

T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NEVŞEHİR İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM ÇAĞI  
ÇOCUKLARDA GÖZ HASTALIKLARININ TESPİT  
EDİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE ÖNEMİ

124161

Tezi Hazırlayan  
Nazan YARAMIŞ

Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Nimet Karataş

Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

124161

T.C. ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından 02-11-22 nolu proje ile desteklenmiştir.

Eylül 2003  
KAYSERİ

Bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
**Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans** Tezi olarak kabul edilmiştir.

09.09./2003..

**JÜRİ:**

Üye : Prof.Dr.Nimet KARATAŞ

Üye : Doç.Dr.Sarper KARAKÜÇÜK

Üye : Yrd.Doç.Dr.Meral BAYAT

*Nimet Karataş*  
*S. Karaküçük*  
*Meral Bayat*

**ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 09.09.2003. tarih ve ...298.....  
sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.15.10./...2003

  
Enstitü Müdürü  
Prof.Dr.Sami AYDOĞAN

### TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında yardımlarından dolayı öncelikle danışmanım Prof.Dr.Nimet KARATAŞ'a, Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Meral BAYAT'a, bu çalışmama destek olan Nevşehir Yeniçeşme İlköğretim Okulu müdürü ve öğretmenlerine, veri toplama aşamasında yardımcı olan öğrenci Hanife Ünal'a ve Hülya Şahin'e ve özellikle bana gösterdikleri destek ve sabırlarından dolayı eşim ve oğluma teşekkür ederim.

## NEVŞEHİR İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM ÇAĞI ÇOCUKLARDA GÖZ HASTALIKLARININ TESPİT EDİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE ÖNEMİ

### ÖZET

İlköğretim çağında göz hastalıklarının tespit edilmesinde hemşirenin rolü ve önemi konulu araştırmamız müdahaleli ve tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini Nevşehir belediye sınırları içindeki ilköğretim okulları oluşturmaktadır. Nevşehir ilinde bulunan okullardan küme örneklem yöntemi ile seçilen Yeniçeşme İlköğretim okulu ve burada bulunan 715 öğrenci, aileleri, çalışma yapılan okuldaki 27 öğretmen örneğe alınmıştır.

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan, ön uygulama yapılarak geçerliliği kontrol edilmiş olan anket formu ve göz muayenesi formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdellik, Ki-kare, Fisher (Kesin Ki-kare) ve Yates Ki-kare testleri kullanılmıştır.

Araştırmamız sonucunda öğrencilerde konjonktiva kırmızı ve/veya benekli, okumada zorluk, şaşılık, kitabı göze yakın tutma, gözü fazla ovalama, gözde sulanma, nistagmus, renk görme bozukluğu, baş ağrısı gibi bulgular saptanmıştır. Öğrencilerin yaş grupları arttıkça enfeksiyon belirtisi ve görme kusuru görülen öğrenci sayısında artma olduğu belirlenmiş, yapılan istatistiksel değerlendirmede aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ayrıca görme kusuru olan öğrencilerin daha çok baş ağrısı şikayetleri olduğu saptanmıştır. Göz hastalıkları belirtileri ve görme kusuru olduğu belirlenen öğrenciler, sınıf öğretmeni, rehber öğretmen ve okul idaresi ile görüşülerek sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir. Babaların eğitim düzeyi arttıkça çocuklarını doktora götürme oranının arttığı belirlenmiş , aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca sosyal güvencesi olan ailelerin sadece %6.5'i doktora götürmez iken, sosyal güvencesi olmayanlarda bu oran %30.8'e çıkmaktadır. Öğretmenlerin %85.2'si öğrencilerinin göz problemlerini fark edebildiklerini ifade etmişler ve hizmet yılı arttıkça göz problemlerini fark etme durumlarının azaldığı belirlenmiştir.

Bu bulgulara dayanarak eğitim ve göz taramalarına ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Göz sağlığı, Göz taramaları, Okul Sağlığı, Hemşire, İlköğretim çağı

## THE IMPORTANCE OF THE NURSE IN DIAGNOSING EYE DISEASES IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN IN CENTRAL NEVŞEHİR

### SUMMARY

Our research on the role and importance of the nurse in diagnosing eye illnesses in patients of primary school era was planned and carried out descriptively and interventionally.

The scope of research consisted of primary schools within the boundaries of municipality of Nevşehir. Yeniçeşme Primary School was chosen by group sampling method and 715 students, their families and 27 teachers working in the school were observed.

In the collection of data, a questionnaire and a form for eye health (prepared by the reasearcher and controlled by pre-application) were used. In the analysis process, percent, Ki-kare, Fischer and Yates Ki-Kare tests were used.

As a result of our research, the following were observed: red and/or spotted conjunctiva, difficulty in reading, cross-eye, holding the book too close to the eye, over-rubbing the eye, watering in the eye, nystagmus, difficulty in seeing colours and headaches. It was found out that there was a positive correlation between the age group and the infection symptoms and seeing disorders. The relationship between the two were considered to be important. In addition, it was observed that the students with seeing disorders were more likely to complain from headaches. These students were directed towards the necessary health organisations with the help of class teachers and school administration.

The positive corelation between parental education level and the frequency of going to a doctor were found to be significant statistically. Only 6.5% of families with social insurance were observed not to take their children to a doctor, whereas this figure rose to 30.8% for those families who do not have any social insurance.

Eighty-two percent of the teachers expressed that they were aware of eye diseases; they also emphasized that this ability diminished as the years passed by.

Necessary recommendations concerning education and eye control were given according to these findings.

**Key Words** : Visual health, Health Visitors, School health, Nursing, Primary school

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	I
KABUL ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. OKUL SAĞLIĞI.....	4
2.2. ERKEN TANI AÇISINDAN SAĞLAM ÇOCUK İZLEMİ.....	7
2.3. ÇOCUKLARDA EN SIK GÖRÜLEN GÖZ RAHATSIZLIKLARI.....	9
2.3.1. Kırma Kusurları.....	9
2.3.1.1. Hipermetropi.....	9
2.3.1.2. Miyopi.....	9
2.3.1.3. Astigmatizma.....	10
2.3.2. Anizometropi.....	10
2.3.2. Anizometropi.....	10
2.3.4. Şaşılık.....	11
2.3.5. Nistagmus.....	12
2.4. GÖZ HASTALIKLARI.....	12
2.4.1. Pitozis.....	12
2.4.2. Blefarit.....	12
2.4.3. Hordeolum.....	12
2.4.4. Şalazyon.....	13
2.4.5. Konjonktivit.....	13
2.4.5.1. Bakteriyel Konjonktivit.....	13
2.4.5.2. Viral Konjonktivit.....	13
2.4.5.3. Allerjik Konjonktivit.....	14
2.4.6. İritis.....	14
2.5. GÖZ HASTALIKLARI SEMPTOMLARI.....	14

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	17
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	17
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	18
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN DENEK CİNSİ, SAYISI VE DAĞILIMI.....	19
3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ KAYNAKLARI VE YÖNTEM.....	19
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	37
6. KAYNAKLAR.....	44
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo.4.1:</b> Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	21
<b>Tablo.4.2:</b> Öğrencilerin tespit edilen göz hastalıkları belirtilerine ve görme kusurlarına göre dağılımı.....	22
<b>Tablo.4.3:</b> Gözlerinde göz hastalıkları belirtileri ve görme kusuru olan öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımı.....	23
<b>Tablo.4.4:</b> Öğrencilerin yaş grupları ve göz enfeksiyon belirtisi görülme sıklığı.....	24
<b>Tablo.4.5:</b> Öğrencilerin yaş gruplarına ve görme kusurları görülme sıklığı.....	24
<b>Tablo.4.6:</b> Öğrencilerin uzağı görmeye zorluk çekme ve baş ağrısı semptomlarına göre dağılımları.....	25
<b>Tablo.4.7:</b> Öğrencilerin gözlük kullanımı ve uzağı görmeye zorluk sorunların devamı sıklığı.....	25
<b>Tablo.4.8:</b> Öğrencilerin gözlük kullanma ve baş ağrısı olma durumlarına göre dağılımları.....	25
<b>Tablo.4.9:</b> Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	26
<b>Tablo.4.10:</b> Babaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	27
<b>Tablo.4.11:</b> Ailenin çocuğun göz problemini farkettilerini ifade etme durumlarına göre dağılımı.....	27
<b>Tablo.4.12:</b> Ailelerin çocuklarında farkettileri göz problemlerine göre dağılımı .....	28
<b>Tablo.4.13:</b> Göz problemini farkedilen ailelerin çocuğunu doktora götürme durumlarına göre dağılımı.....	28
<b>Tablo.4.14:</b> Babaların sosyo-demografik özellikleri ve göz problemlerini farkettilerini ifade etme durumlarına göre dağılımı.....	29
<b>Tablo.4.15:</b> Çocuklarında göz problemi farkettilerini ifade eden babaların sosyo-demografik özellikleri ve çocuklarını doktora götürme durumlarına göre dağılımı .....	29
<b>Tablo.4.16:</b> Annelerin sosyo-demografik özellikleri ve göz problemini fark ettiklerini ifade etme durumlarına göre dağılımı.....	30
<b>Tablo.4.17:</b> Çocuklarında göz problemi fark ettiklerini ifade eden annelerin sosyo-demografik özellikleri ve çocuklarını doktora götürme durumlara göre dağılımı.....	31
<b>Tablo.4.18:</b> Ailelerin çocuk özellikleri ve göz problemlerini fark etme durumlarına göre dağılımı.....	32
<b>Tablo.4.19:</b> Ailelerin çocuk özellikleri ve göz problemini farkedip doktora götürme durumlarına göre dağılımı.....	32
<b>Tablo.4.20:</b> Öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri.....	33



