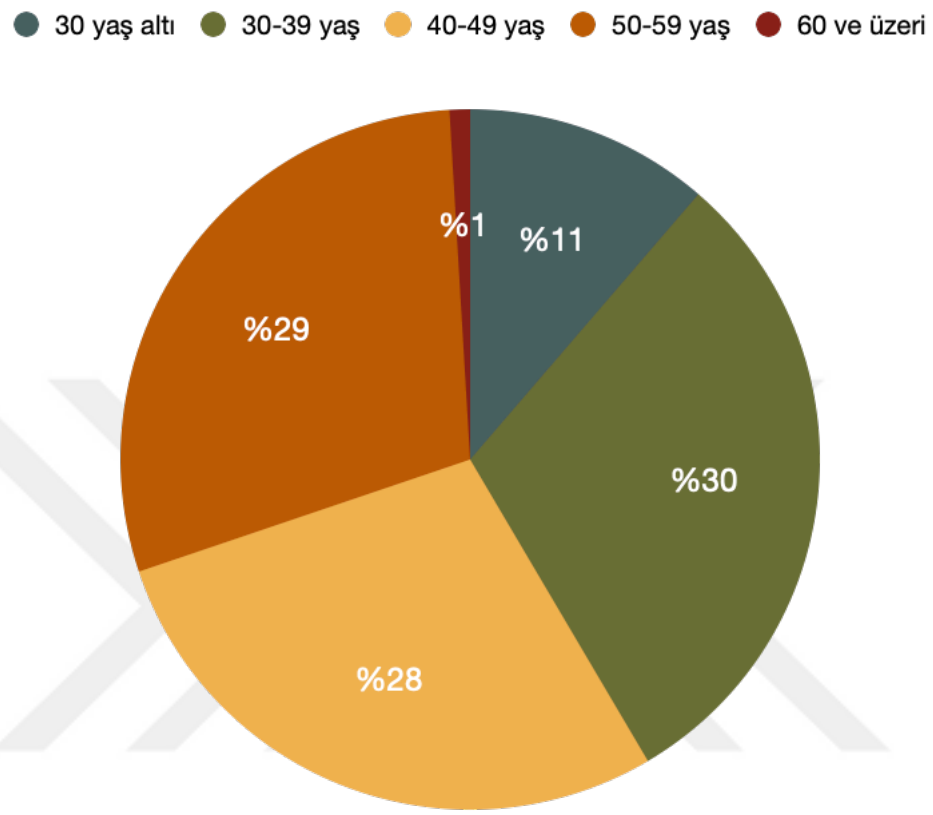
BULGULAR

Çalışmanın evrenini, Edirne ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilen 106 katılımcının 48'i (%45,3) kadın, 58'i (%54,7) erkektir (Şekil 17).



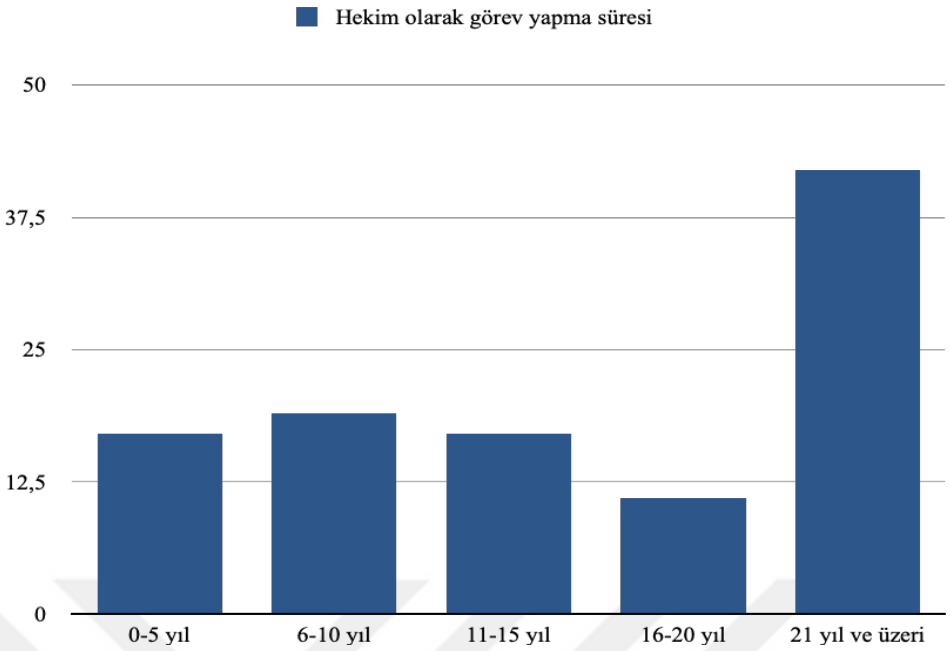
Şekil 17. Katılımcıların cinsiyet dağılımları.

Katılımcıların yaş dağılımı ise şu şekildedir: 12'si (%11,3) 30 yaş altında, 32'si (%30,2) 30-39 yaş, 30'u (%28,3) 40-49 yaş, 31'i (%29,2) 50-59 yaş ve 1'i (%0,9) 60 yaş ve üzerindedir (Şekil 18).



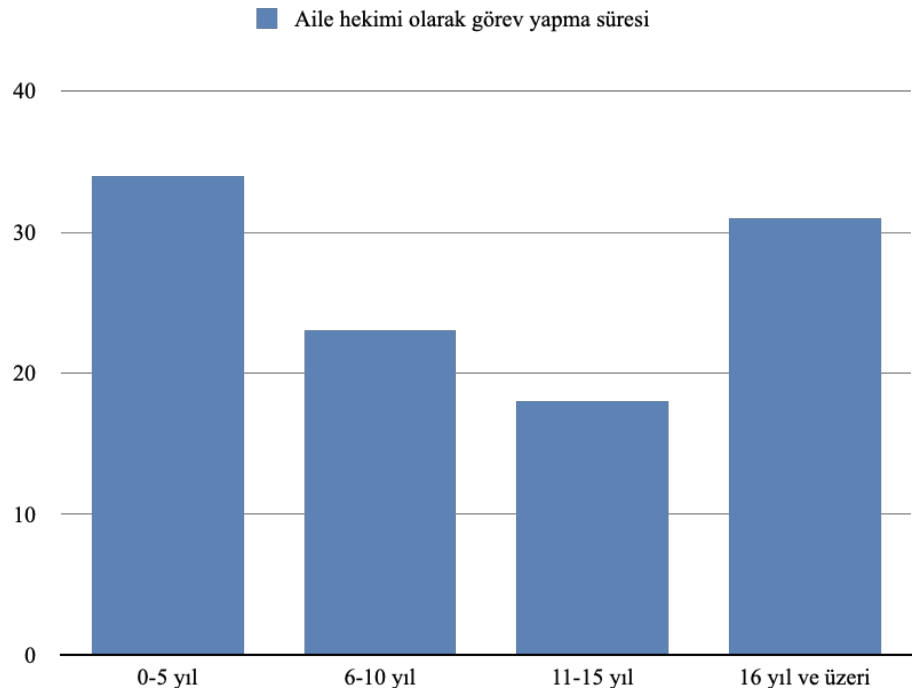
Şekil 18. Katılımcıların yaş dağılımları.

Katılımcıların hekimlik yapma süreleri incelendiğinde, en yüksek oranın %39,6 ile 21 yıl ve üzeri olduğu (n=42) görülmüştür. Katılımcıların %16'sı 0-5 yıl (n=17), %17,9'u 6-10 yıl (n=19), %16'sı 11-15 yıl (n=17) ve %10,4'ü 16-20 yıl (n=11) süresince aktif hekimlik yapmıştır (Şekil 19).



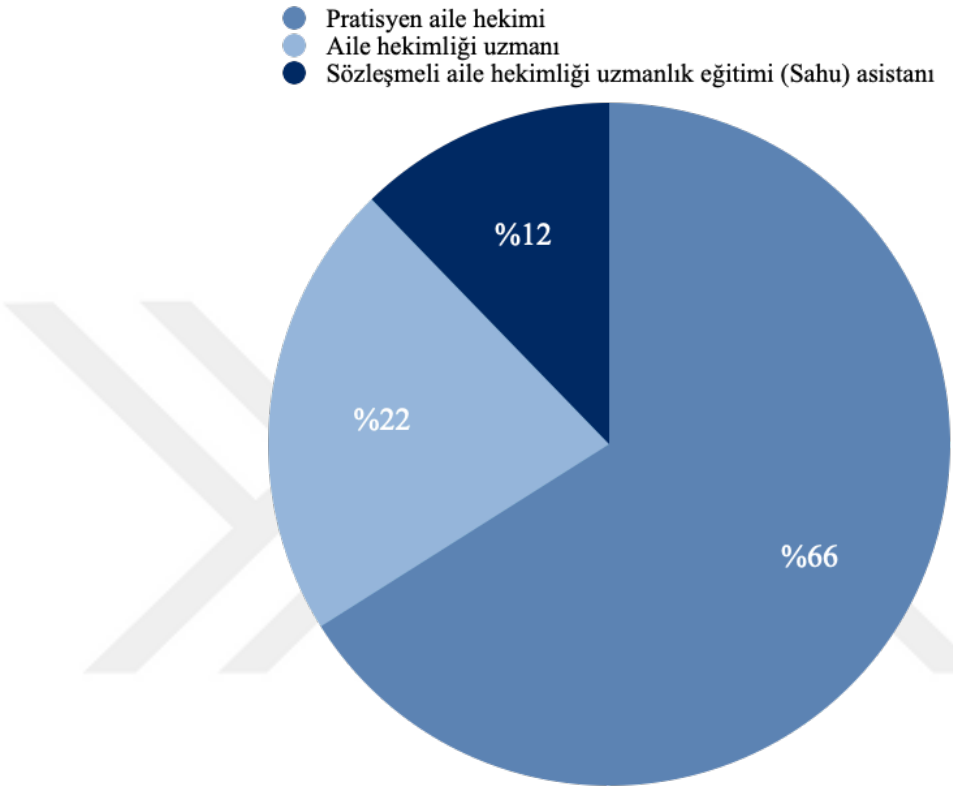
Şekil 19. Katılımcıların hekim olarak görev yapma süreleri.

Aile hekimliği yapma süreleri değerlendirildiğinde, katılımcıların %32,1'inin 0-5 yıl (n=34), %21,7'sinin 6-10 yıl (n=23), %17'sinin 11-15 yıl (n=18), %29,2'sinin 16 yıl ve üzeri (n=31) deneyime sahip olduğu belirlenmiştir (Şekil 20).



Şekil 20. Katılımcıların aile hekimi olarak görev yapma süreleri.

Katılımcıların %66'sı pratisyen aile hekimi olup en büyük grubu oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, %12,3'ü Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) asistanı, %21,7'si ise Aile Hekimliği Uzmanıdır (AHU) (Şekil 21).



Şekil 21. Katılımcıların çalışma statüsü dağılımları.

Katılımcıların %20,7'si daha önce GKD ön tanısı koyduğunu, %75,5'i ise hiç koymadığını belirtmiştir. GKD tanılı çocuk takip edenlerin oranı %33, takip etmeyenlerin oranı ise %60,4'tür (Tablo 1).

Katılımcıların kliniklerinde son bir yıl içinde taranan bebek sayısı; 58'inde (%54,7) 0-25, 28'inde (%26,4) 26-50, 11'inde (%10,4) 51-75, 5'inde (%4,7) 76-100 ve 4'ünde (%3,8) 100'ün üzerindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların GKD ile ilgili mesleki deneyimleri

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
6-) Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?		
Evet	22	20,7
Hayır	80	75,5
Hatırlamıyorum	4	3,8
7-) Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?		
Evet	35	33
Hayır	64	60,4
Hatırlamıyorum	7	6,6
8-) Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.		
0-25	58	54,7
26-50	28	26,4
51-75	11	10,4
76-100	5	4,7
>100	4	3,8

Katılımcıların 98'i (%92,5) bilgi ve eğitim kaynağı olarak tıp fakültesi eğitimini, 26'sı (%24,5) uzmanlık eğitimini, 16'sı (%15,1) internet, sosyal medya ve televizyonu, 48'i (%45,3) Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitimini, 48'i (%45,3) Sağlık Bakanlığı rehberini, 15'i (%14,2) kongre, kurs ve sempozyumları, 33'ü (%31,1) kitap ve yayınları, 14'ü (%13,2) konu ile ilgili uzman hekimlerin bilgi ve tecrübelerini, 13'ü (%12,3) ise uzaktan eğitim programlarını belirtmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcı olmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların GKD bilgi kaynakları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
9-) GKD ile ilgili bilgi ve eğitim kaynağınızı belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Tıp fakültesi	98	92,5
Uzmanlık eğitimi	26	24,5
İnternet, sosyal medya, tv	16	15,1
Sağlık bakanlığı hizmet içi eğitimi	48	45,3
Sağlık bakanlığı rehberi	48	45,3
Kongre, kurs, sempozyum	15	14,2
Kitap ve yayınlar	33	31,1
Konu ile ilgili uzman hekimlerin bilge ve tecrübeleri	14	13,2
Uzaktan eğitim programları	13	12,3
Diğer (Açıklayınız): ……	0	0

Katılımcıların GKD hakkında kendilerini 1 ile 10 arasında ne derecede yeterli gördükleri sorgulandığında, medyan değerin 7 (IQR: 6-8) olduğu görülmüştür.

Katılımcıların bilgi soruları ve tutum sorularına verdikleri yanıtlara ait frekans dağılımları tablo 3-8' de gösterilmiştir. Her bir soruya ait doğru yanıtlar, tablo içerisinde koyu puntolarla belirtilmiştir.

Katılımcıların 'Aşağıdaki seçeneklerden hangisi GKD'yi en iyi şekilde tanımlar?' sorusuna verdikleri yanıtlara göre, en çok yanıt verilen ve doğru olan cevap (%96,2) 'Kalça ekleminin gelişimi sırasında proksimal femur ile asetabulumun anatomik ilişkisinin bozulması' olmuştur. Ayrıca, 'Proksimal femurun kemikleşme merkezinde gecikme' ve 'Proksimal femur yokluğu' şıkları ise hiç işaretlenmemiştir (Tablo 3).

GKD'nin 'Türkiye'de görülme sıklığı nedir?' sorusuna en çok yanıt verilen ve doğru olan cevap (%57,5) 5-15/1000 canlı doğum olmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	**Yüzde (%)**
11-) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi GKD'yi en iyi şekilde tanımlar?		
Kalçanın tam çıkığı	2	1,9
Kalçanın yarı çıkık olması	2	1,9
Proksimal femurun kemikleşme merkezinde gecikme	0	0
Kalça ekleminin gelişimi sırasında proksimal femur ile asetabulumun anatomik ilişkisinin bozulması	102	96,2
Proksimal femur yokluğu	0	0
12-) GKD'nin Türkiye'de görülme sıklığı nedir?		
0.1-5/1000 canlı doğum	36	34
5-15/1000 canlı doğum	61	57,5
15-25/1000 canlı doğum	9	8,5
25-35/1000 canlı doğum	0	0
35-45/1000 canlı doğum	0	0

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

GKD için risk faktörleri sorgulandığında, katılımcıların en çok yanıt verdiği doğru seçenekler sırasıyla %86,8 ile aile öyküsü, %82,1 ile makat geliş ve %78,3 ile kundak uygulaması olmuştur. En az yanıtlanan doğru seçenekler ise %9,4 ile infantil skolyoz ve %22,6 ile tortikollis olmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
13-) GKD ile ilgili aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanlıştır?		
GKD kızlarda 4-8 kat daha fazla görülür	18	17
Tek taraflı tutulumlarda sol kalça daha sık tutulmaktadır	11	10,4
Polihidramnios GKD risk faktörlerindendir	44	41,5
İlk doğumda risk iki kat daha fazladır	14	13,2
Yüksek doğum ağırlığı GKD için artmış risk faktörlerinden biridir	19	17,9
14-) Aşağıdaki seçeneklerden hangileri GKD için risk faktörüdür? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Aile öyküsü	92	86,8
Metetarsus adduktus deformitesinin olması	28	26,4
Makat geliş	87	82,1
Kundak uygulaması	83	78,3
Siyah ırk	8	7,6
Prematürite	44	41,5
İlk doğan bebek	70	66,1
Erkek cinsiyet	14	13,2
Polihidramnios	32	30,2
Tortikollis	24	22,6
Infantil skolyoz	10	9,4
Düşük doğum ağırlığı	32	30,2
Çoğul gebelik	61	57,6

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

Katılımcıların 'Kalça displazisi yönünden uyarıcı fizik muayene bulgularını işaretleyin.' sorusuna verdikleri yanıtlara göre, en çok tercih edilen seçenek (%93,4) ortolani testinin pozitif olması olmuşken, en az yanıtlanan seçenek ise (%31,1) kalçada addüksiyon kısıtlılığı olmuştur (Tablo 5).

'Aşağıdaki seçeneklerden hangisi GKD tanısında kullanılan Ortolani testini en iyi şekilde tanımlar?' sorusuna, 'Çıkık kalçanın fleksiyon, abdüksiyon ve iç rotasyon hareketleriyle redükte edilmesidir.' seçeneğini işaretleyerek doğru yanıtlayan hekim sayısının 52 (%49,1) olduğu görülmüştür. Bu durum, katılımcıların neredeyse yarısının bu konuda eksik bilgiye sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 5).