<b>Tablo.4.21:</b> Öğretmenlerin çalıştıkları okullarda tarama testi yapılma durumuna göre dağılımı.....	33
<b>Tablo.4.22:</b> Öğretmenlerin çalıştığı okulda yapılan tarama testlerine göre dağılımı.....	34
<b>Tablo.4.23:</b> Öğretmenlerin çalıştığı okulda tarama testi yapan kurumlara göre dağılımı .....	34
<b>Tablo.4.24:</b> Öğretmenlerin göz sorununu farkedebildiklerini ifade etme durumlarına göre dağılımı.....	34
<b>Tablo.4.25:</b> Öğretmenlerin öğrencilerinde fark ettikleri göz problemlerine göre dağılımı.....	35
<b>Tablo.4.26:</b> Öğretmenlerin göz problemi olduğunu farkettikleri öğrencilere yaptıkları müdahaleye göre dağılımı.....	35
<b>Tablo.4.27:</b> Öğretmenlerin özellikleri ve göz problemlerini farketme durumlarına göre dağılımı.....	36



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada yaklaşık 6.3 milyar insan bulunmaktadır (1, 2). Bu nüfusun yaklaşık üçte biri, yani 2.1 milyarı çocuktur (3-7). Ülkemizde ise çocuk yaş grubu olarak tanımlanan 0-18 yaş grubu nüfus , 1995 yılında 25 milyon ve toplam nüfusa oranı yüzde 41.4 iken , 1997 yılı nüfus tespiti sonuçlarına göre 25.2 milyon ve toplam nüfusa oranı ise yüzde 40.4'tür (8).

Toplumun yüzde 40.4'ünü oluşturan çocukların, sağlığını korumak bir sonraki neslin fiziksel ve zihinsel kapasitesine dolayısıyla toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesine yapılabilecek yatırımların en önemlisidir (5, 9).

Sağlıklı bir geleceğin oluşmasına katkıda bulunacak kurum ve kuruluşlar içinde okulun önemli bir rolü vardır. Okul yarının toplumunu oluşturacak olan kuşaklarla dolu bir kuruluştur. Bu kuşakların bedensel, toplumsal ve ruhsal sağlıkları ile bu günden ilgilenmek, mutlu ve sağlıklı bir toplumun geleceğini hazırlamak demektir (5, 8-11). Okul çağı bireylerin yaşam sürecinde yer alan önemli bir dönemi oluşturur. Ülkemizde 2001-2002 öğretim yılı itibari ile 34.9 bin ilköğretim okulunda 10.3 milyon öğrenci bulunmakta, 375.5 bin öğretmen görev yapmaktadır. Bu öğrencilere eğitim-öğretimin yanı sıra sağlık hizmetleri de verilmesi gerekliliği yasalarla belirlenmiştir.

Okul sağlığı hizmetleri; öğrencilerin sağlığını değerlendirmek, korumak ve geliştirmek için yapılan çalışmaların tümüdür. Çocukluk çağındaki hastalıkların erken tanı ve tedavisi için sağlam çocukların muayenelerinin yapılması gereklidir. Böylece sağlıklı okul yaşamı sağlanır ve sürdürülürken bir yandan da öğrenciler aracılığıyla topluma da sağlık eğitimi verilmiş olur (5, 7-11, 13, 14).

Yapılan alışmalar, diş çürükleri, görme ve işitme kusurları, büyüme ve gelişme gerilikleri, ruhsal uyumsuzluklar, anemi, inmemiş testis, kulak, burun, boğaz hastalıkları, kifoza, skolyoz gibi ortopedik problemler, uyuz, bit gibi bulaşıcı enfeksiyonların en önemli sağık sorunları olduğunu belirlemiştir (5, 9-11, 15). Bu sağık sorunlarının belirlenmesi dikkatli bir inceleme sonucu olasıdır. Bunun için sağık taramaları düzenli olarak yapılmalı; görme, işitme, diş sağığı, büyüme ve gelişme taramalarına öncelik verilmelidir (5, 9, 11, 12, 14, 15). Özellikle görme taramaları ve göz muayeneleri, çocukta okul başarısını etkileyebilecek ya da en kötü ihtimalle körlükle sonuçlanabilecek çeşitli durumların saptanması için çok gereklidir (14, 16-18).

Amerika Birleşik Devletleri'nde en önemli sağık sorunu olarak görülen körlük kanserden sonra ikinci sırada görülmektedir. Körlüğün gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla 10-20 kat fazla olduğu ve %90'nının gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu belirtilmektedir (19).

Çocuklarda en sık görülen görme problemi kırma kusurlarıdır. Onaltı yaşın altındaki çocuklarda %20 oranında kırma kusurları görülmektedir. Göz kaymalarının 1 yaşındaki çocuklarda 2 ayda, 4 yaşında 2 senede, 7 yaşında 3 senede, 10 yaşında 4 senede tedavi edilebildiğı için erken tanı ve tedavisi önemlidir (14, 18-20).

Yapılan araştırmalarla, her 10 öğrenciden birinin gözlerinden sorunu olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmaya göre; öğrencilerin %13'ünde görme kusuru bulunurken bunların, %32'sinin miyopisi, %21'inin hipermetropisi, %47'sinin astigmatizması, %2.5'inin şaşılığı, %1.1'inin göz tembelliğı olduğu bulunmuştur (14-18, 20, 21). Bu sonuçlar bizlere göz taramalarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde okul sağığı hizmetlerinin, özellikle taramaların istenilen düzeyde olmadığı hepimiz tarafından bilinmektedir. İsviçre'de doğan her çocuğun hayatın ilk yılında 4-7 kez, 1-7 yaş arasında her yıl bir kez, ilkokul çağında 3 yılda sağık taramasından geçmektedir. Görme keskinliğı okul hemşiresi tarafından tespit edilmekte, görme keskinliğinde eksiklik tespit edilenler göz hekimine gönderilmektedir (20).

Öğretmenler erken tanı koymak için yetiştirilmemişlerdir, ayrıca bunun için zamanları da yetersizdir. Ama erken tanı da çocuk sağığı için çok önemlidir. Bu işi gelişmiş ülkelerde hekim ve hemşireler yapmaktadır.

Ülkemiz genelinde olduğu gibi Nevşehir İlinde de okul sağlığı hizmetlerine yeterince ağırlık verilmemektedir. Özellikle göz hastalıkları ile ilgili bugüne kadar planlı bir çalışma yapılmamıştır. Bu konuda yapılacak olan çalışmalar okul sağlığı hizmetlerinde hemşirenin rolünü belirlemek ve vurgulamak için yararlı olacaktır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. OKUL SAĞLIĞI

Okul daha sonraki yıllarda, toplumda yer alıp, hizmet verebilecek yeni kuşaklarla dolu bir kuruluştur. Yarının toplumunu oluşturacak bu kuşakların bedensel, toplumsal ve ruhsal sağlıkları ile bugünden ilgilenmek, mutlu ve sağlıklı bir toplumun geleceğini hazırlamak demektir (7, 9,13, 14).

Okul çağının özel bir grup olması, okul sağlığı programlarının ilkokullarda başlatılmasının önemini arttırmaktadır. Okul çağı özel bir gruptur. Çünkü;

- Bu çağda çocuklar sürekli büyüme ve gelişme içindedir. Büyüme çağında alınan koruyucu önlemler hayat boyunca da etkili olacaktır.
- Okul çağındaki çocukların birçoğu için okul, kendi evleri dışında, toplu olarak buldukları ilk yerdir. Çocuk, bu süre içinde, öğrenme yoluyla kendisini hayata hazırlamakta, mücadeleli ve rekabetli ortam içerisinde karşılaştığı baskı ve zorlamalara, farklı şekillerde tepki göstermektedir. Bu bakımdan çekingenlik, saldırganlık v.b şekillerde görülen kişisel cevaplara ruh sağlığı yönünden uyumlu bir şekilde yön verilmesi gerekmektedir.
- Öğrencilerin grup halinde bir arada bulunmaları bulaşıcı hastalıkların artmasını ve hızla yayılmasını kolaylaştırmaktadır. Bu bakımdan okul, aynı zamanda sık gözlem ve koruyucu önlemlerin alınması gereken bir yerdir.
- Çocukların sağlıklı öğrenebilmesi için bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmaları gerekir. Görme ve işitmedeki eksiklikler, diğer bir takım sağlıkla ilişkili

engeller öğrenimi güçleştirir. Bu nedenle, bu bozuklukların erken tanınması ve düzeltilmesi, çocuğun öğrenmesi ve başarısı için gereklidir.

- Okul çağı, alma ve etkilenme devresidir. Eğer bu devre içinde çocuğa iyi bir sağlık bilgisi verilir, sağlıkla ilgili doğru davranışlar kazandırılabilirse, sağlık konusunda bilinçli bir toplum yetiştirilmiş olacaktır (7, 9, 13, 22-24).

Okul sağlığı, öğrencilerle birlikte, okul yöneticileri, öğretmenler ve memur, hizmetli gibi diğer tüm okul personelini kapsar (10, 13, 14).

XIX. yüzyıla kadar, okula giden çocukların sağlığıyla özel olarak ilgilenilmemiştir. Bu konuda ilk çalışmalar İngiltere’de başlamıştır. James Ware, 1812 yılında Londra’da okul çocuklarında görme bozukluklarını araştırmış, 1840’da İsveç,’te okullara hekim atamaları başlamış; Almanya’nın Breslau kentinde okullarda hekim görevlendirilmesinin gereğini savunmuş ve Frankfurt kentinde ilk okul hekimi atanmıştır. Ülkemizde, 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasası ile okul sağlığı ile ilgili ilk çalışmalar başlamıştır. Bu yasayla tüm okulların bina ve sağlık koşulları ve bulaşıcı hastalıklardan korunması Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın denetimi altına alınmıştır. 1953 yılında oluşturulan bir komisyon, Hollanda ve Danimarka’daki okul sağlık örgütünü inceleyerek, mevcut programı değiştirmiş; Sağlık Bakanlığı’nın 224 sayılı Sosyalizasyon Yasasına bağlı olarak çıkarılan 154 sayılı yönerge ile okul sağlığı hizmetleri, sağlık ocaklarının görevleri arasında yer almıştır. 1961 yılında kabul edilen 222 sayılı ilköğretim yasında, okul sağlığı ile ilgili isteklerin kapsamı genişletilmiştir. Bu yasanın 29. maddesinde “ilköğretim kurumlarının sağlık işlerinin görülmesi, öğrenci, öğretmen ve hizmetlilerin sağlıklarının korunması için il ve ilçelerde, milli eğitim bakanlığı sağlık merkezleri ve geçici sağlık ekipleri kurulur ve buralarda ilköğretim müfettişleri, okul hekimleri, sağlık memuru ve hemşireler atanır” denmektedir. Ayrıca sağlık ocağı görevlilerinden yalnızca sağlık memurunun görevi arasında “okul sağlık hizmetleri yürütür” diye bir ifade yer almaktadır. Sağlık Bakanlığının 224 sayılı sosyal izolasyon yasasına bağlı olarak çıkarılan 154 sayılı yönergede okul sağlığı hizmetleri sağlık ocaklarının görevleri arasında yer almaktadır (7, 5, 10, 14, 25, 26).

Okul sağlığı hizmetleri şöyle tanımlanabilir; öğrencilerin sağlığını değerlendirmek, elde edilen bulgulara göre öğrencilere ve velilerine eğitim yapmak, iyileştirilebilir bozuklukların düzeltilebilmesi için onları yönlendirmek, özürülü çocukların

saptanmasına ve eğitimlerine yardımcı olmak, bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek, ani hastalanma ve sakatlanma durumunda ilk yardım yapmak, kısaca okul çocuklarının sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla yapılan tüm etkinliklerdir (5, 10, 11, 13, 14, 22).

Okulda verilebilecek sağlık hizmetleri;

- Okula kabul muayenesi
- Dönemsel sistematik muayeneler
  - Görme taraması
  - İşitme taraması
  - Ağız ve diş sağlığı taraması
  - Genel beden muayenesi
  - Büyüme-gelişme taraması
  - Bulaşıcı hastalıklardan koruma
- Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar
  - Bağışıklama
  - Beslenme
  - Taşıyıcıların araştırılması
  - Spor etkinlikleri
  - Sağlık eğitimi
  - Çevre sağlığı hizmetleridir (5, 10, 11, 13, 25, 27).

Okul sağlığı bir ekip hizmetidir. Bu ekipte, öğretmen, ebeveyn, hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve beslenme uzmanı bulunur (5, 10, 11, 13, 22, 25).

Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden kişi yaşantısının en hareketli dönemi olan okul çağında, bir yandan vücut yapısının değişmesi ve gelişmesiyle ortaya çıkan sorunlara, diğer yandan sağlam bir ruhsal yapının oluşturulmasına özellikle dikkat edilmelidir. Etkin bir okul sağlığı hizmeti için:

- Okul sağlığı hizmetleri toplumun genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmeli,
- Okul sağlığı hizmetleri, okul öncesi dönemde sunulan sağlık hizmetleriyle birlikte ve eşgüdümlü olarak, onun bir devamı şeklinde ele alınmalıdır
- Okul sağlığı hizmetleriyle görevlendirilenler, bu işi sıradan bir görev olarak değil, ülkenin gelecekteki sağlığını etkileyecek çok önemli bir hizmet olarak algılamalı ve buna uygun bir sorumluluk bilinci taşımalıdır.
- İlkokula başlayan çocuklar, okula başlarken ve sonraki yıllarda yılda bir kez genel muayeneden geçirilmelidir.
- Bedensel ya da ruhsal yönden sağlığı bozuk olduğu saptananların ikinci basamak hizmetinden yararlanmaları sağlanmalıdır
- Okul sağlığı çalışmalarında, sağlık personeli, öğretmen ve velilerin işbirliği sağlanmalıdır (5).

## 2.2. ERKEN TANI AÇISINDAN SAĞLAM ÇOCUK İZLEMİ

Erken tanı, herhangi bir hastalığın, o hastalığa ait belirtilerinin henüz tam olarak ortaya çıkmadığı, kişiye sıkıntı ve acı vermediği ve onu çalışmaktan alıkoymadığı dönemde tanınmasıdır (10, 28).

Sağlam çocuk muayeneleri ise, çocukların ana-babalarının fark ettiği hiç bir ciddi yakınmaları yokken belirli aralıklarla izlenmesidir (29).

Bu muayenelerin amaçları:

- Çocukları hastalıktan korumak
- Hastalıkları varsa erken tanı koymak

Çocukları hastalanmadan korumanın en kesin ve başarılı yolu aşılamdır. Bir diğeri ise anne-baba veya bebeğin/çocuğun bakımından sorumlu olan kişiyi eğitmektir (29).

Hastalıkların erken tanısı, tedavi şansını artırır, tedaviyi kolaylaştırır, tedavi giderlerini azaltır, hastalığın ilerlemesini önler ve sakatlığın en aza indirilmesine yardımcı olur (10, 13).

Çocukların hiçbir yakınması olmasa da periyodik muayene amacıyla hekim kontrolünden geçmelidir. Büyüme ve gelişmenin izlenmesi, aşılama gibi amaçlarla



gelen her bebeği baştan sona muayene etmek ve uygun yaşlarda gerekli tarama muayeneleri için örnek almak birçok hastalığın henüz belirti vermediği dönemde erken yakalanmasını sağlar.

Muayene için kabul gören uygulama; doğumdan sonra ilk 48 saat içinde bir kez görünmesi ile başlar, daha sonra ilk 15 günde bir kez, 1, 2, 4 ve 6. ayda bir kez, yaşamın ilk 6 ayından sonra her 3 ayda bir, 18 aydan sonra 2, 3, 4, 5 ve 6. yaşlarda olmak üzere yılda bir kez yeterli olur (13, 29).