'GKD tanısında yapılan kalça ultrasonu için en uygun dönem ne zamandır?' sorusuna verilen yanıtlarda, katılımcıların en çok tercih ettiği ve doğru cevap (%50) '4-6 hafta' olmuşken, en az tercih edilen seçenek ise (%0,9) '6 ay' olmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
15-) Kalça displazisi yönünden uyarıcı fizik muayene bulgularını işaretleyin.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Pili asimetrisi	98	92,5
Kalçada abdüksiyon kıstılılığı	78	73,6
Kalçada addüksiyon kısıtlılığı	33	31,1
Ortolani testinin pozitif olması	99	93,4
Barlow testinin pozitif olması	92	86,8
Hasta sırt üstü yatarken kalça ve dizler fleksiyondayken diz yükseklikleri arasında eşitsizlik olması	80	75,5
16-) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi GKD tanısında kullanılan Ortolani testini en iyi şekilde tanımlar?		
Kalçanın yerinden tam ya da kısmen çıkarılması testidir.	10	9,4
Çıkık kalçanın fleksiyon abdüksiyon ve iç rotasyon hareketleriyle redükte edilmesidir.	52	49,1
Çıkık kalçanın fleksiyon addüksiyon ve dış rotasyon hareketleriyle redükte edilmesidir.	30	28,3
Hasta sırt üstü yatarken kalça ve dizler tam fleksiyondayken karşıdan bakıldığında diz yüksekliklerinin arasında eşitsizlik olması	9	8,5
Fleksiyondayken kalçada 70 derecenin altında abdüksiyon kısıtlılığı olması	5	4,7
17-) GKD tanısında yapılan kalça ultrasonu için en uygun dönem ne zamandır?		
2-4hafta	8	7,6
4-6 hafta	53	50
6-8hafta	33	31,1
3 ay	11	10,4
6 ay	1	0,9

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

'Prematüre bebekleri GKD taraması için ultrasona ne zaman yönlendirirsiniz?' sorusuna en çok yanıt verilen seçenek (%52,8) 'Düzeltilmiş yaşa göre' olurken, doğru yanıt olan 'Takvim yaşına göre' ise katılımcıların %21,7'si tarafından işaretlenmiştir (Tablo 6).

GKD'nin tanı ve izleminde düz radyografi ne zaman altın standart yöntem olarak kullanılır?' sorusuna verilen yanıtlarda, en çok tercih edilen ve doğru seçenek (%44,3) '6 aydan sonra' olurken, en az tercih edilen seçenek ise (%6,6) '12 aydan sonra' olmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
18-) GKD'nin tanı ve izleminde düz radyografi ne zaman altın standart yöntem olarak kullanılır?		
İlk 3 ay	8	7,6
3-6 ay arası	20	18,9
6 aydan sonra	47	44,3
12 aydan sonra	7	6,6
Düz radyografinin GKD tanı ve izleminde yeri yoktur.	24	22,6
19-) Prematüre bebekleri GKD taraması için ultrasona ne zaman yönlendirirsiniz?		
Düzeltilmiş yaşa göre	56	52,8
Takvim yaşına göre	23	21,7
Kemik yaşına göre	4	3,8
Fikrim yok	22	20,8
Farketmez	1	0,9
20-) GKD tanısında Pelvis AP grafide değerlendirilen Shenton-Menard çizgisini aşağıdakilerden hangisi en iyi şekilde tanımlar?		
Y kıkırdaklarını birleştiren çizgidir.	13	12,3
Küçük trokanterden başlayarak femur boynu ve obturator formen üst sınırı ile devam eden yay şeklindeki çizgidir.	61	57,5
Asetabulumun üst dış kenarından geçen Hilgenreiner çizgisine dik çizilen çizgidir.	6	5,7
Asetabulumun frontal plandaki eğimini gösteren kalçadaki göz yaşı damlasının en alt noktasından ve asetabulumun üst dış kenarından geçen çizgidir.	15	14,1
Y kıkırdağı ve asetabulumun üst dış kenarından geçen çizgidir.	11	10,4

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

Katılımcıların 'Kalça çıkığı oluşumundan korunmak için aşağıdaki önlemlerden hangisi veya hangilerinin etkili olduğunu düşünüyorsunuz?' sorusuna, en etkili yöntemlerden biri olan 'Kundaktan kaçınma'yı doğru olarak belirtenlerin oranı %90,6 olmuşken, katılımcıların %90,6'si ise 'Kalça çıkığı oluşumundan korunulamaz' ifadesine doğru şekilde 'Hayır' cevabını vermiştir (Tablo 7).

'GKD hakkında aileyi ne zaman bilgilendirirsiniz?' sorusuna verilen yanıtlarda, en çok tercih edilen ve doğru cevap (%56,6) 'Doğumdan sonraki ilk 48 saat içinde' olurken, 'Çocuk yürümeye başlayınca' seçeneği ise hiç tercih edilmemiştir (Tablo 7).

'GKD tedavisinde aşağıdakilerden hangisi veya hangileri sık görülen komplikasyonlardandır?' sorusuna verilen yanıtlarda, katılımcıların en çok tercih ettiği doğru seçenekler sırasıyla; %64,1'i 'Yeniden çıkık', %59,4'ü 'Avasküler nekroz' ve %44,3'ü 'Kalıcı asetabüler displazi' olarak belirlenmiştir. En az yanıtlanan doğru seçenekler ise %13,2 ile

‘Koksa Vara deformitesi oluşması’ ve %28,3 ile ‘Osteoartrit oluşması’ olmuştur. Katılımcıların en fazla yanlış işaretlediği seçenek ise %58,5 ile ‘Yürüme yaşında gecikme’ olmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	**Yüzde (%)**
21-) Kalça çıkığı oluşumundan korunmak için aşağıdaki önlemlerden hangisi veya hangilerinin etkili olduğunu düşünüyorsunuz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Kundaktan kaçınmak	96	90,6
Tüm yeni doğanlarda çift ara bezi kullanmak	17	16
Kas güçlendirici egzersiz yaptırmak	28	26,4
Riskli yenidoğanlarda çift ara bezi kullanmak	47	44,3
Kalça çıkığı oluşumundan korunulamaz.	10	9,4
22-) GKD tedavisinde aşağıdakilerden hangisi veya hangileri sık görülen komplikasyonlardandır?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Avasküler nekroz	63	59,4
Yeniden çıkık	68	64,1
Kalıcı asetabüler displazi	47	44,3
Legg Calve Perthes hastalığı	11	10,4
Osteoartrit oluşması	30	28,3
Femur başı epifiz kayması	39	36,8
Koksa Vara deformitesi oluşması	14	13,2
Pes planus	16	15,1
Yürüme yaşında gecikme	62	58,5
23-) GKD hakkında aileyi ne zaman bilgilendirirsiniz?		
Doğumdan sonraki ilk 48 saat içinde	60	56,6
Doğumdan sonraki ilk 1 ay içinde	43	40,6
1 yaşına kadar	1	0,9
Çocuk yürümeye başlayınca	0	0
Fikrim yok	2	1,9

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
24-) Bebekleri kalça USG için hangi branş hekimlerine yönlendirirsiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Ortopedi uzmanı	69	65,1
Radyoloji uzmanı	45	42,5
Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı	60	56,6
Çocuk cerrahisi uzmanı	4	3,8
Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı	6	5,7
25-) GKD taraması için yapılan ultrasonografi raporunda hangi bilgileri mutlaka görmek istersiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Her iki kalça ekleminin USG raporu	101	95,3
Her iki kalça ekleminin USG görüntüsü çıktısı	27	25,5
Sadece şüpheli kalça ekleminin USG raporu	2	1,9
Sadece şüpheli kalça ekleminin USG görüntüsü çıktısı	0	0
Her iki kalça ekleminin Graf yöntemiyle kalça tiplendirmesi	30	28,3
USG'yi yapan hekimin tedavi ve takip gerektirmesi hakkındaki yorumu	62	58,5
Her iki kalça ekleminin kemik çatı ve kıkırdak çatı açı ölçüleri	32	30,2

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

GKD taramasında yapılan USG rapor sonuçlarında 'Normal matür kalça graf tip 1' gelmesi durumunda, aileyi çocuğunun sağlıklı olduğu konusunda bilgilendirmenin en doğru yaklaşım olduğunu belirtenlerin oranı %70,8 iken, katılımcıların %11,3'ü ise yanlış bir şekilde ortopedi uzmanına sevk edilmesi gerektiğini düşünmüştür (Tablo 9).

GKD tedavisiyle ilgili doğum sonrası ilk 3 ayın en etkili tanı ve tedavi süreci olduğunu doğru bilenlerin oranı %89,6 olup, bu sürenin kritik olduğunun farkındalığı yüksektir.

GKD tedavisinde, Pavlik bandajı uygulamasının ilk 6 ayda kullanılan en etkili yöntem olduğunu bilenlerin oranı %75,5 iken, tedavi sürecinde düzenli takip ve görüntüleme yöntemlerinin gerekli olduğunu belirtenlerin oranı %59,4'tür. Ayrıca, 3-4 haftalık Pavlik bandajı tedavisinde olumlu yanıt alınamayan hastalarda tedavinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin oranı yalnızca %18'dir. Pavlik bandajı tedavisinde, özellikle femoral sinir felci gibi komplikasyonlara dikkat edilmesi gerektiğini bilen katılımcı oranı ise yalnızca %17 olarak saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
26-) GKD taramasında USG sonuçları size ulaştığında 'Normal Matür Kalça Graf Tip 1' olarak raporlandıysa uygulamanız nasıl olur?		
Aileye çocuğun sağlıklı olduğu konusunda bilgilendirme yaparım	75	70,8
Hastayı Ortopedi uzmanına sevk ederim	12	11,3
1 ay sonra tekrar USG çektiririm	10	9,4
Çocuğun kalça röntgeninin çekilmesini isterim	0	0
Hastayı Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk ederim.	9	8,5
27-) GKD tedavisiyle ilgili aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Doğum sonrası ilk 3 ay tanı ve tedavinin en etkin uygulanabileceği zaman aralığıdır.	95	89,6
Yürümeye başladıktan sonra tanı alan hastalarda geç kalınmıştır. GKD tedavi edilemez.	6	5,7
GKD'nin tedavisinde ilk 6 ayda en etkin tedavi yöntemi Pavlik bandaj uygulamasıdır.	71	67
GKD'nin tedavisinde ilk 6 ayda en etkin tedavi yöntemi cerrahi tedavi yöntemleridir.	6	5,7
Doğum sonrası ilk 14 günde tanı konulursa çift ara bezi ile GKD önlenebilir.	32	30,2
28-) GKD tedavisinde Pavlik bandajı uygulamasıyla ilgili hangisi veya hangileri doğrudur?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
İlk 6 ayda kullanılan en etkili yöntemdir.	80	75,5
Tedavi Graf Tip 2 kalça olması halinde sonlandırılmaktadır.	4	3,8
3-4 haftalık aralıklarla ultrasonografik veya radyolojik olarak bandaj tedavisi değerlendirilmelidir.	63	59,4
Pavlik bandaj uygulamasında her iki kalça ekstansiyon ve abdüksiyon pozisyonunda tutulur.	40	37,7
Femoral sinir felci görülen komplikasyonlardan biridir.	18	17
Displazik kalça eğer 3-4 haftalık pavlik bandajı tedavisine olumlu cevap vermezse tedavi sonlandırılmalıdır.	19	17,9

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

Katılımcıların tedavi edilmemiş GKD'nin sonuçlarına ilişkin en çok doğru yanıt verdiği seçenekler sırasıyla %90,6 ile 'Yürüyüşte kısıtlılık', %88,7 ile 'Ağrı' ve %84,9 ile 'Günlük işlevlerde bozulma' olmuştur. En az doğru yanıt verilen seçenek ise %45,3 ile 'Skolyoz'dur. Ayrıca, katılımcıların %67,9'u 'Spastisite' ve %57,5'i 'Kırık riski' gibi sonuçların tedavisiz GKD ile ilişkili olmadığını doğru şekilde değerlendirmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
29-) Hayatın erken dönemlerinde tedavi edilmemiş şiddetli GKD de en sık rastlanılan doğal gidiş ve prognoz nasıldır?		
Prognozu kötüdür. Kişinin hayatı boyunca cerrahi operasyonunu gerektirir.	46	43,4
Prognozu iyidir, ancak minimal sekel ile hayatlarına devam edebilirler.	10	9,4
Prognozu ortadır. İlerleyen yetişkinlik dönemlerinde cerrahi tedavi gerektirir.	20	18,9
Prognozu iyidir, ancak geç yetişkinlikte cerrahi gerektiren koksartroza ilerler.	11	10,4
Fikrim yok.	19	17,9
30-) GKD tedavi edilmezse ileride oluşabilecek sonuçlar nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)		
Ağrı	94	88,7
Yürüyüşte kısıtlılık	96	90,6
Spastisite	34	32,1
Kişide psikolojik olarak etkilenme ve depresyon	84	79,3
Kırık riski	45	42,5
Günlük işlevlerde bozulma	90	84,9
İş bulmakta zorlanma ve ekonomik problemler	80	75,5
Skolyoz	48	45,3

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

'Risk faktörü bulunmayan bebeklerde GKD taramasını ikinci izlemde yaparım.' ifadesine 'Katılmıyorum' yanıtını vererek doğru cevaplayan katılımcı sayısının 61 (%57,5) olduğu görülmüştür. Katılımcıların 69'u (%65,1) GKD taraması için provokatif olmayan testleri (Abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi, bacak uzunluk farkı) her zaman yaptığını belirtirken, provokatif testleri (Ortolani,Barlow) her zaman yaptığını belirten katılımcı sayısı ise 36'dır (%34). Katılımcıların 14'ü (%13,2), GKD taramasında kullanılan provokatif testlerden Ortolani ve Barlow testlerinin her uygulama sırasında hastaya zarar verdiğini düşünmektedir. Ayrıca, 82 katılımcı (%77,4), fizik muayenenin GKD taramasında tek başına yeterli olmadığını belirtmiştir. GKD taramasında her hastaya USG yapılması gerektiğini düşünen katılımcı sayısı 79 (%74,5) iken, her hastadan radyografi görülmesi gerektiğini düşünen katılımcı sayısı ise 14'tür (%13,2) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
31-) Risk faktörü bulunmayan bebeklerde GKD taramasını ikinci izlemde yaparım.		
Katılıyorum	33	31,1
Katılmıyorum	61	57,5
Fikrim yok	12	11,3
32-) GKD taraması için provokatif olmayan testleri (Abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi, bacak uzunluk farkı) ne sıklıkla yaparsınız?		
Her zaman	69	65,1
Bazen	33	31,1
Hiçbir zaman	4	3,8
33-) GKD taraması için provokatif testleri (Ortolani,Barlow) ne sıklıkla yaparsınız?		
Her zaman	36	34
Bazen	58	54,7
Hiçbir zaman	12	11,3
34-) GKD taraması için yapılan provokatif testlerden Ortolani ve Barlow testlerinin her uygulama sırasında hastaya zarar verdiğini düşünüyorum.		
Katılıyorum	14	13,2
Katılmıyorum	65	61,3
Fikrim yok	27	25,5
35-) GKD taraması için tek başına fizik muayene yeterlidir.		
Katılıyorum	15	14,1
Katılmıyorum	82	77,4
Fikrim yok	9	8,5
36-) GKD taraması için her hastaya USG yapılmalıdır.		
Katılıyorum	79	74,5
Katılmıyorum	19	17,9
Fikrim yok	8	7,6
37-) GKD taraması için her hastadan radyografi görülmelidir.		
Katılıyorum	14	13,2
Katılmıyorum	79	74,5
Fikrim yok	13	12,3

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

GKD'nin erken tanı ve tedavisi amacıyla her aileye GKD'nin önemini anlatan hekim sayısı 91'dir (%85,9). GKD'den korunma amacıyla aileleri kundak yapmaktan kaçınmaları konusunda bilgilendiren hekim sayısı ise 84'tür (%79,2) (Tablo 12).

'Sağlık Bakanlığı'nın GKD tarama programına göre USG taraması önerisi nasıldır?' sorusunda doğru yanıt olan 'Sadece riskli bebeklere yapılmalıdır' seçeneğini işaretleyen hekim sayısı 29 (%27,4) olup, katılımcıların çoğunluğu (%60,4) 'Her bebeğe bir kez yapılmalıdır' seçeneğini tercih etmiştir (Tablo 12).

Katılımcıların büyük bir kısmı (%49,1) GKD ile ilgili literatürü en son 1 yıldan fazla süre önce okuduğunu belirtirken, son 1 ay içinde literatür okuyanların oranı %8,5 olarak tespit edilmiştir. Öte yandan, katılımcıların %13,2'si bu konuda hiç literatür okumadığını ifade etmiştir. (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların GKD ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımları

	Hekim Sayısı	Yüzde (%)
38-) GKD erken tanı ve tedavisi amacıyla her aileye GKD'nin önemini anlatırım.		
Her zaman	91	85,9
Bazen	14	13,2
Hiçbir zaman	1	0,9
39-) GKD'den korunma amacıyla her aileye kundak yapılmasından kaçınmaları konusunda bilgilendirme yaparım.		
Her zaman	84	79,2
Bazen	20	18,9
Hiçbir zaman	2	1,9
40-) Sağlık Bakanlığı'nın GKD tarama programına göre, USG taraması önerisi nasıldır?		
Her bebeğe her izlemde yapılmalıdır	6	5,7
Her bebeğe bir kez yapılmalıdır	64	60,4
Sadece riskli bebeklere yapılmalıdır	29	27,3
Fikrim yok	7	6,6
41-) GKD hakkında en son ne zaman literatür okudunuz?		
Son 1 ay içerisinde	9	8,5
Son 1 yıl içerisinde	31	29,2
1 yıldan fazla süre önce	52	49,1
Hiç	14	13,2

Doğru yanıtlar koyu renkle ifade edilmiştir.

Bilgi puanı hesaplamasında, katılımcılara yöneltilen çoktan seçmeli bilgi sorularında doğru yanıtlar 1 puan olarak değerlendirilmiştir. Birden fazla doğru yanıtı olan sorularda, doğru seçeneklerin işaretlenmesi 1 puan, yanlış seçeneklerin işaretlenmesi 0 puan ve yanlış seçeneklerin boş bırakılması ise 1 puan olarak puanlandırılmıştır. Bu yöntemle katılımcıların genel bilgi, tarama bilgisi, tedavi bilgisi ve toplam bilgi puanları hesaplanmıştır. Çalışmada, genel bilgi puanı 0-29, tarama bilgi puanı 0-17, tedavi bilgi puanı 0-30 ve toplam bilgi puanı 0-76 arasında değişmektedir.

Katılımcıların Genel bilgi puanı ortalaması 19,93 (±3,78), tarama bilgi puanı 9,77 (±2,47), tedavi bilgi puanı 19,36 (±3,22) ve toplam bilgi puanı 49,07 (±7,5) olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların bilgi puanlarına verdikleri yanıtlar

	Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama± standart sapma
Genel Bilgi Puanı	20 (11-27)	19,93±3,78
Tarama Bilgi Puanı	10 (5-16)	9,77±2,47
Tedavi Bilgi Puanı	19 (9-29)	19,36±3,22
Toplam Bilgi Puanı	49 (29-67)	49,07±7,5

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleri ile genel bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleriyle genel bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Genel Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	**Ortalama± standart sapma**	**p**
Cinsiyet	Kadın	20 (12-26)	19,88±3,52	0,885*
	Erkek	20 (11-27)	19,98±4,01	
Yaş grubu	30 yaş altı	21 (16-27)	21,17±3,61	0,472 ***
	30-39	20 (13-27)	19,66±3,82	
	40-49	21 (13-27)	20,4±3,69	
	50 ve üzeri	19 (11-26)	19,31±3,89	
Hekim olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	20 (13-27)	19,94±4,26	0,691 ***
	6-10 yıl	20 (14-27)	20±3,46	
	11-15 yıl	21 (14-26)	20,65±3,62	
	16-20 yıl	22 (13-27)	20,91±3,91	
	21 yıl ve üzeri	19 (11-26)	19,36±3,81	
Aile hekimi olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	20 (13-27)	19,68±3,97	0,740 ***
	6-10 yıl	21 (14-26)	20,7±3,64	
	11-15 yıl	21 (16-24)	20,11±2,45	
	16 ve üzeri	20 (11-27)	19,55±4,34	

*Bağımsız örneklem t testi, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi.

Tablo 14 (Devamı). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleriyle genel bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Genel Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	**Ortalama± standart sapma**	**p**
Aile hekimliği statüsü	Pratisyen	20 (11-27)	19,64±3,9	0,366***
	AHU	22 (12-26)	20,87±3,82	
	SAHU	20 (14-25)	19,85±2,88	
Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?	Evet	20 (11-27)	19,82±3,98	0,904**
	Hayır/hatırlamıyorum	20 (12-27)	19,96±3,75	
Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?	Evet	19 (12-25)	19,54±3,35	0,457*
	Hayır/hatırlamıyorum	20 (11-27)	20,13±3,98	
Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.	0-25	19 (11-27)	19,16±3,84	0,226***
	26-50	22 (12-26)	20,71±3,18	
	51-75	20 (13-27)	21,09±4,37	
	76-100	23 (15-25)	21,2±4,15	
	100 üzeri	22 (16-24)	21±3,83	

*Bağımsız örneklem t testi, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi.

Son bir yıl içinde kliniğinde 51-75 arası GKD taraması yapanların tarama bilgi puanları, 0-25 arası tarama yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer taraftan, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleri ile tarama bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleriyle tarama bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Tarama bilgi puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	**Ortalama ±standart sapma**	**p**
Cinsiyet	Kadın	10 (5-16)	9,87±2,51	0,478*
	Erkek	9 (6-15)	9,69±2,45	

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi, ***Tek yönlü varyans analizi.

Tablo 15 (Devamı). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleriyle tarama bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Tarama bilgi puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	**Ortalama ±standart sapma**	**p**
Yaş grubu	30 yaş altı	10 (7-16)	10,08±2,35	0,240**
	30-39	9 (5-14)	9,66±2,4	
	40-49	10 (6-15)	10,3±2,07	
	50 ve üzeri	9 (5-15)	9,28±2,88	
Hekim olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	10 (7-16)	9,65±2,42	0,939**
	6-10 yıl	10 (6-14)	10,21±2,35	
	11-15 yıl	9 (5-15)	9,71±2,69	
	16-20 yıl	10 (7-12)	9,82±1,4	
	21 yıl ve üzeri	9 (5-15)	9,64±2,73	
Aile hekimi olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	9 (5-16)	9,56±2,41	0,239**
	6-10 yıl	10 (6-15)	10,09±2,56	
	11-15 yıl	8 (5-12)	8,89±1,81	
	16 ve üzeri	10 (5-15)	10,29±2,71	
Aile hekimliği statüsü	Pratisyen	9 (5-14)	9,53±2,35	0,347***
	AHU	10 (5-16)	10,35±2,95	
	SAHU	9 (7-14)	10,08±2,14	
Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?	Evet	11 (5-14)	10,32±2,46	0,186*
	Hayır/hatırlamıyorum	9 (5-16)	9,63±2,46	
Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?	Evet	10 (5-15)	10,03±2,53	0,336*
	Hayır/hatırlamıyorum	9 (5-16)	9,65±2,44	
Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.	0-25	9 (5-16)	9,31±2,45	**0,013****
	26-50	9 (6-14)	9,46±1,73	
	51-75	12 (5-14)	11,64±2,54	
	76-100	12 (8-15)	11,6±3,05	
	100 üzeri	12 (7-14)	11,25±3,4	

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi, ***Tek yönlü varyans analizi.

Yaş grubu 50 ve üzeri olanların tedavi bilgi puanı, 30-39 ve 40-49 yaş gruplarındaki katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 16).

Hekimlik süresi 21 yıl ve üzeri olanların tedavi bilgi puanı, 11-15 yıl arasında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 16).

Son bir yıl içinde kliniğinde 51-75 arasında GKD taraması yapanların tedavi bilgi puanı, 0-25 arası tarama yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleriyle tedavi bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Tedavi Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	**Ortalama± standart sapma**	**p**
Cinsiyet	Kadın	20 (14-25)	19,35±2,5	0,890*
	Erkek	19 (9-29)	19,36±3,74	
Yaş grubu	30 yaş altı	20 (16-25)	19,5±2,68	**0,010****
	30-39	20 (15-29)	20,25±2,71	
	40-49	20 (13-25)	19,8±2,52	
	50 ve üzeri	18 (9-28)	18±4,05	
Hekim olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	20 (16-25)	19,65±2,29	**0,020****
	6-10 yıl	20 (15-29)	20,37±3,17	
	11-15 yıl	21 (17-25)	20,53±2,65	
	16-20 yıl	20 (16-23)	19,82±2,04	
	21 yıl ve üzeri	19 (9-28)	18,19±3,72	
Aile hekimi olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	20 (15-29)	20,03±2,95	0,216**
	6-10 yıl	20 (13-25)	19,83±2,46	
	11-15 yıl	19 (14-25)	18,89±2,74	
	16 ve üzeri	19 (9-28)	18,55±4,07	
Aile hekimliği statüsü	Pratisyen	19 (9-28)	18,96±3,39	0,210**
	AHU	20 (16-29)	20,52±3,03	
	SAHU	20 (15-22)	19,46±2,11	
Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?	Evet	20 (9-29)	19,86±4,1	0,427*
	Hayır/hatırlamıyorum	19 (11-28)	19,23±2,97	
Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?	Evet	19 (14-29)	19,8±3,38	0,702*
	Hayır/hatırlamıyorum	19 (9-26)	19,14±3,15	
Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.	0-25	19 (9-29)	18,69±3,27	**0,002****
	26-50	19 (15-26)	18,93±2,57	
	51-75	21 (19-26)	21,27±1,95	
	76-100	22 (19-25)	22,2±2,77	
	100 üzeri	24 (18-28)	23,25±4,57	

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

Son bir yıl içinde kliniğinde 51-75 arasında GKD taraması yapanların toplam bilgi puanı, 0-25 arası tarama yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübeleriyle toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Toplam Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	**Ortalama±standart sapma**	**p**
Cinsiyet	Kadın	49 (34-66)	49,1±7,02	0,962*
	Erkek	49 (29-67)	49,03±7,93	
Yaş grubu	30 yaş altı	50 (43-66)	50,75±7,05	0,121**
	30-39	49 (40-67)	49,56±6,6	
	40-49	52 (37-65)	50,5±6,7	
	50 ve üzeri	45 (29-66)	46,59±8,8	
Hekim olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	47 (41-66)	49,24±6,7	0,260**
	6-10 yıl	49 (40-67)	50,58±7,34	
	11-15 yıl	51 (38-65)	50,88±6,95	
	16-20 yıl	53 (37-58)	50,55±6,41	
	21 yıl ve üzeri	46 (29-66)	47,19±8,2	
Aile hekimi olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	47 (37-67)	49,26±7,37	0,657**
	6-10 yıl	52 (38-65)	50,61±6,81	
	11-15 yıl	49 (38-56)	47,89±5,42	
	16 ve üzeri	48 (29-66)	48,39±9,11	
Aile hekimliği statüsü	Pratisyen	47 (29-67)	48,13±7,48	0,132***
	AHU	52 (35-66)	51,74±8,07	
	SAHU	49 (40-60)	49,38±5,58	
Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?	Evet	51 (29-67)	50±8,69	0,514*
	Hayır/hatırlamıyorum	48 (34-66)	48,82±7,19	
Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?	Evet	49 (34-66)	49,37±7,63	0,770*
	Hayır/hatırlamıyorum	48 (29-67)	48,92±7,48	
Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.	0-25	47 (29-66)	47,16±7,45	**0,009****
	26-50	49 (35-61)	49,11±5,76	
	51-75	54 (45-67)	54±6,48	
	76-100	56 (46-65)	55±8	
	100 üzeri	58 (41-66)	55,5±10,66	

*Bağımsız örneklem t testi, **Kruskal Wallis testi, ***Tek yönlü varyans analizi.

Sağlık Bakanlığı aracılığıyla hizmet içi eğitim alanların GKD genel bilgi puanları, istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer GKD bilgi kaynakları ile GKD genel bilgi puanları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların GKD bilgi kaynaklarıyla genel bilgi puanlarının karşılaştırılması

GKD bilgi kaynağı;		Genel Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Tıp fakültesi	Hayır	18 (14-25)	19,25±3,81	0,548*
	Evet	20 (11-27)	19,99±3,79	
Uzmanlık eğitimi	Hayır	20 (11-27)	19,64±3,8	0,118*
	Evet	21 (12-26)	20,85±3,63	
İnternet, sosyal medya, tv	Hayır	20 (11-27)	19,79±3,78	0,351**
	Evet	20 (15-27)	20,75±3,79	
Sağlık bakanlığı hizmet içi eğitimi	Hayır	19 (11-27)	19,26±3,95	**0,042****
	Evet	21 (14-27)	20,75±3,42	
Sağlık bakanlığı rehberi	Hayır	19 (11-27)	19,55±3,99	0,218*
	Evet	20 (13-27)	20,4±3,49	
Kongre, kurs, sempozyum	Hayır	20 (11-27)	19,71±3,78	0,131*
	Evet	22 (13-27)	21,27±3,61	
Kitap ve yayınlar	Hayır	19 (11-27)	19,68±3,87	0,315**
	Evet	20 (13-27)	20,48±3,55	
Konu ile ilgili uzman hekimlerin bilge ve tecrübeleri	Hayır	20 (11-27)	19,75±3,78	0,200**
	Evet	22 (14-27)	21,14±3,7	
Uzaktan eğitim programları	Hayır	20 (12-27)	20,15±3,67	0,144*
	Evet	17 (11-26)	18,38±4,31	

*Mann Whitney U testi, **Bağımsız örneklem t testi.

Sağlık Bakanlığı rehberini bilgi kaynağı olarak kullananların GKD tarama bilgi puanları, istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer GKD bilgi kaynakları ile GKD tarama bilgi puanları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların GKD bilgi kaynaklarıyla tarama bilgi puanlarının karşılaştırılması

GKD bilgi kaynağı;		Tarama Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Tıp fakültesi	Hayır	9 (5-14)	8,88±2,64	0,297*
	Evet	10 (5-16)	9,85±2,45	
Uzmanlık eğitimi	Hayır	9 (5-16)	9,66±2,43	0,414*
	Evet	10 (5-15)	10,12±2,6	
İnternet, sosyal medya, tv	Hayır	9 (5-16)	9,7±2,51	0,393*
	Evet	10 (6-14)	10,19±2,26	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 19 (Devamı). Katılımcıların GKD bilgi kaynaklarıyla tarama bilgi puanlarının karşılaştırılması

GKD bilgi kaynağı;		Tarama Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Sağlık bakanlığı hizmet içi eğitimi	Hayır	9 (5-16)	9,43±2,4	0,159*
	Evet	10 (6-15)	10,19±2,51	
Sağlık bakanlığı rehberi	Hayır	9 (5-15)	9,1±2,29	**0,002***
	Evet	10 (5-16)	10,58±2,45	
Kongre, kurs, sempozyum	Hayır	9 (5-15)	9,6±2,37	0,091*
	Evet	11 (5-16)	10,8±2,88	
Kitap ve yayınlar	Hayır	9 (5-15)	9,45±2,29	0,064*
	Evet	10 (5-16)	10,48±2,73	
Konu ile ilgili uzman hekimlerin bilge ve tecrübeleri	Hayır	9 (5-16)	9,62±2,38	0,135*
	Evet	11 (6-14)	10,79±2,86	
Uzaktan eğitim programları	Hayır	10 (5-16)	9,87±2,53	0,260*
	Evet	9 (7-13)	9,08±1,85	

*Mann Whitney U testi.

GKD bilgi kaynakları arasında, Sağlık Bakanlığı rehberini kullananların tedavi bilgi puanı yüksek bulunurken, uzaktan eğitim programları bilgi kaynağı olarak kullananların puanı daha düşük saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların GKD bilgi kaynaklarıyla tedavi bilgi puanlarının karşılaştırılması

GKD bilgi kaynağı;		Tedavi Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Tıp fakültesi	Hayır	20 (11-23)	18,63±3,78	0,795*
	Evet	19 (9-29)	19,42±3,19	
Uzmanlık eğitimi	Hayır	19 (9-28)	19,05±3,33	0,106*
	Evet	20 (16-29)	20,31±2,69	
İnternet, sosyal medya, tv	Hayır	20 (9-29)	19,34±3,27	0,824*
	Evet	19 (15-26)	19,44±3,03	
Sağlık bakanlığı hizmet içi eğitimi	Hayır	20 (9-29)	19,48±3,6	0,727*
	Evet	19 (11-26)	19,21±2,72	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 20 (Devamı). Katılımcıların GKD bilgi kaynaklarıyla tedavi bilgi puanlarının karşılaştırılması

GKD bilgi kaynağı;		Tedavi Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Sağlık bakanlığı rehberi	Hayır	19 (9-26)	18,48±3,09	**0,002***
	Evet	20 (15-29)	20,42±3,09	
Kongre, kurs, sempozyum	Hayır	19 (9-29)	19,36±3,35	0,960*
	Evet	20 (15-25)	19,33±2,38	
Kitap ve yayınlar	Hayır	19 (9-26)	18,89±2,69	0,060*
	Evet	20 (13-29)	20,39±4,02	
Konu ile ilgili uzman hekimlerin bilge ve tecrübeleri	Hayır	19 (9-29)	19,34±3,06	0,962*
	Evet	20 (13-28)	19,5±4,29	
Uzaktan eğitim programları	Hayır	20 (13-29)	19,66±2,98	**0,036***
	Evet	18 (9-24)	17,23±4,15	

*Mann Whitney U testi.

GKD bilgi kaynakları arasında, Sağlık Bakanlığı rehberi ile kitap ve yayınları kullananların toplam bilgi puanı yüksek bulunurken, uzaktan eğitim programlarını bilgi kaynağı olarak kullananların puanı daha düşük saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların GKD bilgi kaynaklarıyla toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması

GKD bilgi kaynağı;		Toplam Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Tıp fakültesi	Hayır	46 (35-60)	46,75±7,89	0,376*
	Evet	49 (29-67)	49,26±7,47	
Uzmanlık eğitimi	Hayır	48 (29-67)	48,35±7,47	0,084**
	Evet	52 (35-66)	51,27±7,29	
İnternet, sosyal medya, tv	Hayır	49 (29-66)	48,83±7,56	0,451**
	Evet	52 (38-67)	50,38±7,19	
Sağlık bakanlığı hizmet içi eğitimi	Hayır	47 (29-67)	48,17±8,13	0,178**
	Evet	51 (35-65)	50,15±6,57	

[a]Mann Whitney U testi, **Bağımsız örneklem t testi.

Tablo 21 (Devamı). Katılımcıların GKD bilgi kaynaklarıyla toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması

GKD bilgi kaynağı;		Toplam Bilgi Puanı		
		Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Sağlık bakanlığı rehberi	Hayır	47 (29-67)	47,14±7,2	**0,004***
	Evet	53 (34-66)	51,4±7,24	
Kongre, kurs, sempozyum	Hayır	48 (29-67)	48,68±7,51	0,194**
	Evet	50 (34-66)	51,4±7,24	
Kitap ve yayınlar	Hayır	49 (29-61)	48,03±6,99	**0,033****
	Evet	49 (38-67)	51,36±8,16	
Konu ile ilgili uzman hekimlerin bilge ve tecrübeleri	Hayır	49 (29-66)	48,71±7,23	0,207**
	Evet	53 (38-67)	51,43±9,01	
Uzaktan eğitim programları	Hayır	49 (34-67)	49,68±7,22	**0,024****
	Evet	45 (29-57)	44,69±8,23	

*Mann Whitney U testi, **Bağımsız örneklem t testi.

Katılımcıların GKD ile ilgili kendilerini yeterli görme derecesi ile genel bilgi puanı, tarama bilgi puanı ve toplam bilgi puanı arasında pozitif yönde, düşük/orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların GKD ile ilgili kendini yeterli görme derecesiyle bilgi puanlarının ilişkisi

		GKD ile ilgili bilgi düzeyinizi ne derecede yeterli görüyorsunuz?
Genel Bilgi Puanı	r	0,322
	p	**0,001***
	N	106
Tarama Bilgi Puanı	r	0,239
	p	**0,014**
	N	106
Tedavi Bilgi Puanı	r	0,174
	p	0,074
	N	106
Toplam Bilgi Puanı	r	0,321
	p	**0,001***
	N	106

Spearman korelasyon analizi, *p<0,01.