Çocukluk ağında erken tanı konulabilecek bazı hastalıklar;

- Fenilketonüri
- Hipotiroidi
- Mikrosefali, hidrosefali
- Katarakt
- Konjenital kalp anomalileri
- Doğuştan kalça ıkığı
- Malnütrisyon
- Gelişme geriliği
- İnmemiş testis
- Hematüri, proteinüri
- Raşitizm
- Anemiler
- Hipertansiyon
- Görme kusurları
- İşitme bozuklukları'dır (29).

Hastalık belirtilerine önem vermeme ve hekime geç başvurma, sağlık kültürümüzün olumsuz yönlerinden biridir. Bu nedenle sık göz kırpmak, gözleri ovuşturmak, arpacık, şaşılık, kulak akıntısı, g işitme, zor nefes alma, huzursuzluk, geçimsizlik, sinirlilik, utangaçlık, döküntü, öksürük, ateş ve geç öğrenme ve benzeri belirtileri gösteren

öğrencileri sağlık kuruluşlarına yönlendirmek ile hem öğrencilerin sağlığı olası hastalıklardan koruyacak hem de önemli bir sağlık hizmeti yapılmış olacaktır (9).

### **2.3. ÇOCUKLARDA EN SIK GÖRÜLEN GÖZ RAHATSIZLIKLARI**

Görme kusurları (miyopi, hipermetropi, astigmatizma), şaşılık, ambliyopi, doğuştan katarakt, doğuştan göz tansiyonu (glokom), doğuştan gözyaşı kanalı tıkanıklığı, doğuştan anomaliler, bazı göz tümörleri olarak sıralanabilir (14, 20, 30, 31).

#### **2.3.1. Kıırma Kusurları**

Sonsuzdan görme eksenine (fovea ile bakılan cismi birleştiren doğru) paralel gelen ışınlar kornea ve lenste kırıldıktan sonra retina üstünde odaklaşırlar. Kıırma kusuru olmayan bu gözlere emetrop göz adı verilir. Odaklaşma retinanın önünde veya arkasında olduğu gözler, ametrop gözlerdir. Ametropi miyopi, hipermetropi ve astigmatizma olmak üzere üç şekilde görülür (14, 31, 32, 33, 34).

##### **2.3.1.1. Hipermetropi**

Gözün optik eksenine paralel olarak gelen ışınların retinanın arkasında odaklaşmasıdır. Yani yakında bulunan nesnelere net görememe durumudur. Hipermetroplar nesnelere gözlerinden uzaklaştırdıkça daha net görmeye başlarlar. Hipermetropide, günün ilerleyen saatlerinde ve uzun süreli yakına bakma sonucu ortaya çıkan frontal baş ağrıları, uzun süre sabit noktaya odaklaşamama, ışığa duyarlılık, uzağı iyi görememe, görmenin aralıklı olarak aniden bulanıklaşması ve gözlerde çaprazlaşma hissi gelişebilir. Dış bükey mercekli gözlüklerle bu görme kusuru kolayca düzeltilebilir (14, 20, 30, 32, 34-37).

##### **2.3.1.2. Miyopi**

Gözün, optik eksenine paralel gelen ışınların retinanın önünde odaklaşmasıdır. Yani uzakta bulunan nesnelere yeterince net görememektir. Miyoplar nesnelere gözlerine yaklaştırdıkça daha net görmeye başlarlar. Yüksek dereceli miyoplarda göz önünde sinek uçuşması gibi siyah noktalar görülür. Miyopi tedavisinde uzaktan gelen ışınların retinanın üzerine düşmesini sağlayan içbükey mercekler kullanılır. Çocuklarda sürekli gözlük kullanımı ile tam düzeltme sağlanabilmektedir (14, 20, 30, 32, 34-37).

### 2.3.1.3. Astigmatizma

Nokta şeklindeki bir cismin görüntüsünün birbirlerine dik iki ayrı düzlemde olmasına astigmatizma denir. Kusuru olmayan gözde saydam tabakanın eğriliği her yöne doğru aynıdır. Bundan dolayı ışınlar bütün yönlere aynı miktarda kırılır. Oysa astigmat gözde saydam tabakanın eğriliği her yöne aynı miktarda değildir. Bu nedenle ışınlar göz merceğini geçerken farklı oranlarda kırılır. Astigmat bir kişi sözcülemi + işaretinin dikey ve yatay çizgilerini gözde eşit olarak odaklayamaz. Astigmatizması olan bir çocukta, dikkatsiz bir bireyin yapabileceği okuma hataları görülür. Çocuk bulanık görmeyi yenebilmek için gözlerini kaydırır ve bir nokta üzerinde odaklaşmaya çalışır. Frontal baş ağrısı, yorgunluk, sinirlilik, konjonktiva kızarıklığı, gözleri kısma, başın eğilmesi (özellikle oblik astigmatizmada), geçici görme bulanıklığı, bakış yönüne doğru başın çevrilmesi, kapak aralığının daraltılarak bakılması gibi semptomlar görülür. Astigmatizma silindirik merceklerle düzeltilir (14, 20, 30, 32, 34-37).

### 2.3.2. Anizometri

İki gözde farklı derecede kırma kusuru olmasıdır. Bir göz miyop iken diğer göz hipermetropiktir veya her iki gözdeki miyopi ve hipermetropi dereceleri farklıdır. Ambliyopi ve şaşılığa sebep olması açısından önemlidir (14, 32, 35-37).

### 2.3.3. Ambliyopi

Her iki gözde veya yalnız bir gözde organik ve optik anomali olmaksızın görme kaybının ortaya çıkmasıdır. Görmenin gelişiminde görsel uyarılar çok önemlidir. Görme yollarının ve dolayısıyla görmenin normal gelişimi için beynin her iki gözden aynı anda aynı netlikte görüntü alması gerekir. Bu sağlanmadığında ambliyopi yani "göz tembelliği" ortaya çıkmaktadır. Göz tembelliği diye de adlandırılan ambliyopi ancak küçük yaşlarda tespit edilebilirse tedavi edilebileceğinden ebeveynlerin bu konuda son derece hassasiyet göstererek erken yaşlarda çocuklarının göz muayenesi olmalarını sağlamaları gerekmektedir. Ambliyopi gözlerin normal olarak kullanılmasını engelleyen her türlü durumda ortaya çıkabilir. Şaşılık, kırma kusuru, katarakt ve organik bozukluklara bağlı olarak gelişebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde çocukların %2-4'ünde ambliyopi bildirilmektedir. Bu oran ülkemizde çeşitli çalışmalarda %0.6-2.1 arasında saptanmıştır. Ambliyopi gelişme riski hayatın ilk üç yılında en fazladır, ancak görme gelişimi tamamlanıncaya kadar yani dokuz yaşına kadar ortaya çıkabilir. Erken

tedavi edilmezse, kalıcı görme kaybıyla sonuçlanabilir. Tedavisinde, sağlıklı göz kapatılarak, ambliyop göz görmeye zorlanır (14, 19, 20, 31, 32, 35-37, 40, 41).

#### 2.3.4. Şaşılık

Şaşılık, normalde birbirine paralel olan iki göz ekseninin paralelliğinin bozulması şeklinde tanımlanabilir. Ancak, şaşılık sadece basit olarak göz eksenlerinin paralelliğinin bozulmasından ibaret olmayıp gözlerin birinde veya her ikisinde değişik derecelerde görme bozukluğu da mevcuttur. Nonparalitik ve paralitik olmak üzere iki gruba ayrılır.

- Nonparalitik şaşılıkta, şaşılık açısı bütün bakış yönlerinde aynıdır. Bu tip şaşılıklar orbita ve göz dışı kas anomalilerine, diyoptrik ve kalımsal etkenlere, beyin gelişme geriliğine bağlı olarak gelişebilir.
- Paralitik şaşılık, göz küresinin hareketlerini sağlayan göz dışı kaslarının felcine bağlı olarak gelişir. Genellikle yetişkinlerde görülür. Şaşılık açısı, paralitik kasın bakış yönünde artar. Çift görme, cisimlerin yerini yanlış saptama ve çift görme şikayetleri vardır. Çocuklar çift görmeden sakınmak için gözlerini kaydırarak görüntüyü baskılamayı öğrenir.
- Şaşılığa yol açabilecek durumlar:
- Hipermetropi
- Bir gözün görmediği haller (en önemlisi gözün retina tabakasının kötü huylu tümörü olan retinoblastomda)
- Düşük göz kapağı (pitozis)
- Bebeklerde doğuştan gelen bazı nörolojik bozukluklar
- İki gözdeki görüntüyü beyinde birleştiren mekanizmadaki bozukluk
- Görme siniri ya da görme yollarındaki bozukluklar
- Göz küresinin şekil ve hacim bozuklukları
- Gözün hareketini sağlayan kaslardaki bozukluklar

Tedavi, gözlerde kaymanın düzeltilmesi, görme keskinliğinin artırılması ve fonksiyonel iyileşmeyi sağlamaya yöneliktir (14, 17, 20, 31-33, 35-37, 41).

### 2.3.5. Nistagmus

İki veya tek gözün istemsiz hareketlerine denir. Hastalar görme azlığından, cisimlerin sallanmasından, vertigodan şikayetçi olurlar (32, 40, 42).

## 2.4. GÖZ HASTALIKLARI

### 2.4.1. Pitozis

Üst göz kapağının düşmesidir. Nedeni konjenital pitozis, kazanılmış pitozis ve psödopitozis gibi çeşitli formlarda olabilir.

Edinsel pitozis; travma, göz kapağı inflamasyonu ve yaralanmaları veya bazı nörolojik hastalıklardır (14, 32, 35).

### 2.4.2. Blefarit

Kirpikleri çevreleyen bezlerdeki anomalilere bağlı olarak görülen kronik bir kapak enflamasyonudur. En sık olarak görülen 2 tip;

- Kapağın kronik stafilokoksik enfeksiyonu
- Seboreik blefarit.

Stafilokoksik blefarit çok sık görülür ve genellikle başlangıçta asemptomatiktir. Hastalık ilerledikçe gözde yanma, yabancı cisim hissinden yakınmaları başlar. Akıntı, kapaklarda çapaklanma, kızarıklık ve kirpiklerde azalma gözlenir. Her iki durumda da tedavi uzun ve zordur, kapak hijyeni önerilir. Stafilokoksik blefarit için topikal antibiyotik önerilir. Blefarit yeniden tekrarlayabilir ve tedavi yinelenir (14, 32, 35-39, 41, 43).

### 2.4.3. Hordeolum

Kapaklarda bulunan bezlerden birinin (Zeiss / Moll bezleri) lokalize yüzeysel enfeksiyonudur. Akut, kabarık bir lezyondur ve şiş, hassas, kırmızı bir göz kapağı vardır. Konjonktivada kızarıklık görülebilir. Tedavide, günde 4 kez 15 dakikalık ılık kompresler ve topikal antibiyotikler kullanılır. Genellikle sistemik antibiyotikler gerekli olmaz. Çoğunlukla birkaç gün içinde spontan olarak drene olur. İki hafta içinde rezolüsyon olmazsa hasta sevk edilmelidir (14, 32, 35-38, 42).

#### 2.4.4. Şalazyon

Konjonktivitin bulunmadığı, göz kapaklarının kronik hastalığıdır. Granülomatöz enflamatuvar bir reaksiyon olan şalazyon, haftalarca hatta aylarca devam edebilir. Genellikle palpasyonda hassas olmayan, kistik ya da lastiksi kıvamdadır. Üst göz kapağı tutulduğunda sıklıkla görme geçici olarak bulanıklaşır. Üç aydan daha uzun süreyle iyileşmemesi durumunda insizyon ve küretaj gerekebilir (14, 32, 35-39, 42).

#### 2.4.5. Konjonktivit

Konjonktivanın inflamasyonudur. Kaynak genellikle eksojen (bakteriler ya da virüsler), bazen endojen (alerji, kimyasal iritanlar ve fungal ya da parazit enfeksiyonlar) dir. Konjonktivitin belirti ve bulguları: gözlerde kanlanma (yüzeysel veya derin), yanma hissi, yabancı cisim hissi, göz yaşarması, konjonktiva ödemi, mukoid ya da pürülan akıntı ve sabahları göz kapaklarının birbirine yapışmasıdır (10, 14, 16, 32, 34-39, 42).

##### 2.4.5.1. Bakteriyel Konjonktivit

En sık neden olan bakteriler; Staf. aureus, diplococcus pnömonia, Hem. influenza, Psödomonas'tır. Konjonktivit veya kırmızı gözün diğer nedenleri topikal steroidler veya antibiyotik-steroid kombinasyonlarının kullanılmasıdır. Belirtileri :

- Kırmızılık, akıntı, kum kaçmış hissi
- Önce bir göz sonra diğer göz tutulur
- Konjonktival hiperemi, fornikslerde daha fazladır
- Kapak konjonktivasında papiller oluşumlar
- Folikül olmaması
- Pürülan veya mukopürülan akıntıdır (32, 33, 35-39, 42, 43).

##### 2.4.5.2. Viral Konjonktivit

Bakteriyel konjonktivitlerin aksine bunlarda akıntı daha az belirgin olup, daha çok su gibidir. Büyük oranda bulaşıcıdır ve enfeksiyondan kaçınmada el yıkama çok önemlidir. Preauriküler lenf nodu büyümesi sıklıkla mevcuttur ve bu bulgu bakteriyel konjonktivitlerden ayırmada oldukça önemlidir. İlerlemiş vakalarda korneal tutulumla bağlı gerçek bir fotofobi ve görme bulanıklığı bulunabilir. Ancak viral konjonktivitlerin

çoğu kendi kendini sınırlar, çoğu 10-14 gün içinde düzelir ve herhangi spesifik bir tedavi gerektirmez. Topikal steroidler kontrendikedir (32, 33, 35-39, 42, 43).

#### 2.4.5.3. Allerjik Konjonktivit

Bazı antijenler yüzeysel konjonktival reaksiyonlara neden olabilir. Konjonktival dokuların elastikiyeti nedeniyle gözle görülür bir kabarıklık oluşabilir. Bu tip hastalarda; göz yaşarması, kaşıntı, konjonktivada ve kapaklarda şişlik ile kızarıklık bulunur. Akıntı az miktarda ipliksi ve beyazdır. Bahar nezlesi, astım veya egzeması olan hastalarda daha sık görülür. Temasa bağlı allerjik durum sıklıkla konjonktiva ya da göz kapağı ile temas eden ilaçlar, kozmetikler veya kimyasal ajanlarla ortaya çıkar. Buna neden olan ilaç ya da allerjenle temas kesilmelidir. Allerjik durumların çoğunun tedavisinde oral antihistaminikler, kimi zaman topikal antihistaminiklerle, naphazoline gibi vazokonstriktan damlalar kullanılır (32, 33, 35-39, 42, 43).

#### 2.4.6. İritis

Kızarıklık + ağrı + fotofobi bulunur. Akıntı görülmez ve pupil daralmıştır (32, 39).

### 2.5. GÖZ HASTALIKLARI SEMPTOMLARI

#### I.GÖRME BOZUKLUKLARI

##### A.Görme Azalması

- 1.Yakın
- 2.Uzak

##### B.Renk Görmede Bozukluk

- 1.Herediter
- 2.Akkiz (Genellikle tek taraflı)

##### C.Görme Alanı Bozuklukları

- 1.Bir gözde asimetric skotomlar
- 2.İki gözde simetric defektler

##### D.Gece Görme Bozuklukları

##### E.Yüzen Cisimcikler ve Renkli Haleler İmajı

##### F.Fotofopsi

##### G.Mikropsi, Makropsi, Metamorfopsi

##### H.Kortikal Orjinli Görme Bozuklukları

İ.Çift Görme

K.Geçici Görme Kayıpları

## II. GÖZ VE ÇEVRESİNDEKİ AĞRILAR

A.Yabancı Cisimler

B.Künt Ağrılar

C.Baş ağrısı

D.Gözlerde Yanma, Batma ve Yorgunluk Hissi

E.Fotofobi

## III. GÖZ YAŞI SEKRESYONU İLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

A.Lakrimasyon

B.Epifora

C.Müküs

D.Cerahat

E.Kuru Göz

## IV. FİZİK BOZUKLUKLAR

A.Kırmızı Göz

1.Konjonktiva Hiperemesi

2.Konjonktiva Altı Kanaması

3.Silyer Enjeksiyon

B.Tümoral Oluşumlar

C.Göz ve Eklerinin Anomalileri

D. Eksoftalmus, Enoftalmus

E.Kapak Açıklığı Anomalileri, Pitozis, Lagoftalmus

F.Pupilla Bozuklukları (44).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Bu araştırma, ilköğretim okulu öğrencilerinin(6-14 yaş) göz hastalıklarını tespit etmede hemşirenin rolü ve önemini belirlemek amacı ile müdahaleli tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER**

Araştırma Nevşehir il sınırları içinde bulunan ilköğretim okullarında yapılmıştır. Nevşehir 60.000 nüfusludur. İl sınırları içinde 13 lise (bunlardan ikisi özeldir), 23 ilköğretim okulu (bunlardan ikisi özeldir), 1 anaokulu bulunmaktadır.