Katılımcıların hekimlik deneyimi ve GKD'li hasta takip etme özellikleri ile GKD taramasında kullanılan provokatif olmayan testleri yapma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların hekimlik ve GKD'li hasta takip etme özellikleriyle GKD provakatif olmayan testleri yapma sıklıklarıyla karşılaştırılması

		GKD taraması için provokatif olmayan testleri (Abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi, bacak uzunluk farkı) ne sıklıkla yaparsınız?			
		Her zaman	**Bazen**	**Hiçbir zaman**	**p**
		N (%)	**N (%)**	**N (%)**	
Aile hekimliği statüsü	Pratisyen	47 (67,14)	19 (27,14)	4 (5,71)	0,530*
	AHU	13 (56,52)	10 (43,48)	0 (0)	
	SAHU	9 (69,23)	4 (30,77)	0 (0)	
Hekim olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	11 (64,71)	5 (29,41)	1 (5,88)	0,844*
	6-10 yıl	13 (68,42)	6 (31,58)	0 (0)	
	11-15 yıl	9 (52,94)	6 (35,29)	2 (11,76)	
	16-20 yıl	8 (72,73)	3 (27,27)	0 (0)	
	21 yıl ve üzeri	28 (66,67)	13 (30,95)	1 (2,38)	
Aile hekimi olarak görev yapma süresi	0-5 yıl	22 (64,71)	11 (32,35)	1 (2,94)	0,193*
	6-10 yıl	12 (52,17)	9 (39,13)	2 (8,7)	
	11-15 yıl	15 (83,33)	2 (11,11)	1 (5,56)	
	16 ve üzeri	20 (64,52)	11 (35,48)	0 (0)	
Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?	Evet	13 (59,09)	9 (40,91)	0 (0)	0,486*
	Hayır/hatırlamı yorum	56 (66,67)	24 (28,57)	4 (4,76)	
Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?	Evet	28 (80)	7 (20)	0 (0)	0,053*
	Hayır/hatırlamı yorum	41 (57,75)	26 (36,62)	4 (5,63)	
Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.	0-25	37 (63,79)	18 (31,03)	3 (5,17)	0,673*
	26-50	18 (64,29)	10 (35,71)	0 (0)	
	51-75	8 (72,73)	3 (27,27)	0 (0)	
	76-100	4 (80)	1 (20)	0 (0)	
	100 üzeri	2 (50)	1 (25)	1 (25)	

*Fisher's Exact test.

GKD'li çocuk takip eden katılımcıların, GKD taraması için provokatif testleri her zaman yapma sıklığı, GKD'li çocuk takip etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların hekimlik ve GKD'li hasta takip etme özellikleriyle GKD provakatif olmayan testleri yapma sıklıklarıyla karşılaştırılması

		GKD taraması için provokatif testleri (Ortolani, Barlow) ne sıklıkla yaparsınız?			
		Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman	p
		N (%)	N (%)	N (%)	
Aile hekimliği statüsü	Pratisyen	19 (27,14)	40 (57,14)	11 (15,71)	0,167*
	AHU	10 (43,48)	12 (52,17)	1 (4,35)	
	SAHU	7 (53,85)	6 (46,15)	0 (0)	
Hekimlik süresi	0-5 yıl	6 (35,29)	9 (52,94)	2 (11,76)	0,671*
	6-10 yıl	8 (42,11)	10 (52,63)	1 (5,26)	
	11-15 yıl	3 (17,65)	11 (64,71)	3 (17,65)	
	16-20 yıl	3 (27,27)	8 (72,73)	0 (0)	
	21 yıl ve üzeri	16 (38,1)	20 (47,62)	6 (14,29)	
Aile hekimliği süresi	0-5 yıl	11 (32,35)	20 (58,82)	3 (8,82)	0,495*
	6-10 yıl	5 (21,74)	13 (56,52)	5 (21,74)	
	11-15 yıl	6 (33,33)	11 (61,11)	1 (5,56)	
	16 ve üzeri	14 (45,16)	14 (45,16)	3 (9,68)	
Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?	Evet	9 (40,91)	12 (54,55)	1 (4,55)	0,468**
	Hayır/hatırlamıyorum	27 (32,14)	46 (54,76)	11 (13,1)	
Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?	Evet	18 (51,43)	15 (42,86)	2 (5,71)	**0,024****
	Hayır/hatırlamıyorum	18 (25,35)	43 (60,56)	10 (14,08)	
Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.	0-25	17 (29,31)	34 (58,62)	7 (12,07)	0,700*
	26-50	10 (35,71)	15 (53,57)	3 (10,71)	
	51-75	5 (45,45)	6 (54,55)	0 (0)	
	76-100	2 (40)	2 (40)	1 (20)	
	100 üzeri	2 (50)	1 (25)	1 (25)	

*Fisher's Exact test, **Pearson ki kare testi.

GKD hakkında hiç literatür okumayanların tarama, tedavi ve toplam bilgi puanları, son 1 yıl içinde ve 1 yıldan fazla süre önce literatür okuyanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların en son literatür okuma zamanıyla bilgi puanlarının karşılaştırılması

	GKD hakkında en son ne zaman literatür okudunuz?	Ortanca (minimum-maksimum)	Ortalama±standart sapma	p
Genel Bilgi Puanı	Son 1 ay içerisinde	22 (11-27)	20,11±5,8	0,058*
	Son 1 yıl içerisinde	21 (13-27)	20,94±3,38	
	1 yıldan fazla süre önce	20 (13-27)	19,9±3,47	
	Hiç	17 (12-26)	17,71±3,67	
Tarama Bilgi Puanı	Son 1 ay içerisinde	10 (5-11)	9,11±2,09	**0,005***
	Son 1 yıl içerisinde	10 (7-16)	10,61±2,28	
	1 yıldan fazla süre önce	9 (5-15)	9,88±2,54	
	Hiç	7 (6-12)	7,93±1,86	
Tedavi Bilgi Puanı	Son 1 ay içerisinde	19 (9-26)	18,11±4,59	**0,001***
	Son 1 yıl içerisinde	20 (15-29)	20,71±3,12	
	1 yıldan fazla süre önce	19 (14-26)	19,56±2,55	
	Hiç	17 (11-20)	16,43±2,82	
Toplam Bilgi Puanı	Son 1 ay içerisinde	53 (29-61)	47,33±11,36	**<0,001***
	Son 1 yıl içerisinde	52 (42-66)	52,26±6,77	
	1 yıldan fazla süre önce	49 (38-67)	49,35±6,28	
	Hiç	43 (35-58)	42,07±5,88	

*Kruskal Wallis testi.

GKD ön tanısı koyduğu çocuk hastası olanların, son 1 yıl içinde GKD hakkında literatür okuma sıklığı, tanı koymayan ve hatırlamayanlara göre daha yüksekti; ayrıca hiç literatür okumayanların oranı daha düşüktü. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların en son literatür okuma zamanıyla sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübelerinin karşılaştırılması

		GKD hakkında en son ne zaman literatür okudunuz?				
		Son 1 ay içerisinde	Son 1 yıl içerisinde	1 yıldan fazla süre önce	Hiç	p
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Cinsiyet	Kadın	4 (8,33)	17 (35,42)	21 (43,75)	6 (12,5)	0,662*
	Erkek	5 (8,62)	14 (24,14)	31 (53,45)	8 (13,79)	
Yaş grubu	30 yaş altı	1 (8,33)	5 (41,67)	3 (25)	3 (25)	0,054*
	30-39	3 (9,38)	12 (37,5)	16 (50)	1 (3,13)	
	40-49	2 (6,67)	11 (36,67)	13 (43,33)	4 (13,33)	
	50 ve üzeri	3 (9,38)	3 (9,38)	20 (62,5)	6 (18,75)	

*Fisher's Exact test.

Tablo 26 (Devamı). Katılımcıların en son literatür okuma zamanıyla sosyodemografik özellikleri ve GKD ile ilgili tecrübelerinin karşılaştırılması

		GKD hakkında en son ne zaman literatür okudunuz?				
		Son 1 ay içerisinde	**Son 1 yıl içerisinde**	**1 yıldan fazla süre önce**	**Hiç**	**p**
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Hekimlik süresi	0-5 yıl	1 (5,88)	6 (35,29)	7 (41,18)	3 (17,65)	0,835*
	6-10 yıl	2 (10,53)	8 (42,11)	8 (42,11)	1 (5,26)	
	11-15 yıl	1 (5,88)	4 (23,53)	10 (58,82)	2 (11,76)	
	16-20 yıl	2 (18,18)	4 (36,36)	4 (36,36)	1 (9,09)	
	21 yıl ve üzeri	3 (7,14)	9 (21,43)	23 (54,76)	7 (16,67)	
Aile hekimliği süresi	0-5 yıl	2 (5,88)	12 (35,29)	16 (47,06)	4 (11,76)	0,682*
	6-10 yıl	2 (8,7)	8 (34,78)	10 (43,48)	3 (13,04)	
	11-15 yıl	1 (5,56)	2 (11,11)	13 (72,22)	2 (11,11)	
	16 ve üzeri	4 (12,9)	9 (29,03)	13 (41,94)	5 (16,13)	
Aile hekimliği statüsü	Pratisyen	5 (7,14)	20 (28,57)	32 (45,71)	13 (18,57)	0,210*
	AHU	4 (17,39)	7 (30,43)	11 (47,83)	1 (4,35)	
	SAHU	0 (0)	4 (30,77)	9 (69,23)	0 (0)	
Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) ön tanısı koyduğunuz çocuk var mı?	Evet	3 (13,64)	11 (50)	8 (36,36)	0 (0)	**0,016***
	Hayır/hatırlamıyorum	6 (7,14)	20 (23,81)	44 (52,38)	14 (16,67)	
Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?	Evet	3 (8,57)	17 (48,57)	13 (37,14)	2 (5,71)	**0,017***
	Hayır/hatırlamıyorum	6 (8,45)	14 (19,72)	39 (54,93)	12 (16,9)	

*Fisher's Exact test.

Son bir yıl içinde GKD hakkında literatür okuyanların, GKD ile ilgili bilgi düzeyini yeterli görme oranı, 1 yıldan fazla süre önce literatür okuyan ve hiç okumayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların en son literatür okuma zamanıyla GKD ile ilgili kendini yeterli görme derecesinin karşılaştırılması

		GKD ile ilgili bilgi düzeyinizi ne derecede yeterli görüyorsunuz?		
		Ortanca (minimum-maksimum)	**Ortalama±standart sapma**	**p**
GKD hakkında en son ne zaman literatür okudunuz?	Son 1 ay içerisinde	7 (5-10)	7,44±1,74	**0,004***
	Son 1 yıl içerisinde	7 (4-10)	7,26±1,24	
	1 yıldan fazla süre önce	7 (2-9)	6,31±1,41	
	Hiç	6 (1-10)	5,5±2,79	

*Kruskal Wallis testi.

TARTIŞMA

Gelişimsel kalça displazisi (GKD) en sık görülen doğumsal kas-iskelet sistemi anomalisidir (2). Erken dönemde saptandığında, konservatif yöntemlerle sekel kalmadan tedavi edilebilir (59). Hastalığın tanısının gecikmesi, tedavi başarısını azaltırken komplikasyon riskini artırır ve daha maliyetli, ciddi cerrahi müdahalelere yol açar. Ayrıca, uygun tedavi almayan hastalar ilerleyen dönemde ciddi sağlık sorunlarıyla karşılaşabilir, bu da iş gücü kayıplarına neden olabilir (6, 10). Aile hekimi, gelişimsel kalça displazisinin erken tanısında kritik bir rol oynar. Bebeklerin rutin muayenelerinde GKD'yi fark ederek zamanında yönlendirme yapabilir ve tedaviye erken başlanmasını sağlayabilir. Ayrıca, ailelere hastalığın belirtileri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi vererek, tedavi sürecine aktif katılımlarını teşvik edebilir. Bu çalışma, aile hekimlerinin gelişimsel kalça displazisi hakkındaki bilgi düzeylerini ve bu hastalığa karşı tutumlarını incelemeyi amaçlamaktadır.

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) bilgi düzeyi ve farkındalık üzerine literatürde, topluluklar, sağlık çalışanları, pratisyen hekimler, ortopedi ve pediatri uzmanları gibi farklı gruplar üzerinde yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır; ancak aile hekimlerinin bilgi düzeyi ve tutumlarını inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu çalışmada, aile hekimlerinin gelişimsel kalça displazisi (GKD) hakkındaki bilgi düzeyleri; genel bilgi, tarama bilgisi, tedavi bilgisi ve toplam bilgi düzeyleri olarak ayrıntılı bir şekilde incelenmiş, aynı zamanda aile hekimlerinin tutumları da ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

GKD ile ilgili aile hekimlerinin toplam bilgi düzeyi, anketimizdeki demografik bilgi soruları ve tutum soruları dışında kalan 21 sorudan elde edilmiştir. Edirne ilinde görev alan aile hekimlerini kapsayan bu çalışmada toplam bilgi düzeyi 49,07±7,5 olarak bulunmuştur. En düşük puan alan katılımcı 29 puan, en yüksek puan alan katılımcı 67 puan almıştır.

Literatürdeki benzer diğer çalışmalara bakıldığında, bilgi ve farkındalık değerlendirmelerinde bir kısmı skorlama yöntemi, bir kısmı ise oranlama yöntemi kullanmıştır. Ayrıca, skorlamalar yapılırken farklı yöntemler tercih edilmiştir.

Uzel ve ark.'nın (60) birinci basamakta çalışan 102 pratisyen aile hekimi ile yaptığı çalışmada ortalama bilgi puanı 71.47 ± 9.92 olarak bulunmuştur. Ergun ve ark.'nın (61) yaptığı çalışmada ise, birinci basamakta çalışan 155 hemşire ve ebe ile ikinci basamakta çalışan 208 hemşire ve ebeden elde edilen bilgi puanları sırasıyla 63.29±11.79 ve 59.10±13.72 olarak tespit edilmiştir.

Husum ve ark.'nın (62) Danimarka'da 81 pratisyen hekim ve 97 ebe ile yaptığı çalışmada yeterlilikler yüzde olarak verilmiştir. Husum ve ark.'nın yaptığı bu çalışmada, katılımcıların %89'u Ortolani manevrasını doğru bir şekilde tanımlamış, ebelerin doğru yanıt yüzdesinin pratisyen hekimlere kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Hemantha ve ark.'nın (63) Sri Lanka'da yaptığı pediatri servisi ve yenidoğan ünitelerinde çalışan 119 hekimle gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %53.8'inin GKD hakkındaki bilgisi yetersiz bulunmuş ve %52.9'unun instabil kalça hakkındaki klinik belirtilerden habersiz olduğu belirtilmiştir.

Külcü ve ark.'nın (64) 39 pediatri asistanı ve 21 pediatri uzman hekimi ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %78'inin GKD'nin kalçanın farklı düzeylerde etkilendiği ve ilerleyici bir durum olduğu bilgisine sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, katılımcıların %70'inden fazlasının kundaklama, ailede GKD varlığı, makat geliş, kız cinsiyet gibi risk faktörlerini bildiği ifade edilmiştir.

Souza ve ark.'nın (65) Brezilya'da gerçekleştirdiği çalışmada, 142 5. ve 6.sınıf tıp fakültesi öğrencisi, 8 ortopedi asistanı, 19 pediatri asistanı, 7 pediatri uzmanı ve 9 ortopedi uzmanından oluşan katılımcıların %20.9'unun fiziksel muayene sırasındaki manevraları bilmediği ve katılımcıların bilgi seviyelerinin düşük olduğu belirtilmiştir.

Suqaty ve ark.'nın (66) Suudi Arabistan'da 207 aile hekimi ve 203 pediatrist ile yaptığı çalışmada, katılımcıların bilgi düzeyindeki yetersizlikler ve tutarsızlıklara vurgu yapılmış, eğitim programlarının düzenlenmesi ve adım adım sistematik bir tarama programının uygulanması gerektiği belirtilmiştir.

Alotaibi ve ark.'nın (67) Suudi Arabistan'da 65 pratisyen hekimle yaptığı çalışmada, katılımcıların %69.2'si gelişimsel kalça displazisi hakkında yeterli bilgiye sahipken, %64.6'sı hiç GKD için kalça muayenesi yapmadığını belirtmiştir. Sonuç olarak, gelişimsel kalça displazisi konusunda bilgi düzeyinin yeterli olduğu, ancak bilgi ile tutum ve uygulama arasında bir uyumsuzluk bulunduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %96,23'ü gelişimsel kalça displazisini doğru şekilde tanımlamıştır. Yenidoğan döneminde gelişimsel kalça displazisi tanısının konulmasında fizik muayene önemli bir yer tutmakta olup, katılımcıların %93,4'ü Ortolani testinin pozitif olmasının ve %86,79'u Barlow testinin pozitif olmasının GKD için uyarıcı fizik muayene bulguları olduğunu doğru şekilde belirtmiştir. Ortolani ve Barlow testlerinin GKD tanısındaki spesifitesi oldukça yüksektir. Ortolani testi, disloke olmuş kalçanın redükte edilmesi amacıyla yapılan bir muayene tekniğidir. Çalışmamızda Ortolani testini en doğru şekilde bilenlerin oranı %49,06 olup, katılımcıların yarısı bu konuda eksik bilgiye sahiptir. Souza ve ark.'nın (65) yaptığı çalışmada, pediatri uzmanlarının %47'sinin Ortolani ve Barlow manevraları hakkındaki bilgisi doğru bulunmuş ve bu oran çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Son bir yıl içinde kliniğinde 51-75 arasında GKD taraması yapan katılımcıların, 0-25 tarama yapan katılımcılara kıyasla, tarama bilgi puanı (p=0,013), tedavi bilgi puanı (p=0,002) ve toplam bilgi puanı (p=0,009) bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, daha fazla sayıda bebek taraması yapan katılımcıların, GKD konusunda daha fazla bilgiye sahip olduklarını ve bu bilgileri klinik uygulamalarda daha etkili bir şekilde kullandıklarını göstermektedir. Tarama yapılan bebek sayısı arttıkça, katılımcıların GKD hakkında daha derinlemesine bilgi edinmeleri ve pratik deneyim kazanmaları, bilgi seviyelerinin yükselmesine yol açmaktadır. Bu durum, GKD tanısının daha doğru ve etkili bir şekilde yapılmasını sağlamaktadır.