İlköğretim okullarındaki sınıflara göre öğrenci dağılımı aşağıdadır.

1589 öğrenci	1. sınıf
1649 öğrenci	2. sınıf
1570 öğrenci	3. sınıf
1427 öğrenci	4. sınıf
1551 öğrenci	5. sınıf
1652 öğrenci	6. sınıf
1558 öğrenci	7. sınıf
1528 öğrenci	8. sınıf

Toplam: 12524 ilköğretim öğrencisi bulunmaktadır. Toplam öğretmen sayısı 523'dür. Öğretmen başına 22.03 öğrenci düşmektedir.

### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Nevşehir ili merkezinde bulunan 23 ilköğretim okulu ve bu okullarda eğitim- öğretim gören 12524 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneklem, Nevşehir belediye sınırları içinde bulunan ilköğretim okulları küme örneklem yöntemi kullanılarak seçilmiştir.

Nevşehir ilinde bulunan ilköğretim okulları:

Okul isimleri	Toplam öğrenci sayıları
-Atatürk İlköğretim Okulu	725
-Cumhuriyet İlköğretim Okulu	931
-Ersular İlköğretim Okulu	301
-Gazi İlköğretim Okulu	800
-Güzelyurt İlköğretim Okulu	745
-İbrahimpaşa İlköğretim Okulu	76
-İncekaralar İlköğretim Okulu	298
-İstiklal İlköğretim Okulu	264
-Lütfi Pamukcu İlköğretim Okulu	974
-M. Emin Günel İlköğretim Okulu	806
-Mehmet Gülen İlköğretim Okulu	307
-Örnekevler İlköğretim Okulu	348
-R. Nail Akman İlköğretim Okulu	790
-Yeniçeşme İlköğretim Okulu	757
-Yunus Emre İlköğretim Okulu	539
-19 Mayıs İlköğretim Okulu	240

-20 Temmuz İlköğretim Okulu	859
-23 Nisan İlköğretim Okulu	513
-30 Ağustos İlköğretim Okulu	333
-75. Yıl İlköğretim Okulu	586
-100. Yıl Ülfet Başer İlköğretim Okulu	644
-Özel Altınyıldız İlköğretim Okulu	395
-Özel Kardelen İlköğretim Okulu	293
<b>Toplam</b>	<b>12524</b>

Okullar birer küme olarak kabul edilmiştir. Bu kümelere numaralar verilmiş ve bu numaralar torbaya atılıp tombala usulü seçilmiştir.

Araştırma Yeniçeşme İlköğretim Okulunda bulunan 757 öğrenciye (2001-2002 yılı verilerine göre) (Uygulamaya başladığımız tarihte öğrenci sayısı 715 olarak değişmiştir) uygulanmıştır.

### 3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma Yeniçeşme İlköğretim Okulunda 715 öğrenciye uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacının kendisi tarafından muayene (EK 1)'de geliştirilen kriterlere uygun olarak yapılmıştır. Görme testi için ilkokul 1. sınıf öğrencilerine Snellen E kart, diğer sınıflara ise Snellen kart testi uygulanmıştır. Araştırmacı, muayene işlemini doğru yaptığına karar verinceye kadar hekim işbirliği ile çalışılmıştır.

Araştırmanın ön uygulaması Yeniçeşme ilköğretim okulunda bulunan 30 öğrenci üzerinde yapılmış gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulamaya başlanmıştır.

Öğretmenlere ve ailelere yönelik demografik özellikleri ve göz sağlığına ilişkin bilgi düzeylerini içeren (EK 2)'de, (EK 3)'de ve (EK.4)'de geliştirilen anket formu uygulanmıştır.

Eylül-Ekim literatür taranması

Ekim-Kasım ön uygulama ve anket formunun yeniden düzenlenmesi

Kasım-Aralık-Ocak verilerin toplanması

Şubat-Mart verilerin gruplanması ve değerlendirmesi

Nisan verilerin değerlendirilmesi

Mayıs-Haziran-Temmuz bulguların, tartışmanın, önerilerin ve tezin yazılması yapılmıştır.

### **3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN DENEK CİNSİ, SAYISI VE DAĞILIMI**

Araştırma Yeniçeşme İlköğretim Okulu'nda yapılmıştır. Sınıflara göre öğrenci dağılımı şöyledir;

1. sınıf-85 öğrenci
2. sınıf-91 öğrenci
3. sınıf-102 öğrenci
4. sınıf-101 öğrenci
5. sınıf-77 öğrenci
6. sınıf-73 öğrenci
7. sınıf-104 öğrenci
8. sınıf-82 öğrenci

Toplam 715 öğrenci bulunmaktadır. Okulda toplam 22 sınıf bulunmaktadır. Bu sınıflardan bir tanesi ana sınıfıdır ve örneklem dışında bırakılmıştır. Yeniçeşme İlköğretim Okulunda 27 öğretmen görev yapmaktadır.

### **3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ KAYNAKLARI VE YÖNTEM**

Araştırmacı; araştırmaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Göz Polikliniğinde muayenelere katılmıştır. Bu çalışma sırasında araştırmacı tarafından hazırlanan göz/görme sorunlarını tanılayan formlar test edilmiştir.

Göz/görme sorunlarının belirlenebilmesi için göz taraması ile ilgili literatürlerden ve uzman görüşlerinden faydalanılarak form geliştirilmiştir. Form Ek.1'de sunulmuştur.

Uzak görme keskinliğini değerlendirmek için 1. sınıf öğrencilerine Snellen E kartı (Ek 7), üst sınıflar için Snellen kartı (Ek 6) kullanılmıştır.

Snellen kartı uygulayabilmek için önce fizik koşullar uygun hale getirilmiştir. (Ek.5) Öğrencilere bu araştırmanın yapılma amacı açıklanıp, Snellen testi hakkında bilgi verilmiştir.

Renk görme bozukluğunu değerlendirmek için İshihara testi kullanılmıştır. Renk görme bozukluğu olduğu düşünülen öğrencilere test tekrar uygulanmıştır.

Öğretmenlere, demografik özellikleri, tarama testleri hakkındaki bilgi ve uygulamalarını içeren bir anket formu uygulanmıştır. (Ek.4)

Ailelere, demografik özellikleri, göz sağlığına ilişkin bilgi ve yaklaşımlarını içeren bir anket formu hazırlanmış, bu çalışmaya katılmak isteyen ailelere uygulanmıştır. (178 aile çalışmaya katılmak istememiştir) (Ek2., Ek.3)

### **3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Snellen E ve Snellen kartı ile yapılan testlerin değerlendirilmesinde tablonun 9. sırasını net görememe kriter olarak alınmıştır.

İshihara kartları ile yapılan renk görme bozukluğunun değerlendirilmesinde birden fazla kartı okuyamaması kriter olarak alınmıştır.

Muayeneler yaklaşık 5 dakika sürmüştür. Yapılan muayeneler sonucunda göz/görme problemi olduğu düşünülen öğrenciler sınıf öğretmeni, rehber öğretmen ve okul idaresi ile görüşülerek uzman hekime sevk edilmiştir.

Öğretmenlere hazırlanan anketlerin uygulaması yaklaşık 3 dakika sürmüştür. Anketlerde öğretmenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi bağımsız, diğer sorular ise bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Aileler için hazırlanan anketler öğrenciler aracılığı ile ailelere gönderilmiş ve ertesi gün tekrar toplanmıştır. Ailelere uygulanan anketlerde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, sosyal güvence durumu bağımsız, diğer sorular ise bağımlı değişken olarak alınmıştır. Verilerin analizinde; yüzdellik, Ki-kare , Fisher (Kesin Ki-kare) ve Yates Ki-kare testleri kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Tablo.4.1: Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	n	%
<b>Yaş (N: 715)</b>		
6-8	169	23.6
9-11	290	40.6
12 ve Üzeri	256	35.8
<b>Cinsiyet (N: 715)</b>		
Kız	346	48.4
Erkek	369	51.6
<b>Sınıf (N: 715)</b>		
1.Sınıf	85	11.9
2.Sınıf	91	12.7
3.Sınıf	102	14.3
4.Sınıf	101	14.1
5.Sınıf	77	10.8
6.Sınıf	73	10.2
7.Sınıf	104	14.5
8.Sınıf	82	11.5
<b>Ailenin Çocuk Sayısı (N: 544)</b>		
1	31	5.7
2	273	50.2
3	186	34.2
4 ve Üzeri	54	9.9
<b>Ailenin Kaçınıcı Çocuğu (N: 544)</b>		
1	229	42.1
2	205	37.7
3	90	16.5
4 ve Üzeri	20	3.7

Tablo.4.1’de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin %40.6’sı 9-11 yaş grubunda, %35.8’inin 12 ve üzeri yaş grubunda olduğu; %51.6’sının erkek, %48.4’ünün kız olduğu saptanmıştır. Ailelerin %50.2’sinin 2 çocuğa, %34.2’sinin 3 çocuğa sahip olduğu, öğrencilerin %42.1’inin ise ailenin 1. çocuğu olduğu belirlenmiştir.