Çalışmamızda, yaş grubu 50 ve üzeri olanların tedavi bilgi puanlarının, 30-39 ve 40-49 yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (p=0,010). Ayrıca, hekimlik süresi 21 yıl ve üzerinde olanların tedavi bilgi puanları, 11-15 yıl arasındaki deneyime sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0,020). Bu bulgular, yaş ve deneyim süresinin tedavi bilgisi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Özellikle yaş grubu 50 ve üzeri olan katılımcıların daha düşük bilgi puanlarına sahip olması, bu grubun güncel gelişmeleri takip etmekte zorlandığını veya bilgiye erişimde zorluk yaşadığını gösteriyor olabilir. Ayrıca, hekimlik deneyiminin 21 yıldan fazla olan bireylerde daha düşük bilgi puanlarının bulunması, bu kişilerin mevcut tedavi yöntemlerine aşina olsalar da yeniliklere daha az adapte olabildiklerini veya sürekli eğitim eksikliklerinin etkisiyle bilgilere daha az ulaşabildiklerini düşündürebilir.

Alkouz ve ark.'nın (68), Ürdün'de 18 yaş üzerinde 1013 katılımcı ile gerçekleştirdiği GKD farkındalık düzeyi araştırmasında, yüksek ve orta düzeyde farkındalığa sahip katılımcıların çoğunluğunun 25-40 yaş grubunda olduğu ve sağlık çalışanlarının en yüksek farkındalık seviyelerine sahip olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç, genç yaş grubunun daha fazla farkındalık gösterdiği ve sağlık çalışanlarının da konuya daha duyarlı olduğunu göstermektedir. Bunun, eğitim ve güncel bilgilere daha yakın olmanın bir sonucu olduğu söylenebilir.

Hashim ve ark.'nın (69), Suudi Arabistan'da 18 yaş ve üzeri 948 katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada, 35 yaş altındaki daha genç katılımcıların diğerlerine kıyasla daha yüksek bilgi seviyeleri sergilediği, 46-55 yaş arasındaki katılımcıların ise GKD hakkında daha az bilgiye sahip olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu, 35 yaş altındaki katılımcıların eğitim ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğunu, 46-55 yaş grubundakilerin ise daha az bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Yaş ilerledikçe bilgiye erişimin zorlaşabileceği ve bu grubun yeniliklere adapte olma sürecinde zorluklar yaşadığı düşünülmektedir.

Alotaibi ve ark.'nın (67) çalışmasında hekimlerin GKD bilgi düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, hekimlik deneyimi yüksek olsa bile, yaş faktörünün bilgi düzeyi üzerinde belirgin bir etkisi olmayabileceğini göstermektedir. Ayrıca, Montes ve ark.'nın (70) Meksika'da gerçekleştirdiği çalışmada da benzer şekilde GKD bilgi düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgular, GKD gibi sağlık sorunları hakkında bilgi edinme süreçlerinin, yaşa bağlı olarak değişmediği, ancak profesyonel eğitim ve sürekli bilgi güncellemelerinin daha etkili olduğu bir durumu işaret edebilir.

Bu sonuçlar, tedavi bilgisi ve farkındalık düzeyinin, sadece yaş ve deneyim süresiyle değil, aynı zamanda eğitim, sürekli yeniliklere açık olma ve profesyonel gelişimle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Yaş ve deneyim süresi arttıkça bilgilere daha az ulaşılıyor olabilir, ancak sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin artırılması ve sürekli eğitime tabi tutulması, farkındalık düzeylerinin iyileştirilmesinde önemli bir faktör olabilir.

Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı aracılığıyla hizmet içi eğitim alanların GKD genel bilgi puanlarının istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,042). Diğer GKD bilgi kaynaklarıyla GKD genel bilgi puanları arasında ise istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Bu bulgu, Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu eğitim materyallerinin, katılımcıların GKD hakkında daha derinlemesine bilgi edinmelerini sağladığını ve bu tür resmi eğitimlerin bilgi düzeyini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığı rehberini kullananların, GKD tarama bilgisi puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunması (p=0,002), bu eğitimlerin, katılımcılara daha güvenilir ve kapsamlı bilgiler sunduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, Sağlık Bakanlığı gibi kurumsal kaynakların sağlık eğitiminde büyük önem taşıdığını ve bu tür rehberlerin, GKD gibi hassas sağlık konularında bilgi edinmeyi artırmak için etkili bir araç olabileceğini vurgulamaktadır.

Diğer yandan, uzaktan eğitim programları gibi alternatif bilgi kaynaklarının, katılımcıların GKD bilgi puanları üzerinde aynı derecede etkili olmadığı gözlemlenmiştir. Uzaktan eğitim, katılımcılara daha esnek bir öğrenme fırsatı sunsa da, yüz yüze eğitimde sağlanan etkileşim ve geri bildirim eksikliği, öğrenmenin derinleşmesini engellemiş olabilir. Özellikle GKD gibi karmaşık ve uzmanlık gerektiren bir konuda, eğitim materyallerinin yalnızca dijital ortamda sunulmasının, bilgi edinme sürecinde sınırlı kalabileceği söylenebilir. Bu bulgular, uzaktan eğitim programlarının içeriğinin daha etkileşimli hale getirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Sağlık Bakanlığı rehberi ve diğer geleneksel bilgi kaynakları ile uzaktan eğitim programları arasında gözlemlenen farklılıklar, literatürde de benzer şekilde ele alınmaktadır. Alkouz ve ark.'nın (68) Ürdün'de gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların çoğunun bilgi kaynağı olarak kişisel deneyimlere ve arkadaş çevresinden aldıkları bilgilere güvendikleri ortaya çıkmıştır. Bu da, bireylerin sağlık bilgilerini genellikle daha yakın ve ulaşılabilir kaynaklardan edinmeye eğilimli olduklarını, ancak bunun bilimsel ve doğru bilgi sağlama açısından her zaman yeterli olmadığını göstermektedir. Hashim ve ark.'nın (69) Suudi Arabistan'daki araştırmasında ise, GKD hakkında en yaygın bilgi kaynağının kendi başlarına aldıkları eğitimler ve sosyal medya olduğu belirtilmiştir. Bu durum, dijital çağda bireylerin sosyal medya ve diğer çevrimiçi kaynakları, geleneksel eğitim yöntemleri yerine daha fazla tercih ettiklerini ve sağlık bilgilerini bu platformlardan edindiklerini göstermektedir.

Theunissen ve ark.'nın (71) Hollanda'da yaptığı çalışmada ise ebeveynlerin interneti birincil bilgi kaynağı olarak kullandıkları belirtilmiştir. İnternetin sağlık bilgisi edinmedeki rolü, özellikle genç nesil için giderek daha fazla artmaktadır. Ancak, internetin sunduğu bilgilerin doğruluğu konusunda bir belirsizlik olması, bireylerin güvenilir kaynaklara yönelmesinin önemini vurgulamaktadır. İnternetteki sağlık bilgileri, her ne kadar erişilebilir olsa da, denetimsiz olabileceği için yanlış bilgiye ulaşma riski de bulunmaktadır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, geleneksel bilgi kaynaklarının, özellikle Sağlık Bakanlığı rehberi gibi güvenilir ve bilimsel temele dayalı materyallerin, katılımcıların genel bilgi düzeyini önemli ölçüde artırmada daha etkili olduğunu göstermektedir. Bu da, sağlık eğitimi ve farkındalık artırma çalışmalarında geleneksel eğitim yöntemlerinin daha verimli olduğunu desteklemektedir. Ancak, dijital kaynakların ve uzaktan eğitim programlarının da etkileşimli ve uygulamalı bir şekilde tasarlanarak, katılımcıların bilgi edinme süreçlerini güçlendirmesi gerektiği söylenebilir. Sağlık Bakanlığı rehberleri gibi güvenilir kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılabilmesi için, uzaktan eğitim programlarının içeriğinin zenginleştirilmesi ve yüz yüze etkileşimlerin artırılması gerekmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma, GKD hakkında farkındalık yaratma ve eğitim stratejilerinin geliştirilmesinde, geleneksel eğitim yöntemlerinin ve bilimsel kaynakların öncelikli olarak kullanılması gerektiğini ortaya koymuştur. Ancak, dijital kaynakların ve uzaktan eğitim yöntemlerinin de doğru şekilde tasarlandığında önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Eğitim içeriklerinin, katılımcıların ihtiyaçlarına göre özelleştirilmesi, sağlık alanındaki bilgi edinme süreçlerinin daha verimli hale gelmesine olanak tanıyacaktır.

Çalışmamızda, katılımcıların Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) hakkında kendilerini yeterli görme derecesi ile genel bilgi puanı, tarama bilgi puanı ve toplam bilgi puanı arasında pozitif yönlü, düşük ile orta düzeyde bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, katılımcıların GKD hakkındaki algılarının bilgi düzeyleriyle ilişkili olduğunu ve bilgi arttıkça, kendilerini daha yeterli hissettiklerini göstermektedir. Ancak, korelasyonun düşük ile orta düzeyde olması, bilgi düzeyi ile kendini yeterli görme arasındaki ilişkinin güçlü olmadığına işaret etmektedir. Bu sonuç, GKD hakkında farkındalık ve eğitim programlarının daha etkili hale getirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, katılımcılara GKD taraması için provokatif olmayan testlerin (abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi, bacak uzunluk farkı) ne sıklıkla uygulandığı sorulduğunda, %65'i her zaman, %31'i bazen, %4'ü ise hiçbir zaman bu testleri uyguladıklarını belirtmiştir. Provokatif testler (Ortolani, Barlow) ise katılımcıların %34'ü tarafından her zaman, %55'i tarafından bazen, %11'i tarafından ise hiç uygulanmadığı ifade edilmiştir.

GKD provokatif olmayan testlerinin uygulanma sıklığı ile katılımcıların hekimlik geçmişi ve GKD'li hasta takip etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, GKD'li çocuk takip eden katılımcıların provokatif testleri her zaman yapma sıklığının, GKD'li çocuk takip etmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,024$). Bu bulgu, GKD konusunda daha fazla deneyime sahip olan hekimlerin bu testleri daha düzenli olarak uyguladıklarını göstermektedir.

Souza ve ark.'nın (65) çalışmasında, katılımcıların %20.9'u GKD tanısında kullanılan fizik muayene manevralarından habersiz olduklarını belirtilmiştir. Bu durum, dünya çapında GKD tanısında kullanılan manevralara yönelik bilgi eksikliğini ve farkındalık açığını göstermektedir. Suqaty ve ark.'nın (66) Suudi Arabistan'da gerçekleştirdiği çalışmada ise, 207 aile hekimi ve 203 pediatristin, Ortolani ve Barlow manevralarını uygulama konusunda özgüvenlerinin eksik olduğunu tespit etmiştir. Bu da klinik becerilerde özgüven eksikliğinin küresel bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Hemantha ve ark.'nın (63) Sri Lanka'da yaptığı çalışmada ise, katılımcıların %10'undan fazlasının Ortolani ve Barlow manevralarını nasıl yapacaklarını bilmediklerini, çoğunluğunun ise kalça instabilitesinin klinik belirtilerinden habersiz olduklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu, GKD taraması ve tanısında hekimlerin bilgi eksikliklerinin dünya genelinde yaygın olduğunu, ayrıca kalça instabilitesinin klinik bulgularına dair farkındalığın artırılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Bu bulgular, çalışma katılımcılarının büyük bir kısmının provokatif olmayan testleri (abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi, bacak uzunluk farkı) düzenli olarak uygulamadıklarını, provokatif testler (Ortolani, Barlow) için ise bu oranların çok daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Provokatif olmayan testleri her zaman uygulayanların oranı %65, provokatif testleri ise yalnızca %34'tür. Bu durum, GKD taramasının hekimlerin rutin pratiğine yeterince entegre edilmediğini ve bu nedenle erken tanı ve tedavi fırsatlarının kaçırılabileceğini düşündürmektedir. GKD'li çocuk takip eden katılımcıların, provokatif testleri her zaman yapma sıklığının, GKD'li çocuk takip etmeyenlere göre daha yüksek olması ($p<0,05$), deneyim ve farkındalığın bu testlerin uygulanmasında etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, bu bulgu da GKD taramasının tüm hekimler tarafından yeterli sıklıkta yapılmadığını ortaya koymaktadır.

Souza ve ark.'nın (65) Brezilya'daki çalışmasında, katılımcıların %20.9'unun fizik muayenede yapılan manevralardan habersiz olması, Suqaty ve ark.'nın (66) Suudi Arabistan'daki çalışmasındaki düşük güven oranları ve Hemantha ve ark.'nın (63) Sri Lanka'daki bulguları, dünya çapında GKD taramasına dair büyük bir bilgi eksikliğine işaret etmektedir. Özellikle Ortolani ve Barlow manevralarına yönelik bilgi eksikliği ve düşük güven, doğru GKD tanısının konması açısından ciddi bir risk teşkil etmektedir.

Elde edilen veriler, aile hekimlerinin GKD tanı ve tarama konularında bilgi ve beceri eksikliklerini giderebilmek için daha fazla eğitime ve pratik deneyime ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, GKD taraması konusunda daha kapsamlı bir eğitim programı oluşturulması, aile hekimlerinin bu konuda daha fazla farkındalık kazanmalarına yardımcı olacaktır. Eğitimlerin, özellikle Ortolani ve Barlow manevralarının doğru bir şekilde uygulanması ve erken tanının önemi üzerine yoğunlaşması gerektiği açıktır. Ayrıca, bu tür testlerin klinik uygulamada daha sık yer alması, erken tanı ve tedavi için büyük bir adım olabilir. GKD'yi erken tespit etmek ve tedavi etmek, uzun vadede kalça çıkığı gibi daha ciddi ortopedik sorunları önleyebilir ve dolayısıyla toplum sağlığına olumlu bir katkı sağlayabilir.

Son bir yıl içinde GKD hakkında hiç literatür okumayan bireylerin, tarama, tedavi ve toplam bilgi puanlarının, bir yıldan uzun süre önce okuyanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). GKD ön tanısı koyan ve hastasında bu durumu takip eden hekimlerin, son bir yıl içinde literatür okuma sıklığı, tanı koymayan veya hatırlamayanlara göre daha yüksekken, hiç literatür okumama oranları ise daha düşüktü. Bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlemlenmiştir ($p=0,016$). Ayrıca, son bir yıl içinde GKD hakkında literatür okuyanların, konuyla ilgili bilgi düzeylerini yeterli görme oranı, bir yıldan fazla süre önce okuyan ve hiç okumayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<0,01$). Souza ve ark.'nın (65) Brezilya'da gerçekleştirdiği çalışmada katılımcılara, konu hakkında en son ne zaman literatür okudukları sorulduğunda, %7.5'lik bir kesim hiç okumadığını belirtirken, pediatri uzmanları arasında bu oran %33.3'e kadar çıkmıştır.

Bu bulgular, sağlık profesyonellerinin sürekli eğitimlerinin ve literatür takibinin, klinik bilgi düzeylerini iyileştirmede önemli bir rol oynadığını göstermektedir. GKD konusunda literatür okuma sıklığının arttıkça, bilgilerin güncel ve doğru olma olasılığı artmakta, bu da daha etkili tanı ve tedavi süreçlerine yol açmaktadır. Özellikle, son bir yıl içinde literatür okuma oranının yüksek olduğu grupta, bilgi düzeyinin yeterli görülmesi ve daha güncel bilgilerle klinik kararların desteklenmesi, sağlık profesyonellerinin hasta bakımını iyileştirmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Souza ve ark.'nın (65) çalışması da literatür okuma alışkanlıklarının, uzmanlık alanına ve deneyime göre değişebileceğini ortaya koymaktadır. Pediatri uzmanlarının, literatür okumama oranının daha yüksek olması, sürekli eğitim ve literatür takibinin her uzmanlık alanında aynı derecede yaygın olmadığına işaret etmektedir. Bu durum, klinik eğitimde daha fazla teşvik edilmesi gereken bir alanı işaret etmekte olup, sağlık profesyonellerinin literatürle etkileşiminin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Sonuç olarak, sürekli literatür takibi ve

güncel bilgilerle hastalarla ilgili kararlar almak, hem klinik başarının artmasına hem de sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesine katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızda, Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Türkiye'deki görülme sıklığı sorulduğunda, katılımcıların %57,55'i doğru olarak 5-15/1000 yanıtını vermiştir. Hekimlerin %33,96'sı 0,1-5/1000, %8,49'u ise 15-25/1000 aralığını belirtmiş, 25-35/1000 ve 35-45/1000 seçeneklerini işaretleyen katılımcı olmamıştır. Türkiye'de GKD'nin görülme sıklığı ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda, klinik muayene, klinik muayene + radyolojik inceleme, ultrasonografi ile inceleme, ultrasonografi + radyolojik inceleme gibi farklı tanı yöntemlerine bağlı olarak değişik prevalans oranları bildirilmiştir (8, 14, 72-75). Bu farklılıkların temel sebebi, kullanılan tanı yöntemlerinin çeşitliliği ve her bir yöntemin avantajları ile sınırlamalarıdır. Örneğin, sadece klinik muayene, kalça displazisinin erken evrelerdeki vakalarını tespit etmekte zorluk yaşayabilirken, ultrasonografi gibi daha hassas görüntüleme yöntemleri, kalça displazisinin daha ince detaylarını ortaya koyarak prevalansı daha yüksek gösterebilir. Ayrıca, çalışmalar arasında coğrafi farklılıklar, demografik özellikler ve örneklem büyüklükleri gibi faktörler de prevalans oranlarının çeşitlenmesine yol açmaktadır. Bu nedenle, her bir çalışma, kullanılan tanı yöntemleri ve araştırılan popülasyonun özel koşullarına göre farklı sonuçlar elde edebilmiştir. Türkiye'de GKD'nin görülme sıklığının 5-15/1000 canlı doğum arasında olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki nüfus artış hızı göz önünde bulundurulduğunda, her yıl tedavi edilmediği takdirde sakat kalma riski taşıyan yaklaşık 14-18 bin yenidoğan olduğu öngörülmektedir (6).

Çalışmamızda katılımcılara GKD risk faktörleri sorulduğunda, en fazla bilinen risk faktörleri sırasıyla; %86,8 aile öyküsü, %82 makat doğum, %78,3 kundak uygulaması ve %66 ilk doğan bebek olarak belirlenmiştir. En az bilinen risk faktörleri ise %9,4 ile infantil skolyoz ve %22,6 ile tortikollis olarak gözlemlenmiştir. GKD risk faktörü olmayan durumlar arasında ise en çok bilinenler %92,4 ile siyah ırk ve %86,8 ile erkek cinsiyet olmuştur. Külcü ve ark.'nın (64) çalışmasında, aile öyküsü, kundaklama, makat doğum, kız cinsiyeti ve oligohidramnios gibi risk faktörlerinin hekimlerin %70'inden fazlası tarafından bilindiği, buna karşın metatarsus adduktus, Larsen sendromu ve konjenital diz çıkığı gibi diğer risk faktörlerinin ise %10'dan daha az bir oranda bilindiği tespit edilmiş. Souza ve ark.'nın (65) gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcılar arasında en çok bilinen risk faktörleri sırasıyla makat doğum (%65), cinsiyet (%43) ve aile öyküsü (%33) olduğu görülmüş, en az bilinen risk faktörünün ise tortikollis (%9,7) olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, GKD risk faktörleri hakkında en fazla bilinen faktörlerin aile öyküsü, makat doğum, kundak uygulaması ve ilk doğan bebek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu olup (64, 65), GKD ile ilişkilendirilen yaygın risk faktörlerinin sağlık profesyonelleri tarafından genel olarak iyi bilindiğini göstermektedir. Külcü ve ark.'nın (64) çalışmasında olduğu gibi, aile öyküsü, makat doğum ve kundaklama gibi risk faktörleri %70'ten fazla oranda doğru tanınırken, metatarsus adduktus, Larsen sendromu ve konjenital diz çıkığı gibi nadir görülen risk faktörlerinin fark edilme oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Souza ve ark.'nın (65) çalışmasında da tortikollis gibi daha az bilinen risk faktörlerinin düşük oranlarda tanındığı saptanmıştır. Bu durum, eğitimdeki eksikliklerin ve nadir risk faktörlerine dair farkındalık eksikliğinin erken tanı ve müdahaleyi olumsuz yönde etkileyebileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular, sağlık profesyonellerine yönelik daha kapsamlı eğitim programlarının ve farkındalık artırıcı stratejilerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

GKD'nin etiyopatogenezinde genetik, mekanik ve çevresel etmenlerin kombinasyonu nedeniyle multifaktöriyel bir yapı olduğu bilinmektedir (76). GKD risk faktörleri arasında makat doğum, oligohidramnios, kız cinsiyet, kundaklama, aile öyküsü, çoğul gebelik, sol kalça, ayak deformiteleri, tortikollis, beyaz ırk, ilk doğan bebek, infantil skolyoz, yüksek doğum kilosu, hiperlaksite, doğumda kalça instabilitesi ve genetik yatkınlık yer almaktadır (6, 16).

Hundt ve ark.'nın (16) 1.494.387 çocuk üzerinde yaptığı metaanaliz çalışmasında, pozitif aile öyküsünün riski 4.8 kat, makat doğumun 5.7 kat, kız cinsiyetinin 3.8 kat ve pozitif muayene bulgularının ise 8.6 kat artırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca, düşük doğum ağırlığının koruyucu bir faktör olduğu belirlenmiştir. Kutlu ve ark.'nın (14), GKD ile kundaklama ilişkisini incelediği 3-24 aylık 4.173 bebek üzerinde yaptığı çalışmada, GKD ile kundaklama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Uslu ve ark.'nın (77) İstanbul'da bir üçüncü basamak hastanede gerçekleştirdiği çalışmada, risk faktörü (makat geliş, aile öyküsü ve fizik muayene bulgusu) bulunan 123 yenidoğan ile herhangi bir risk faktörü taşımayan 150 yenidoğan karşılaştırılmıştır. Bebeklerin ilk 7 günü içinde kalça ultrasonografisi (USG) ile değerlendirilmiş ve riskli grupta %25,2, risksiz kontrol grubunda ise %9,9 oranında kalça immatüritesi saptanmıştır. Riskli grupta %5,29 oranında GKD tespit edilirken, risksiz grupta kalça displazisi görülmemiştir. Ömeroğlu ve ark.'nın (78) 150 bebek üzerinde yaptığı çalışmada ise, GKD risk faktörleri taşıyan bebeklerde hastalık görülme oranının %28,1, risk faktörü taşımayan bebeklerde ise %8,1 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, fizik muayene bulguları normal olan bebeklerde GKD oranı %2,5 iken, anormal bulgulara sahip bebeklerde %46,7 olarak saptanmıştır. Hem risk faktörü hem de

anormal fizik muayene bulguları bulunan bebeklerde ise GKD görülme oranı en yüksek seviyede, %58,6 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda kalça çıkığından korunma yolları sorgulandığında, katılımcıların %90,5'i kundaktan kaçınmayı doğru yöntem olarak belirtirken, %16'sı yanlış seçenek olan çift ara bezi kullanımını işaretlemiştir. GKD'den korunma veya GKD tedavisinde çift ara bezi kullanımının yeri yoktur(6, 64). GKD oluşumunda en önemli çevresel etmenin kundak uygulaması olduğu kabul edilebilir. Katılımcıların yüksek bir kısmının kundak uygulaması konusunda bilince sahip olması yüz güldürücüdür. Ancak eski bir inanış olan çift ara bezi uygulamasının hala koruyucu olduğunu düşünen katılımcıların varlığı bu konu hakkında eğitimlerin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu durum, aile hekimlerinin güncel bilimsel veriler ışığında daha kapsamlı eğitimlere ve rehber dokümanlara erişimini artırmanın önemini ortaya koymaktadır.

Aile hekimleri, ebeveynlerin GKD konusunda bilinçlendirilmesinde kilit bir role sahip olduğundan, eğitim programlarının güncellenmesi ve rehber dokümanların daha etkili hale getirilmesi gerekmektedir.

GKD tanısında kalça ultrasonografisi için en uygun zamanın 4-6 hafta arası olduğunu belirten doğru seçeneği katılımcıların %50'si seçmiştir. Düz radyografinin altın standart olarak kullanıldığı dönemin 6 aydan sonrası olduğunu doğru bilen katılımcı oranı ise %44,3'tür.

Sağlık Bakanlığı'nın GKD tanısında ultrasonografi taramasını yalnızca risk grubundaki bebeklere önermesine rağmen, katılımcıların yalnızca %27,4'ü bu bilgiyi doğru bilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%60,4) ise her bebeğe en az bir kez ultrasonografi yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bulgularımız, katılımcıların yarısının kalça ultrasonografisi için en uygun zaman aralığını (4-6 hafta) doğru bildiğini göstermektedir. Bu oran, klinik pratiğin önemli bir bileşeni olan tanı sürecinde bilgi düzeyinin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Düz radyografi kullanımına yönelik bilgiler incelendiğinde, katılımcıların %44,3'ünün altın standart kullanım dönemini (6 aydan sonrası) doğru bilmesi, bu konuda da bilgi eksikliğinin bulunduğunu göstermektedir. Erken tanı ve uygun yönlendirme açısından bu oranların artırılması gerektiği söylenebilir. Sağlık Bakanlığı'nın yalnızca risk grubundaki bebeklere ultrasonografi taraması yapılması gerektiği yönündeki önerisi, katılımcıların yalnızca %27,4'ü tarafından doğru bilinmiştir. Buna karşın, katılımcıların büyük bir kısmı (%60,4) her bebeğe en az bir kez ultrasonografi yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bu bulgu, mevcut tarama önerilerinin yeterince bilinmediğini ve hekimlerin uygulamalarında gereksiz görüntüleme kullanımına yönelebileceğini düşündürmektedir. Gereksiz görüntüleme hem maliyetleri artırabilir hem de sağlık sistemine ek bir yük getirebilir.

Bu veriler, aile hekimlerine yönelik GKD tanısı ve tarama protokolleri hakkında daha kapsamlı eğitimlerin düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Eğitim programlarıyla tanı süreçlerine ilişkin güncel ve kanıta dayalı bilgilerin paylaşılması, doğru tanı oranlarının artırılmasına ve gereksiz görüntüleme kullanımının önlenmesine katkı sağlayabilir.

GKD taramasında USG sonucunun Graf tip 1 olarak gelmesi, kalçaların matürasyonunu normal olarak tamamladığını ve herhangi bir izlem ya da tedaviye gerek olmadığını belirtmektedir (43). Katılımcılara GKD taramasında USG sonucunun Graf tip 1 olarak gelmesi sorulduğunda, %70,7'si doğru cevap olan 'Aileye çocuğunun sağlıklı olduğu konusunda bilgilendirme yaparım.' seçeneğini işaretlemiştir. Bu durum, katılımcıların Graf tip 1 sonucu hakkında bilgi sahibi olduklarını ve bu bilgiyi ailelere doğru bir şekilde aktarma yetkinliğine sahip olduklarını göstermektedir. Bu yüksek oran, aile hekimlerinin GKD ön tanısı koymada ve sonuçları yorumlamada genellikle doğru bir yaklaşım sergilediğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, 'GKD tedavisiyle ilgili aşağıdakilerden hangileri doğrudur?' sorusuna katılımcıların %89,6'sı, 'Doğum sonrası ilk 3 ay tanı ve tedavinin en etkin uygulanabileceği zaman aralığıdır.'; %67'si ise, 'GKD'nin tedavisinde ilk 6 ayda en etkin tedavi yöntemi Pavlik bandaj uygulamasıdır.' şeklinde doğru yanıt vermiştir. Ayrıca, katılımcıların %94,3'ü, 'Yürümeye başladıktan sonra tanı alan hastalarda geç kalınmıştır. GKD tedavi edilemez.' ifadesinin yanlış olduğunu fark etmiştir. Bu bulgular, katılımcıların GKD tedavisi ile ilgili temel bilgilere sahip olduklarını ve erken tanı ile tedavi sürecinin önemini doğru bir şekilde kavradıklarını göstermektedir. Doğum sonrası ilk 3 ayın, tedavi için kritik bir dönem olduğu ve Pavlik bandajının ilk 6 ayda etkili bir tedavi yöntemi olduğuna dair bilgilerin büyük bir oranla doğru yanıtlanması, aile hekimlerinin bu alandaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, yürümeye başladıktan sonra tanı alan hastalarla ilgili yanlış inançların fark edilmesi, katılımcıların GKD tedavisinin geç kalınmadan başarılı bir şekilde yapılabileceğine dair doğru bir anlayışa sahip olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda, 'GKD tedavisinde Pavlik bandajı uygulamasıyla ilgili hangileri doğrudur?' sorusuna katılımcıların %75,5'i, 'İlk 6 ayda kullanılan en etkili yöntemdir.'; %59,4'ü ise, '3-4 haftalık aralıklarla ultrasonografik veya radyolojik olarak bandaj tedavisi değerlendirilmelidir.' şeklinde doğru yanıt vermiştir. En az bilinen yanıtlardan biri olan 'Femoral sinir felci görülen komplikasyonlardan biridir.' seçeneğini katılımcıların yalnızca %17'si doğru yanıtlamış, ayrıca displazik kalçada 3-4 haftalık Pavlik bandajı tedavisinde olumlu cevap vermeyen hastalarda tedavinin sonlandırıldığının farkında olan katılımcı oranı yalnızca %17,9 olarak saptanmıştır. Tedavi Graf Tip 2 kalça olması halinde sonlandırılmaktadır.' ve 'Pavlik bandaj uygulamasında her iki kalça ekstansiyon ve abdüksiyon

pozisyonunda tutulur.' seçeneklerinin yanlış olduğunun sırasıyla katılımcıların %96,2 ve %62,3'ünün farkında oldukları saptanmıştır. Bu bulgular, aile hekimlerinin Pavlik bandajı uygulamasına dair bazı temel bilgilerde oldukça yüksek bir farkındalığa sahip olduklarını gösterirken, özellikle tedavi sürecindeki komplikasyonlar ve tedaviye ilişkin daha ayrıntılı bilgilere yönelik farkındalık eksikliklerini de ortaya koymaktadır. Femoral sinir felci gibi komplikasyonların düşük farkındalık oranı ve tedavi sürecindeki adımlara dair bilgi eksiklikleri, aile hekimlerinin GKD tedavisiyle ilgili daha derinlemesine eğitim ihtiyaçlarını işaret etmektedir.

GKD tedavisinde en yaygın bilinen komplikasyonlar arasında, katılımcıların %64,1'inin doğru yanıtladığı 'yeniden çıkık' ve %59,4'ünün bildiği 'Avasküler nekroz' yer almaktadır. Buna karşın, %13,2 ile 'Koksa vara deformitesi' ve %28,3 ile 'Osteoartrit' en az doğru yanıtlanan komplikasyonlar olmuştur. Öte yandan, en fazla yanlış işaretlenen seçenek, katılımcıların %58,5'inin doğru olduğunu düşündüğü ancak GKD tedavisinde komplikasyon olarak kabul edilmeyen 'Yürüme yaşında gecikme'dir. Bu bulgular, GKD tedavisinde komplikasyonlara yönelik bilgi düzeyinin zaman içinde değiştiğini ve güncellenmesi gerektiğini göstermektedir. Katılımcıların büyük bir kısmının 'Yeniden çıkık' ve 'Avasküler nekroz' gibi komplikasyonları doğru bilmesi, bu konuların eğitim ve klinik uygulamalarda daha fazla vurgulandığını düşündürmektedir. Buna karşın, 'Koksa vara deformitesi' ve 'Osteoartrit' gibi komplikasyonların daha az doğru yanıtlanması, bu konularda bilgi eksikliğinin olabileceğini göstermektedir. Özellikle 'Yürüme yaşında gecikme' seçeneğinin en sık yanlış işaretlenen komplikasyon olması dikkat çekicidir. Geçmişte GKD'nin yürüme yaşında gecikmeye neden olabileceği düşünülse de, günümüzde bu görüşün değiştiği bilinmektedir. Ancak, çalışmamızda katılımcıların %58,5'inin bu bilgiyi hâlâ doğru kabul etmesi, tıp eğitiminde güncel bilgilerin yeterince vurgulanmadığını düşündürmektedir. Bu durum, hekimlerin eski bilgilerle hareket edebileceğini ve mevcut bilimsel verilerin klinik pratiğe yeterince yansıtılmadığını göstermektedir.

Bu sonuçlar, aile hekimlerinin GKD tedavisi ile ilişkili bazı yaygın komplikasyonlar hakkında görece daha yüksek farkındalığa sahip olduğunu, ancak uzun vadeli veya daha az belirgin komplikasyonlar konusunda bilgi eksiklikleri olabileceğini göstermektedir. Elde edilen veriler, GKD'ye yönelik tıp eğitiminde daha dengeli ve kapsamlı bir yaklaşım benimsenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Eğitim programlarının, yalnızca yaygın komplikasyonlara değil, aynı zamanda daha az bilinen ancak önemli sonuçlar doğurabilen komplikasyonlara da odaklanacak şekilde güncellenmesi faydalı olabilir. Böylece hekimlerin GKD tedavisinin tüm komplikasyonlarını daha iyi kavraması ve hasta yönetiminde daha bilinçli kararlar alması sağlanabilir.

Çalışmamızda, tedavi edilmeyen GKD'nin ilerleyen dönemlerde yol açabileceği komplikasyonlara yönelik aile hekimlerinin bilgi düzeyi değerlendirildiğinde, en yüksek doğruluk oranına sahip yanıtlar sırasıyla; %90,6 ile 'Yürüyüşte kısıtlılık', %88,7 ile 'Ağrı' ve %85 ile 'Günlük işlevlerde bozulma' olmuştur. Buna karşılık, en düşük doğruluk oranına sahip yanıtın 'Skolyoz' olduğu ve yalnızca katılımcıların %45,3'ü tarafından doğru olarak belirtildiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların %68'inin 'Spastisite'nin ve %57,5'inin 'Kırık riski'nin tedavisiz GKD ile ilişkili olmadığının farkında olduğu görülmüştür.

Bu bulgular, aile hekimlerinin bazı yaygın komplikasyonlar konusunda yüksek farkındalığa sahip olduğunu, ancak özellikle skolyoz gibi bazı uzun vadeli sonuçlar hakkında bilgi eksiklikleri olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, aile hekimlerinin GKD ön tanısı koymuş olma durumu, GKD'li çocukları takip etme durumu, aile hekimliği süresi ve çalışma statüsü ile GKD bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, Külcü ve ark.'nın (64) yaptığı çalışmada da, 39 pediatri asistanı ve 21 pediatri uzman hekimi arasında asistanlık süresi ve uzmanlık süresi ile GKD bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, tedavi bilgisi ve farkındalığın yalnızca yaş ve deneyimle değil, sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ve sürekli mesleki gelişimle de doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. GKD, temel tıp eğitiminin kapsamında yer alan bir konu olmakla birlikte, uygulama konusunda bu eğitimin her zaman yeterli düzeyde ve kapsamlı şekilde verilmediği görülmektedir. Hekimlerin yalnızca farkındalık düzeyinde bilgi sahibi olmasının yeterli olmadığı; bu alanın temel tıp eğitimi sürecinde daha kapsamlı ve uygulamaya yönelik şekilde ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Ek eğitimlere katılımın bilgi ve uygulama becerilerini artırması, temel eğitimin yeniden değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca, hekimlerin bilgi ve uygulama yetkinliklerinin düzenli olarak ölçülmesi, eksikliklerin tespiti ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Araştırmamız, Sağlık Bakanlığı gibi kurumsal kaynaklardan sağlanan geleneksel yüz yüze eğitimlerin, uzaktan eğitime göre daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Provokatif testlerin düşük oranlarda uygulanması, GKD taramasının rutin uygulamalara tam entegre olmadığını göstermektedir. Bu durum, erken tanı ve tedavide fırsatların kaçırılmasına yol açabilir.

Aile hekimlerinin özellikle Ortolani ve Barlow manevraları gibi önemli uygulamalarda kapsamlı eğitime ihtiyacı bulunmaktadır. Ayrıca, sürekli literatür takibi, klinik kararların güncel ve kanıta dayalı olmasını sağlayarak hasta bakım kalitesini artırırken, gereksiz görüntülemelerin önlenmesi sağlık hizmetlerinde etkinlik ve hasta güvenliğini desteklemektedir. Son olarak, bazı uzun vadeli komplikasyonlar hakkında bilgi eksiklikleri gözlenmiş olup, eğitim programlarının bu alanları da kapsaması gerekmektedir.