**Tablo.4.2:** Öğrencilerin tespit edilen göz hastalıkları belirtilerine ve görme kusurlarına göre dağılımı (N: 715)

Göz Hastalıkları Belirtileri ve Görme Kusurları	Var	
	n	%
Göz kapağında düşüklük	3	0.4
Göz kapağında ödem	6	0.8
Gözde akıntı ve lezyon	2	0.3
Konjonktiva kırmızı ve/veya benekli	44	6.2
Mavi sklera	7	1.0
Pupillaların şeklinde anormallik	1	0.1
Kırpık dipleri kırmızı ve iltihaplı	4	0.6
Şaşılık	31	4.3
Göz çevresinde kızarıklık ve kabuklanma	2	0.3
Tekrarlayan arpacık enfeksiyonu	1	0.1
Gözleri kısarak bakma	3	0.4
Gözleri sık sık kırma	2	0.3
*Görmede zorluk	156	21.8
Okumada zorluk	22	3.1
Kitabı göze yakın tutma	35	4.9
Başını eğerek ve ilerleterek bakma	54	7.6
Gözü fazla ovalama	45	6.3
Gözde sulanma	72	10.1
Nistagmus	68	9.5
Renk görme bozukluğu	33	4.6
Baş ağrısı	119	16.6
Göz ağrısı	17	2.4
Göz hareketlerinde kısıtlılık	13	1.8
Gözlük	56	7.8

\*Sağ göz, sol göz veya her iki göz birden görme bozukluğu olanlar.

Tablo.4.2’de öğrencilerin göz hastalıkları belirtileri ve görme kusurlarına göre dağılımları görülmektedir. Öğrencilerde en çok görülen göz hastalıkları belirtileri ve görme kusurları; görmede zorluk, baş ağrısı, gözde sulanma ve nistagmustur.

**Tablo.4.3:** Gözlerinde göz hastalıkları belirtileri ve görme kusuru olan öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımı (N: 715)

Göz Hastalıkları Belirtileri ve Görme Kusurları	Cinsiyet				X <sup>2</sup>	P
	Kız (n:346)		Erkek (n:369)			
	n	%	n	%		
Göz kapağında düşüklük	1	0.3	2	0.5	1.000 (Fisher)	>0.05
Göz kapağında ödem	0	0.00	6	1.6	0.031 (Fisher)	< 0.05
Gözde akıntı	2	0.6	0	0.00	0.234 (Fisher)	> 0.05
Konjonktiva kırmızı ve/veya benekli	16	4.6	28	7.6	0.099 (Yates)	> 0.05
Mavi sklera	2	0.6	5	1.4	0.453 (Fisher)	> 0.05
Kirpik Dipleri Kırmızı ve/veya iltihaplı	1	0.3	3	0.8	0.625 (Fisher)	> 0.05
Şaşılık	15	4.3	16	4.3	1.000 (Yates)	> 0.05
Göz çevresinde kızarıklık kabuklanma	1	0.3	1	0.3	1.000 (Fisher)	> 0.05
Tekrarlayan arpacık enfeksiyonu	1	0.3	0	0.00	0.484 (Fisher)	> 0.05
Gözlerini kısarak bakma	1	0.3	2	0.5	1.000 (Fisher)	> 0.05
Gözleri sık sık kırpm	0	0.00	2	0.5	0.500 (Fisher)	> 0.05
*Uzağı görmeye zorluk	83	24.0	73	19.8	0.174	> 0.05
Okumada zorluk	10	2.9	12	3.3	0.950 (Yates)	> 0.05
Kitabı göze yakın tutma	19	5.5	16	4.3	0.588 (Yates)	> 0.05
Başını eğerek yada ilerleterek bakma	21	6.3	33	8.9	0.146	> 0.05
Gözü fazla ovalama	16	4.6	29	7.9	0.104 (Yates)	> 0.05
Gözde sulanma	40	11.6	32	8.7	0.200	> 0.05
Nistagmus	35	10.1	33	8.9	0.593	> 0.05
Renk görme bozukluğu	7	2.0	26	7.0	0.03 (Yates)	< 0.05
Baş ağrısı	73	21.1	46	12.5	0.02	< 0.05
Göz hareketlerinde kısıtlılık	7	2.0	6	1.6	0.907	>0.05
Göz ağrısı	6	1.7	11	3.0	0.396 (Yates)	>0.05
Gözlük kullanımı	28	8.1	28	7.6	0.802	>0.05

\*Sağ göz, sol göz veya her iki gözde birden görme bozukluğu olanlar.

Tablo.4.3'de gözlerinde göz hastalıkları belirtileri ve görme kusuru olan öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelenmiştir.

Uzağı görmeye zorluk kız öğrencilerde %24 , erkek öğrencilerde %19.8 oranında saptanmıştır. Kız öğrencilerde uzağı görmeye zorluk sayısal olarak erkeklerden daha fazla olmakla birlikte yapılan istatistiksel değerlendirmede cinsiyet grupları ile uzağı görmeye zorluk arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (X<sup>2</sup>: 0.174, P>0.05).



Erkek öğrencilerin %7'sinde renk görme bozukluğu olduğu belirlenmiş ve cinsiyet grupları ile renk görme bozukluğu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $X^2$ : 0.03,  $P<0.05$ ).

Baş ağrısının kız öğrencilerde %21.1 olduğu saptanmış ve cinsiyet grupları ile baş ağrısı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $X^2$ : 0.02,  $P<0.05$ ).

**Tablo.4.4:** Öğrencilerin yaş grupları ve göz enfeksiyon belirtisi görülme sıklığı (N: 715)

Enfeksiyon Belirtisi	Yaş						Toplam	
	6-8		9-11		12 ve Üzeri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	29	17.2	40	13.8	70	27.3	139	19.4
Yok	140	82.8	250	86.2	186	72.7	576	80.6
<b>Toplam</b>	169	100.0	290	100.0	256	100.0	715	100.0

$X^2=0.000$  Sd: 2  $p<0.05$

Tablo.4.4'de öğrencilerin yaş grupları ile göz enfeksiyon belirtisi görülmesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Görüldüğü gibi, 9-11 yaş grubunda göz enfeksiyon belirtisi %13.8 görülürken, 12 ve üzeri yaş grubunda %27.3 oranında görüldüğü saptanmıştır. Yaş arttıkça enfeksiyon belirtisi görülen öğrenci sayısında artma olduğu belirlenmiş ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo.4.5:** Öğrencilerin yaş gruplarına ve görme kusurları görülme sıklığı (N: 715)

Görme Kusuru	Yaş						Toplam	
	6-8		9-11		12 ve Üzeri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	43	25.4	91	31.4	99	38.7	233	32.6
Yok	126	74.6	199	68.6	157	61.3	482	67.4
<b>Toplam</b>	169	100.0	290	100.0	256	100.0	715	100.0

$X^2=0.023$  Sd:2  $p<0.05$

Öğrencilerin yaşları ile görme kusurları arasındaki ilişki Tablo.4.5'te verilmiştir. 9-11 yaş grubunun %31.4'ünde, 12 ve üzeri yaş grubunun %38.7'sinde görme kusuru belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe görme kusurları da artmaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede göz kusuru görülmesi yönünden yaş grupları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo.4.6:** Öğrencilerin uzağı görmeye zorluk çekme ve baş ağrısı semptomlarına göre dağılımları (N: 715)

Uzağı Görmeye Zorluk	Baş Ağrısı				Toplam	
	Oluyor		Olmuyor			
	n	%	n	%	n	%
Var	39	32.8	117	19.6	156	21.8
Yok	80	67.2	479	80.4	559	78.2
<b>Toplam</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>596</b>	<b>100.0</b>	<b>715</b>	<b>100.0</b>