SONUÇLAR

Edirne ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin GKD konusundaki bilgi düzeylerini ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamızda, aile hekimlerinin genel olarak GKD konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir. Aile hekimlerinin büyük bir kısmının GKD'nin tanımı, risk faktörleri, muayene bulguları, tarama yöntemleri ve tedavisi konusunda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır.
2. Aile hekimleri arasında GKD ile ilgili bilgi düzeyinde farklılık yaratan faktörler; kliniğinde taranan bebek sayısının fazlalığı, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet içi eğitimine katılım, Sağlık Bakanlığı rehberlerini kaynak olarak kullanma, GKD hakkında bilgi düzeyini yeterli görme ve literatür okuma gibi değişkenlerle ilişkili bulunmuştur.
3. Orta yaş grubundaki hekimlerin GKD konusunda daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bilgi ve farkındalığın yalnızca yaş ve mesleki deneyimle sınırlı kalmayıp, eğitim süreçleri ve bilimsel gelişmelere açıklıkla da yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, hekimlerin düzenli hizmet içi eğitim programlarına katılımının teşvik edilmesi; bilgi düzeylerinin artırılması ve hasta yönetiminin iyileştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

4. Çalışmamızda, katılımcıların önemli bir kısmının hâlâ çift ara bezi kullanımının GKD'yi önlediğine dair eski bir inanışa sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, aile hekimlerinin güncel bilimsel verilere erişiminin artırılması gerektiğini göstermektedir. Eğitim programlarının çeşitlendirilmesi ve rehber dokümanların daha erişilebilir hale getirilmesi, doğru bilgiye ulaşımı ve kanıta dayalı uygulamaları destekleyecektir.
5. Sağlık Bakanlığı'nın GKD tarama programı seçici tarama esasına dayanmasına rağmen, çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğu evrensel taramanın daha uygun olacağını düşünmektedir.
6. Çalışmamızda, Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitimlerinin hekimlerin GKD bilgi düzeyini anlamlı şekilde artırdığı, ancak uzaktan eğitimlerin aynı etkiyi göstermediği tespit edilmiştir. Bu nedenle, uzaktan eğitimlerin daha etkileşimli ve kapsamlı hale getirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
7. Çalışmamızda, hekimlerin GKD taramasında provokatif ve provokatif olmayan testleri düzenli uygulama oranlarının düşük olduğu ve bunun erken tanı fırsatlarını sınırlayabileceği görülmüştür. Ayrıca, GKD'li çocukları takip eden hekimlerin testleri daha sık kullanması, deneyim ve farkındalığın önemini göstermektedir. Bu bulgular, GKD taramalarının rutin pratiğe daha iyi entegre edilmesi ve farkındalığın artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.
8. Çalışmamızda, GKD oluşumunda önemli bir çevresel risk faktörü olarak kabul edilen kundak uygulaması hakkında katılımcıların büyük bir kısmının bilinçli olduğu saptanmış ve bu farkındalık seviyesi olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

ÖZET

Gelişimsel kalça displazisi, doğum öncesinde normal gelişen kalça ekleminin çeşitli faktörler nedeniyle anatomik ilişkisinin bozulduğu dinamik bir hastalıktır. Erken teşhis edilmediğinde ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu araştırmada, Edirne'de aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin gelişimsel kalça displazisi konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları değerlendirilmiştir.

Çalışma, 01.06.2024 - 31.08.2024 tarihleri arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan 135 aile hekiminden çalışmaya katılmayı kabul eden 106 aile hekimi ile yürütülmüştür. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, bilgi düzeylerini ve tutumlarını değerlendiren 41 sorudan oluşmaktadır.

Katılımcıların genel bilgi puanı ortalaması 19,93 (±3,78), tarama bilgi puanı 9,77 (±2,47), tedavi bilgi puanı 19,36 (±3,22) ve toplam bilgi puanı 49,07 (±7,5) olarak bulunmuştur. Aile hekimliği süresi, çalışma statüsü ve gelişimsel kalça displazili çocukları takip etme durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak, kliniğinde daha fazla bebek tarayan ($p=0,013$), Sağlık Bakanlığı'nın hizmet içi eğitimlerine katılan ($p=0,042$), rehberlerini kullanan ($p=0,002$), literatür okuyan ($p<0,001$) ve bilgisini yeterli gören ($p=0,001$) hekimlerin bilgi düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar, aile hekimlerinin gelişimsel kalça displazisi konusundaki bilgi düzeyinin yeterli olduğunu, ancak güncel bilimsel verilere erişimin artırılması gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda, hekimlerin düzenli eğitimlerle desteklenmesi, rehber dokümanların erişilebilirliğinin artırılması ve kanıta dayalı uygulamalara teşvik edilmesi önerilmektedir. Aile hekimleri, gelişimsel kalça displazisinin erken teşhisinde ve yönlendirilmesinde kritik bir role sahiptir. Bu nedenle, tarama ve takip süreçlerinin daha etkin hale getirilmesi, hastalığın erken tanısını ve tedavisini kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: gelişimsel kalça displazisi, aile hekimliği, bilgi düzeyi, tutum

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PHYSICIANS WORKING IN FAMILY HEALTH CENTERS IN EDİRNE PROVINCE REGARDING THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HİP

SUMMARY

Developmental dysplasia of the hip is a dynamic disorder in which the anatomical relationship between the femoral head and the acetabulum is disrupted due to various factors, despite normal prenatal development of the hip joint. If not diagnosed early, developmental dysplasia of the hip can lead to severe health complications. This study aims to assess the knowledge levels and attitudes of physicians working in family health centers in Edirne regarding developmental dysplasia of the hip.

The study was conducted between June 1, 2024, and August 31, 2024, with 106 family physicians who agreed to participate from among 135 working in primary healthcare services. A questionnaire developed by the researchers was used to collect data on participants' sociodemographic characteristics, knowledge levels, and attitudes.

The mean general knowledge score of the participants was 19.93 (±3.78), the screening knowledge score was 9.77 (±2.47), the treatment knowledge score was 19.36 (±3.22), and the total knowledge score was 49.07 (±7.5). No statistically significant relationship was found between knowledge level and factors such as years of experience in family medicine, employment status, or follow-up of children with developmental dysplasia of the hip.

However, physicians who screened a higher number of infants ($p=0.013$), participated in in-service training programs provided by the Ministry of Health ($p=0.042$), used ministry guidelines as a reference ($p=0.002$), considered their knowledge sufficient ($p=0.001$), and read scientific literature on the topic ($p<0.001$) had significantly higher knowledge levels.

The findings indicate that although family physicians have an adequate level of knowledge about developmental dysplasia of the hip, access to up-to-date scientific data should be improved. In this regard, diversifying educational programs, enhancing the accessibility of guideline documents, and promoting evidence-based practices are recommended. Family physicians play a crucial role in the early diagnosis and management of developmental dysplasia of the hip. Therefore, improving screening and follow-up procedures can facilitate early detection and treatment, ultimately preventing long-term complications associated with the disease.

Keywords: developmental dysplasia of the hip, family practice, knowledge, attitude

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı. Gelişimsel kalça displazisi ve tarama program (Erişim tarihi: 19.03.2024). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi db/Dokumanlar/Egitim_Dokumanlari/Saglik_Personeli/GKD_1._Ders.pdf

2. Klisic PJ. Congenital dislocation of the hip--a misleading term: brief report. Bone Joint J 1989;71(1):136.

3. Barlow T. Treatment of congenital dislocation of the hip in the newborn: early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. Proc R Soc Med 1963.

4. Bialik V, Bialik G, Wiener F. Prevention of overtreatment of neonatal hip dysplasia by the use of ultrasonography. J Pediatr Orthop B 1998;7(1):39-42.

5. Herring JA. Tachdjian's pediatric orthopedics. Philadelphia: Elsevier; 2008. p.637-770.

6. Köse N, Ömeroğlu H, Dağlar B. Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı 2013 (Erişim tarihi: 21.03.2024). Erişim adresi: https//hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/GKD_Rehberi.pdf.

7. Ömeroğlu H, Tümer Y. Kalçanın sık görülen hastalıkları. Çullu E (Ed). Çocuk Ortopedisi. İstanbul: Bayçınar Tıbbi Yayıncılık 2012. s.149-87.

8. Bayındır Ş. Tanış Z. Boş batın filmlerinde tesadüfen karşılaşılan doğuştan kalça çıkığı ve diğer kalça patolojileri. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni 1970;3:220-31.

9. Doğruel H, Atalar H, Yavuz OY, Uraş İ, Günay C, Şaylı U. Türkiye'de gelişimsel kalça displazisi sıklığının ve tarama programlarının değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(3):357-60.

10. Ertürk C, Altay MA, Yarimpapuç R, Koruk I, Işikan UE. One-stage treatment of developmental dysplasia of the hip in untreated children from two to five years old. A comparative study. Acta Orthop Belg 2011;77(4):464.

11. Ponseti I. Growth and development of the acetabulum in the normal child. Anatomical, histological, and roentgenographic studies. JBJS 1978;60(5):575-85.

12. Elfeky M. Developmental dysplasia of the hip. 2019 (Erişim tarihi: 13.12.2024). Erişim adresi: https://radiopaedia.org/cases/developmental-dysplasia-of-the-hip-neglected

13. Editorial: Developmental dysplasia of the hip (Erişim tarihi: 13.12.2024). Erişim adresi: https://www.orthopaedia.com/developmental-dysplasia-of-the-hip/

14. Kutlu A, Memik R, Mutlu M, Kutlu R, Arslan A. Congenital dislocation of the hip and its relation to swaddling used in Turkey. Journal of Pediatric Orthopaedics 1992;12(5):598-602.

15. Bakarman K, Alsiddiky AM, Zamzam M, Alzain KO, Alhuzaimi FS, Rafiq Z. Developmental dysplasia of the hip (DDH): etiology, diagnosis, and management. Cureus 2023;15(8).

16. De Hundt M, Vlemmix F, Bais J, Hutton E, De Groot C, Mol B, et al. Risk factors for developmental dysplasia of the hip: a meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;165(1):8-17.

17. Dormans JP. Developmental Dysplasia of the Hip. In: Kliegman R (Ed.). Textbook of pediatrics. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.3274-8.

18. Filipe G, Carlioz H. Use of the Pavlik harness in treating congenital dislocation of the hip. J Pediatr Orthop 1982;2(4):357-62.

19. Tachdjian M. Congenital Deformities. In: Tachdjian M (Ed). Pediatric Orthopedics. Chicago: Saunders Company; 1990. p.297-549.

20. McKibbin B. Anatomical factors in the stability of the hip joint in the newborn. Bone Joint J 1970;52(1):148-59.

21. Ege R. DKÇ'de belirtiler ve bulgular. In: Ege R (Ed.). Kalça cerrahisi ve sorunları. Ankara: THK Basımevi; 1994. p.217-35.

22. Woodacre T, Ball T, Cox P. Epidemiology of developmental dysplasia of the hip within the UK: refining the risk factors. J Child Orthop 2016;10(6):633-42.

23. Beaty JH. Congenital and developmental anomalies of the hip and pelvis. In: Canale ST, Beaty JH (Eds). Campbell's operative orthopaedics 11th edition. Philadelphia: Elsevier; 2008. p.1180-229.

24. Perry D, Tawfiq S, Roche A, Shariff R, Garg N, James L, et al. The association between clubfoot and developmental dysplasia of the hip. Bone Joint J 2010;92(11):1586-8.

25. Tachdjian M. Clinical pediatric orthopedics. In: Tachdjian M (Ed). The art of diagnosis and principles of management. Stamford: Appleton & Lange; 1997. p.168-91.

26. Vaidya S, Aroojis A, Mehta R. Developmental dysplasia of hip and post-natal positioning: role of swaddling and baby-wearing. Indian J Orthop 2021:1-7.

27. Lipton EL, Steinschneider A, Richmond JB. Swaddling, a child care practice: Historical, cultural, and experimental observations. Pediatrics 1965;35(3):521-67.

28. Van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM, Kuis W, Schulpen TW, L'Hoir MP. Swaddling: a systematic review. Pediatrics 2007;120(4):e1097-e106.

29. Tachdjian M. Treatment of hip dysplasia in the older child and adolescents: Factors in decision making. In: Tachdjian M. (Ed). Congenital Dislocation of the Hip. New York: Churchill Livingstone; 1982. p.625–646.

30. Tönnis D. Congenital dysplasia and dislocation of the hip in children and adults. Berlin: Springer Heidelberg; 1987. p.11-385.

31. Weinstein SL. Developmental hip dysplasia and dislocation. In: Morrissy RT, Weinstein SL (Eds). Lovell and Winter's pediatric orthopaedics Vol.2. 5th ed. Philedelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p.905-56.

32. Erturk C. Short-term results of Pemberton pericapsular osteotomy for the treatment of developmental dysplasia of the hip. Jt Dis Relat Surg 2008;19(1):13-7.

33. Nandhagopal T, Tiwari V, De Cicco FL. Developmental dysplasia of the hip. StatPearls Publ; 2024.

34. Bilgen S, Sarısözen B. Gelişlimsel Kalça Displazisi. Güncel Pediatri; 2005. s.18-21.

35. Herring JA. Developmental Dysplasia of the Hip. Tachdjian Pediatric Orthopedics Vol.1. 3th ed. Philadelphia: WB. Saunders Company; 2002. p.513–704.

36. Qasımov E. Bud-çanak oynağı displaziyası nedir, formaları ve müalicesi. 2020 (Erişim tarihi: 10.01.2025). Erişim adresi: https://elvizgasimov.com/bud-canaq-displaziyasi-nedir-formalari-ve-mualicesi.

37. Reinhard G. Gelişimsel kalça displazisinde ultrasonografi. Acta Orthop Traumatol Turc 2007;41(1):6-13.

38. Dezateux C, Rosendahl K. Developmental dysplasia of the hip. The Lancet. 2007;369(9572):1541-52.

39. İC T. Yenidoğan kalça ultrasonografisinin değerlendirilmesi. Totbid Dergisi 2004;3:3-4.

40. Ömeroğlu H. Use of ultrasonography in developmental dysplasia of the hip. J Child Orthop 2014;8(2):105-13.

41. Graf R. Classification of hip joint dysplasia by means of sonography. Arch Orthop Trauma Surg 1984;102:248-55.

42. Graf R, Wilson B. Sonography of the Infant Hip and its Therapeutic Implications. Weinheim: Chapman&Hall; 1995. p.19-85.

43. Bakırcıoğlu S, Yorulmaz M, Ömeroğlu H. Gelişimsel kalça displazisi: Tedavi planlamasında radyolojik göstergeler. Totbid Dergisi 2024;23:97-103.

44. Woolacott NF, Puhan MA, Steurer J, Kleijnen J. Ultrasonography in screening for developmental dysplasia of the hip in newborns: systematic review. BMJ 2005;330(7505):1413.

45. Mahan ST, Katz JN, Kim YJ. To screen or not to screen? A decision analysis of the utility of screening for developmental dysplasia of the hip. JBJS 2009;91(7):1705-19.

46. Barrera CA, Cohen SA, Sankar WN, Ho-Fung VM, Sze RW, Nguyen JC. Imaging of developmental dysplasia of the hip: ultrasound, radiography and magnetic resonance imaging. Pediatric Radiology. 2019;49:1652-68.

47. Ertürk C, Altay MA, Isikan UE. A radiological comparison of Salter and Pemberton osteotomies to improve acetabular deformations in developmental dysplasia of the hip. J Pediatr Orthop B 2013;22(6):527-32.

48. İncesu M, Songür M, Sonar M, Uğur GS. Çocuklarda kalça radyografisinin değerlendirilmesi. Totbid Dergisi 2013;12(1):54-61.

49. Sharp IK. Acetabular dysplasia: the acetabular angle. Bone Joint J 1961;43(2):268-72.

50. Ayanoğlu S. 6–18 ay arası çocuklarda gelişimsel kalça displazisi ve tedavisi. Totbid Dergisi 2014;13:403-11.

51. Jones GT, Schoenecker PL, Dias LS. Developmental hip dysplasia potentiated by inappropriate use of the Pavlik harness. J Pediatr Orthop 1992;12(6):722-6.

52. Weinstein SL. Developmental hip dysplasia and dislocation. In: Morrissy RT, Weinstein SL (Eds). Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics Vol.1. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.1007-8.

53. Ayas MS. Gelişimsel Kalça Displazisi. Atay T (Ed.). Pediatrik Ortopedi-Pediatrik Kalça. İstanbul: Derman Tıbbi Yayıncılık; 2015. s.393-400.

54. Loma Linda University Childrens's Hospital (USA). Developmental Dysplasia Of The Hip. California: Hospital (Erişim tarihi: 16.01.2025). Erişim adresi: https://lluch.org/conditions/developmental-dysplasia-of-hip.

55. Connolly P, Weinstein SL. The course and treatment of avascular necrosis of the femoral head in developmental dysplasia of the hip. Acta Orthop Traumatol Turc 2007;41 Suppl 1:54-9.

56. St George J, Kulkarni V, Bellemore M, Little DG, Birke O. Importance of early diagnosis for developmental dysplasia of the hip: a 5-Year radiological outcome study comparing the effect of early and late diagnosis. J Paediatr Child Health 2021;57(1):41-5.

57. Sağlık Bakanlığı. GKD Tarama Programı Genelgesi 2013/. 2013 (Erişim tarihi: 01.02.2025). Erişim adresi: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/9445/0/gkdgenelge201304pdf.pdf

58. Sağlık Bakanlığı. GKD Tarama Programı Genelgesi 2019/13. 2019 (Erişim tarihi: 01.02.2025). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genelgeler/2019-13_Gelisimsel_Kalca_Displazisi_Tarama_Programi_Genelgesi.pdf.

59. Şen M, Kartal M, Özçakar N. Gelişimsel kalça displazisine yaklaşım. Turkish Family Physician 2012;3(4):21-5.

60. Uzel M, Ergun GU, Ekerbicer HC. The knowledge and attitudes of the primary care physicians on developmental dysplasia of the hip. Saudi Med J 2007;28(9):1430-4.

61. Ergun UG, Uzel M, Celik M, Ekerbicer H. The knowledge, attitude and practice of the primary and secondary care nurse–midwife practitioners on developmental dysplasia of hip. Nurse Education Today 2007;27(6):635-42.

62. Husum HC, Maimburg RD, Kold S, Thomsen JL, Rahbek O. Self-reported knowledge of national guidelines for clinical screening for hip dysplasia: a web-based survey of midwives and GPs in Denmark. BJGP Open 2021;5(4).

63. Hemantha KK, De Silva V. Knowledge of developmental dysplasia of the hip (DDH) among the doctors caring neonates and infants in the southern province of Sri Lanka. Journal of the Ruhunu Clinical Society 2014;19:10-6.

64. Külcü NU, Orak MM, Gerenli N, Sarı E, Say A. Bir eğitim hastanesinde çocuk hekimlerinin gelişimsel kalça displazisi ile ilgili bilgi düzeyleri. Güncel Pediatri 2015;13(2):89-96.

65. Souza BGSE, De Melo TE, Resende TM, Da Silva RCR, Cruz SA, De Oliveira VM. Developmental dysplasia of the hip: do the responsible for screening know what to do? Acta Ortop Bras 2016;24(6):312-7.

66. Suqaty R, Alomran AK, Alkhalifah MK, Aldughaythir SS, Albeshry AM, Aldilaijan Y, et al. How ready are pediatricians and family physicians in Saudi Arabia to perform clinical screening of developmental dysplasia of the hip? J Multidiscip Healthc 2023:2567-76.

67. Alotaibi TN, Jawadi AH, Alghamdi AA, Aldeghaither SA, Alhandi AA. Knowledge, attitude, and practice of primary care physicians about developmental dysplasia of the hip in a tertiary referral hospital in Riyadh, Saudi Arabia. JMSR 2021;5(4):273-9.

68. Alkouz FH, Kaffaf AI, Shokor MA, Qub'a AA, Sweedan AG, Kaffaf A, et al. Evaluation of the community's awareness of developmental dysplasia of the hip: a cross-sectional study in Jordan. Cureus 2023;15(10).

69. Hashim M, Alshehri AS, Alomary SA, Alorainy BA, Alswat A. Knowledge about developmental dysplasia of the hip and its treatment methods among adults in Saudi Arabia. International Journal of Medicine in Developing Countries 2023;7(12):1703-.

70. Montes LE, Menchaca R, Valles AM, Gutiérrez-Loyola C. Displasia del desarrollo de cadera: Conocimientos en médicos pediatras. Acta Ortop Mex 2009;23(1):22-5.

71. Theunissen W, van der Steen M, van Veen M, van Douveren F, Witlox M, Tolk J. Parental experiences of children with developmental dysplasia of the hip: a qualitative study. BMJ Open 2022;12(9):e062585.

72. Ege R, Tümer Y, Mergen E. Doğuştan Sakatlıkların Araştırılması, Erken Teşhisi ve Tedavisi. Ankara: Emel Matbaacılık; 1983.

73. Oğuz T, Ege A, Güngör Ş, Toppare M, Erdemtok N. 1099 bebeğin Graf yöntemi ile ultrasonografik değerlendirilmesi. Artroplasti Artroskopik Cerrahi 1996;7:64-6.

74. Okur A, Naksilar F, Karsan O, Alparslan B. The value of ultrasound examination in the diagnosis and screening for congenital dislocation of the hip. Acta Orthop Traumatol Turc 1996;30(2):107-12.

75. Demirhan M, Şar C, Aydınok HÇ, Çakmak M, Çoban A. Ultrasonography in the Diagnosis of Congenital Dislocation of the Hip (Is Newborn Screening Necessary?). Acta Orthop Traumatol Turc 1994;28(1):8-14.

76. Grissom LE, Harcke HT. Ultrasonography and developmental dysplasia of the infant hip. Curr Opin Pediatr 1999;11(1):66.

77. Uslu HS, Karatekin G, Uslu A, Kadıoğlu A, Nuhoğlu A. Yenidoğan döneminde gelişimsel kalça displazisine ait risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri J Pediatr 2002;11(3):139-43.

78. Ömeroglu H, Koparal S, Biçimoğlu A, Karademir A. Gelişimsel kalça displazisinde risk faktörleri ve klinik muayene bulguları ile ultrasonografik bulgular arasındaki ilişki. Acta Orthop Traumatol Turc 1999;33:30-4.

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2024/71	
	PROTOKOL ADI	Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Alan Hekimlerin Gelişimsel Kalça Displazisi Tanısı ve Tedavisi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:04/03**		**Tarih:04.03.2024**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Ayyüce YILDIRIM'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sermaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekanik	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E (H)	(E) H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK-2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2024/10

Karar: 2024/10

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 17/04/2024 tarih saat 15:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan,Araştırma Görevlisi Dr.Ayyüce YILDIRIM tarafından yürütülecek olan''**Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Alan Hekimlerin Gelişimsel Kalça Displazisi Tanısı ve Tedavisi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumları** '' konulu Uzmanlık Tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr. S[redacted]

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. [redacted]ÇAKAR

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Uzm . Dr.Bağım ÖZKAN HATİPOĞLU

Toplum Sağlığı Birim Sorumlu V.

Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN

Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Yıldıray ÇETİNTAŞ

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

EK-3

EDİRNE İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV ALAN HEKİMLERİN GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ TANISI VE TEDAVİSİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARI

T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Ayyüce Yıldırım

Danışman: Prof. Dr. Hamdi Nezih Dağdeviren

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak 'Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Alan Hekimlerin Gelişimsel Kalça Displazisi Tanısı ve Tedavisi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumları'' isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket No:……..

1-) Cinsiyetiniz?

- Kadın
- Erkek

2-) Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 ve üzeri

3-) Hekim olarak görev yapma süreniz?

- 0-5 yıl
- 6-10 yıl
- 11-15 yıl
- 16-20 yıl
- 21 yıl ve üzeri

4-) Aile hekimi olarak görev yapma süreniz?

- 0-5 yıl
- 6-10 yıl
- 11-15 yıl
- 16-20 yıl
- 21 yıl ve üzeri

5-) Aile hekimi olarak çalışma statünüz nedir.

- Pratisyen aile hekimi
- Aile hekimliği uzmanı
- Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi (Sahu) asistanı

6-) Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) tanısı koyduğunuz çocuk var mı?

- Evet
- Hayır
- Hatırlamıyorum

7-) Gelişimsel kalça displazi tanılı çocuk takip ettiniz mi?

- Evet
- Hayır
- Hatırlamıyorum

8-) Son bir yıl içerisinde kliniğinizde GKD tarama programıyla taranan bebek sayısınız belirtiniz.

- 0-25
- 26-50
- 51-75
- 76-100
- >100

9-) GKD ile ilgili bilgi ve eğitim kaynağınızı belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Tıp fakültesi
- Uzmanlık eğitimi
- İnternet, sosyal medya, tv
- Sağlık bakanlığı hizmet içi eğitimi
- Sağlık bakanlığı rehberi
- Kongre, kurs, sempozyum
- Kitap ve yayınlar
- Konu ile ilgili uzman hekimlerin bilge ve tecrübeleri
- Uzaktan eğitim programları
- Diğer (Açıklayınız) :…….

10-) GKD ile ilgili bilgi düzeyinizi ne derecede yeterli görüyorsunuz?(1-10 arası puanlayınız)



11-) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi GKD'yi en iyi şekilde tanımlar?

- Kalçanın tam çıkığı
- Kalçanın yarı çıkık olması
- Proksimal femurun kemikleşme merkezinde gecikme
- Kalça ekleminin gelişimi sırasında proksimal femur ile asetabulumun anatomik ilişkisinin bozulması
- Proksimal femur yokluğu

12-) GKD'nin Türkiye'de görülme sıklığı nedir?

- 0.1-5/1000 canlı doğum
- 5-15/1000 canlı doğum
- 15-25/1000 canlı doğum
- 25-35/1000 canlı doğum
- 35-45/1000 canlı doğum

13-) GKD ile ilgili aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- GKD kızlarda 4-8 kat daha fazla görülür.
- Tek taraflı tutulumlarda sol kalça daha sık tutulmaktadır.
- Polihidramnios GKD risk faktörlerindendir.
- İlk doğumda risk iki kat daha fazladır.
- Yüksek doğum ağırlığı GKD için artmış risk faktörlerinden biridir.

14-) Aşağıdaki seçeneklerden hangileri GKD için risk faktörüdür.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aile öyküsü
- Metetarsus adduktus deformitesinin olması
- Makat geliş
- Kundak uygulaması
- Siyah ırk
- Prematürite
- İlk doğan bebek
- Erkek cinsiyet
- Polihidramnios
- Tortikollis
- Infantil skolyoz
- Düşük doğum ağırlığı
- Çoğul gebelik

15-) Kalça displazisi yönünden uyarıcı fizik muayene bulgularını işaretleyin.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Pili asimetrisi
- Kalçada abdüksiyon kıstılılığı
- Kalçada addüksiyon kısıtlılığı
- Ortolani testinin pozitif olması
- Barlow testinin pozitif olması
- Hasta sırt üstü yatarken kalça ve dizler fleksiyondayken diz yükseklikleri arasında eşitsizlik olması

16-) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi GKD tanısında kullanılan Ortolani testini en iyi şekilde tanımlar?

- Kalçanın yerinden tam ya da kısmen çıkarılması testidir.
- Çıkık kalçanın fleksiyon abdüksiyon ve iç rotasyon hareketleriyle redükte edilmesidir.
- Çıkık kalçanın fleksiyon addüksiyon ve dış rotasyon hareketleriyle redükte edilmesidir.
- Hasta sırt üstü yatarken kalça ve dizler tam fleksiyondayken karşıdan bakıldığında diz yüksekliklerinin arasında eşitsizlik olması
- Fleksiyondayken kalçada 70 derecenin altında abdüksiyon kısıtlılığı olması

17-) GKD tanısında yapılan kalça ultrasonu için en uygun dönem ne zamandır?

- 2-4 hafta
- 4-6 hafta
- 6-8 hafta
- 3 ay
- 6 ay

18-) GKD'nin tanı ve izleminde düz radyografi ne zaman altın standart yöntem olarak kullanılır?

- İlk 3 ay
- 3-6 ay arası
- 6 aydan sonra
- 12 aydan sonra
- Düz radyografinin GKD tanı ve izleminde yeri yoktur.

19-) Prematüre bebekleri GKD taraması için ultrasona ne zaman yönlendirirsiniz?

- Düzeltilmiş yaşa göre
- Takvim yaşına göre
- Kemik yaşına göre
- Fikrim yok
- Farketmez

20-) GKD tanısında Pelvis AP grafide değerlendirilen Shenton-Menard çizgisini aşağıdakilerden hangisi en iyi şekilde tanımlar?

- Y kıkırdaklarını birleştiren çizgidir.
- Küçük trokanterden başlayarak femur boynu ve obturator formen üst sınırı ile devam eden yay şeklindeki çizgidir.
- Asetabulumun üst dış kenarından geçen Hilgenreiner çizgisine dik çizilen çizgidir.
- Asetabulumun frontal plandaki eğimini gösteren kalçadaki göz yaşı damlasının en alt noktasından ve asetabulumun üst dış kenarından geçen çizgidir.
- Y kıkırdağı ve asetabulumun üst dış kenarından geçen çizgidir.

21-) Kalça çıkığı oluşumundan korunmak için aşağıdaki önlemlerden hangisi veya hangilerinin etkili olduğunu düşünüyorsunuz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Kundaktan kaçınmak
- Tüm yeni doğanlarda çift ara bezi kullanmak
- Kas güçlendirici egzersiz yaptırmak
- Riskli yenidoğanlarda çift ara bezi kullanmak
- Kalça çıkığı oluşumundan korunulamaz.

22-) GKD tedavisinde aşağıdakilerden hangisi veya hangileri sık görülen komplikasyonlardandır?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Avasküler nekroz
- Yeniden çıkık
- Kalıcı asetabüler displazi
- Legg Calve Perthes hastalığı
- Osteoartrit oluşması
- Femur başı epifiz kayması
- Koksa Vara deformitesi oluşması
- Pes planus
- Yürüme yaşında gecikme

23-) GKD hakkında aileyi ne zaman bilgilendirirsiniz?

- Doğumdan sonraki ilk 48 saat içinde
- Doğumdan sonraki ilk 1 ay içinde
- 1 yaşına kadar
- Çocuk yürümeye başlayınca
- Fikrim yok

24-) Bebekleri kalça USG için hangi branş hekimlerine yönlendirirsiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Ortopedi uzmanı
- Radyoloji uzmanı
- Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı
- Çocuk cerrahisi uzmanı
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı

25-) GKD taraması için yapılan ultrasonografi raporunda hangi bilgileri mutlaka görmek istersiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Her iki kalça ekleminin USG raporu
- Her iki kalça ekleminin USG görüntüsü çıktısı
- Sadece şüpheli kalça ekleminin USG raporu
- Sadece şüpheli kalça ekleminin USG görüntüsü çıktısı
- Her iki kalça ekleminin Graf yöntemiyle kalça tiplendirmesi
- USG'yi yapan hekimin tedavi ve takip gerektirmesi hakkındaki yorumu
- Her iki kalça ekleminin kemik çatı ve kıkırdak çatı açı ölçüleri

26-) GKD taramasında USG sonuçları size ulaştığında 'Normal Matür Kalça Graf Tip 1' olarak raporlandıysa uygulamanız nasıl olur?

- Aileye çocuğun sağlıklı olduğu konusunda bilgilendirme yaparım

- Hastayı Ortopedi uzmanına sevk ederim
- 1 ay sonra tekrar USG çektiririm
- Çocuğun kalça röntgeninin çekilmesini isterim
- Hastayı Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk ederim.

27-) GKD tedavisiyle ilgili aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Doğum sonrası ilk 3 ay tanı ve tedavinin en etkin uygulanabileceği zaman aralığıdır.
- Yürümeye başladıktan sonra tanı alan hastalarda geç kalınmıştır. GKD tedavi edilemez.
- GKD'nin tedavisinde ilk 6 ayda en etkin tedavi yöntemi Pavlik bandaj uygulamasıdır.
- GKD'nin tedavisinde ilk 6 ayda en etkin tedavi yöntemi cerrahi tedavi yöntemleridir.
- Doğum sonrası ilk 14 günde tanı konulursa çift ara bezi ile GKD önlenebilir.

28-) GKD tedavisinde Pavlik bandajı uygulamasıyla ilgili hangisi veya hangileri doğrudur?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- İlk 6 ayda kullanılan en etkili yöntemdir.
- Tedavi Graf Tip 2 kalça olması halinde sonlandırılmaktadır.
- 3-4 haftalık aralıklarla ultrasonografik veya radyolojik olarak bandaj tedavisi değerlendirilmelidir.
- Pavlik bandaj uygulamasında her iki kalça ekstansiyon ve abdüksiyon pozisyonunda tutulur.
- Femoral sinir felci görülen komplikasyonlardan biridir.
- Displazik kalça eğer 3-4 haftalık pavlik bandajı tedavisine olumlu cevap vermezse tedavi sonlandırılmalıdır.

29-) Hayatın erken dönemlerinde tedavi edilmemiş şiddetli GKD de en sık rastlanılan doğal gidiş ve prognoz nasıldır?

- Prognozu kötüdür. Kişinin hayatı boyunca cerrahi operasyonunu gerektirir.
- Prognozu iyidir, ancak minimal sekel ile hayatlarına devam edebilirler.
- Prognozu ortadır. İlerleyen yetişkinlik dönemlerinde cerrahi tedavi gerektirir.
- Prognozu iyidir, ancak geç yetişkinlikte cerrahi gerektiren koksartroza ilerler.
- Fikrim yok.

30-) GKD tedavi edilmezse ileride oluşabilecek sonuçlar nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Ağrı
- Yürüyüşte kısıtlılık
- Spastisite
- Kişide psikolojik olarak etkilenme ve depresyon
- Kırık riski
- Günlük işlevlerde bozulma
- İş bulmakta zorlanma ve ekonomik problemler
- Skolyoz

31-) Risk faktörü bulunmayan bebeklerde GKD taramasını ikinci izlemde yaparım.

- Katılıyorum
- Katılmıyorum
- Fikrim yok

32-) GKD taraması için provokatif olmayan testleri (Abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi, bacak uzunluk farkı) ne sıklıkla yaparsınız?

- Her zaman
- Bazen
- Hiçbir zaman

33-) GKD taraması için provokatif testleri (Ortolani,Barlow) ne sıklıkla yaparsınız?

- Her zaman
- Bazen
- Hiçbir zaman

34-) GKD taraması için yapılan provokatif testlerden Ortolani ve Barlow testlerinin her uygulama sırasında hastaya zarar verdiğini düşünüyorum.

- Katılıyorum
- Katılmıyorum
- Fikrim yok

35-) GKD taraması için tek başına fizik muayene yeterlidir.

- Katılıyorum
- Katılmıyorum
- Fikrim yok

36-) GKD taraması için her hastaya USG yapılmalıdır.

- Katılıyorum
- Katılmıyorum
- Fikrim yok

37-) GKD taraması için her hastadan radyografi görülmelidir.

- Katılıyorum
- Katılmıyorum
- Fikrim yok

38-) GKD erken tanı ve tedavisi amacıyla her aileye GKD'nin önemini anlatırım.

- Her zaman
- Bazen
- Hiçbir zaman

39-) GKD'den korunma amacıyla her aileye kundak yapılmasından kaçınmaları konusunda bilgilendirme yaparım.

- Her zaman
- Bazen
- Hiçbir zaman

40-) Sağlık Bakanlığı'nın GKD tarama programına göre, USG taraması önerisi nasıldır?

- Her bebeğe her izlemde yapılmalıdır
- Her bebeğe bir kez yapılmalıdır
- Sadece riskli bebeklere yapılmalıdır
- Fikrim yok

41-) GKD hakkında en son ne zaman literatür okudunuz?

- Son 1 ay içerisinde
- Son 1 yıl içerisinde
- 1 yıldan fazla süre önce
- Hiç

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.