 $X^2=0.002$ 

Sd: 1

 $p<0.05$ 

Tablo.4.6'da öğrencilerin uzağı görmeye zorluk çekmesi ile baş ağrısı olma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrısı olduğunu ifade eden öğrencilerin %32.8'inde uzağı görmeye zorluğunun olduğu görülmektedir. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo.4.7:** Öğrencilerin gözlük kullanımı ve uzağı görmeye zorluksorunların devamı sıklığı (N: 715)

Uzağı Görmeye Zorluk	Gözlük				Toplam	
	Kullanıyor		Kullanmıyor			
	n	%	n	%	n	%
Var	27	48.2	131	19.9	158	22.1
Yok	29	51.8	528	80.1	557	77.9
<b>Toplam</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>569</b>	<b>100.0</b>	<b>715</b>	<b>100.0</b>

 $X^2=0.00$ 

Sd: 2

 $p<0.05$ 

Gözlük kullanan öğrencilerin %48.2'sinde uzağı görmeye zorluk çekme durumunun devam ettiğini gösteren veriler Tablo.4.7'de görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda gözlük kullanan ve kullanmayan gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo.4.8:** Öğrencilerin gözlük kullanma ve baş ağrısı olma durumlarına göre dağılımları (N: 715)

Baş Ağrısı	Gözlük				Toplam	
	Var		Yok			
	n	%	n	%	n	%
Oluyor	16	28.6	103	15.6	119	16.6
Olmuyor	40	71.4	556	84.4	596	83.4
<b>Toplam</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>	<b>659</b>	<b>100.0</b>	<b>715</b>	<b>100.0</b>

 $X^2=0.021$ 

Sd: 1

 $p<0.05$ 

Gözlük kullanan öğrencilere baş ağrısı yakınması olup olmadığı sorulmuş ve elde edilen bulgular Tablo.4.8'de gösterilmiştir. Gözlük kullanan öğrencilerin %28.6'sı baş

ağrısından yakınmışlardır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gözlük kullanan ve kullanmayan gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ )

**Tablo.4.9:** Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N: 544)

Özellikler	n	%
<b>Annenin Yaşı</b>		
22-29	143	26.3
30-37	292	53.7
38 ve üzeri	109	20.0
<b>Annenin Öğrenim Durumu</b>		
Okur-Yazar Değil	9	1.6
İlkokul	261	48.0
Ortaokul	92	16.9
Lise	151	27.8
Üniversite	31	5.7
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	67	12.3
Çalışmıyor	477	87.7
<b>Annenin Mesleği</b>		
Memur	44	65.7
İşçi	13	19.4
Serbest Meslek	10	14.9
Toplam	544	100

Tablo.4.9'da annelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Annelerin %53.7'si 30-37 yaş grubunda olup %48.0'i ilkokul mezunu, %27.8'i lise mezunu ve annelerin yalnızca %12.3'ü çalışmaktadır.

**Tablo.4.10:** Babaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N: 537)

Özellikler*	n	%
<b>Babanın Yaşı</b>		
24-33	106	19.7
34-43	372	69.3
44 ve üzeri	59	11.0
<b>Babanın Öğrenim Durumu</b>		
İlkokul	140	26.1
Ortaokul	99	18.4
Lise	177	33.0
Üniversite	121	22.5
<b>Babanın Mesleği</b>		
Memur	159	29.6
İşçi	115	21.4
Serbest Meslek	225	41.9
Diğer	38	7.1
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Yok	64	11.9
SSK	159	33.3
Emekli Sandığı	151	31.7
Özel Sağlık Sigortası	6	1.3
Bağkur	163	34.2

\*Araştırmaya katılan ailelerin 7'si babasını kaybetmiştir.

Tablo.4.10'da babaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Babaların %69.3'ü 34-43 yaş grubunda olup %26.1'i ilkokul mezunu, %22.5'i üniversite mezunu ve %41.9'u serbest meslek, %29.6'sı memur olarak çalışmaktadır.

Ailelerin %11.9'unun herhangi bir sosyal güvencesi olmayıp, %33.3'ü SSK'ya, %34.2'si bağkur'a, %31.7'si emekli sandığına bağlıdır.

**Tablo.4.11:** Ailenin çocuğun göz problemini farketmelerini ifade etme durumlarına göre dağılımı(N:537)

Göz Problemini	n	%
Farkeden	116	21.6
Farketmeyen	421	78.4
<b>Toplam</b>	<b>537</b>	<b>100.0</b>

Tablo.4.11'de ailelerin çocuklarında göz problemi farketme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Ailelerin sadece %21.3'ü çocuklarında olan göz problemini farketmelerini ifade etmişlerdir.

**Tablo.4.12:** Ailelerin çocuklarında farkettileri göz problemlerine göre dağılımı (n: 116)

Belirtiler*	n	%
Kayma	11	9.6
Görmenin Azalması	44	38.3
Gözde Sulanma	22	19.1
Gözde Kanlanma	7	6.1
Gözde Kaşıntı	16	13.9
Gözde Kızarıklık	16	13.9
Göz Ağrısı	18	15.7
Gözde Akıntı	8	6.7
Travma	5	4.3
Diğer**	12	10.4

\*Bireyler birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Diğer: Işığa Hassasiyet, Renkleri Farklı Görme, Yağ Bezesi, Kirpik Diplerinde Kabuklanma, Gözleri Sık Kırpma, Göz Tembelliği, Gözde Şişme, Göz Tansiyonu, Arpacık

Tablo.4.12.'te de görüldüğü gibi ailelerin %38.3'ü görmenin azalması, %19.1'i gözde kanlanma, %6.7'si ise gözde akıntı gibi belirtileri farkettilerini ifade etmişlerdir.

**Tablo.4.13:** Göz problemini farkedilen ailelerin çocuğunu doktora götürme durumlarına göre dağılımı (n:116)

Göz Doktoruna Gitme Durumu	n	%
Götüren	105	90.5
Götürmeyen	11	9.5
<b>Toplam</b>	<b>116</b>	<b>100.0</b>

Tablo.4.13'te ailelerin çocuğun göz problemini farkedip doktora götürme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Ailelerin %90.5'ü çocuklarında göz problemini fark edip doktora götürdüklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo.4.14:** Babaların sosyo-demografik özellikleri ve göz problemlerini farketmelerini ifade etme durumlarına göre dağılımı (N: 537)

Özellikler	Göz Problemi						X <sup>2</sup>	Sd	P
	Farkeden		Farketmeyen		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Yaş</b>									
24-33	21	19.8	85	80.2	106	100.0	0.833	2	>0.05
34-43	82	22.0	290	78.0	372	100.0			
44 ve üzeri	13	22.0	46	76.0	59	100.0			
<b>Eğitim</b>									
İlkokul	31	22.1	109	77.9	140	100.0	0.246	3	>0.05
Ortaokul	14	14.1	85	85.9	99	100.0			
Lise	42	23.7	135	76.3	177	100.0			
Üniversite	29	24.0	92	76.0	121	100.0			
<b>Sosyal Güvence</b>									
Var	104	22.0	369	78.0	473	100.0	0.668	1	>0.05
Yok	12	18.8	52	81.2	64	100.0			

Tablo.4.14'de babaların sosyo-demografik özellikleri ve göz problemlerini farketme durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede yaş grupları, eğitim düzeyleri ve sosyal güvence olup olmamasının babaların göz problemlerini fark etmelerinde etkili olmadığı ve gruplar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ )

**Tablo.4.15:** Çocuklarında göz problemi farketmelerini ifade eden babaların sosyo-demografik özellikleri ve çocuklarını doktora götürme durumlarına göre dağılımı (n: 116)

Özellikler	Doktora Götürme						X <sup>2</sup>	Sd	P
	Götürüyor		Götürmüyor		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Yaş*</b>									
24-33	19	86.4	3	13.6	22	100.0	0.613	2	>0.05
34-43	73	90.1	8	9.9	81	100.0			
44 ve üzeri	13	100.0	0	0	13	100.0			
<b>Eğitim**</b>									
İlkokul	24	77.4	7	22.6	31	100.0	0.025 (Fisher)	3	<0.05
Ortaokul	14	99.3	1	6.7	15	100.0			
Lise	40	95.2	2	4.8	42	100.0			
Üniversite	27	96.4	1	3.6	28	100.0			
<b>Sosyal Güvence</b>									
Var	97	99.3	7	6.7	104	100.0	0.015 (Fisher)	1	<0.05
Yok	8	66.7	4	33.3	12	100.0			

\*Ki Kare değeri 44 ve üzeri yaş grubu dışında bırakılarak alınmıştır. \*\*Ki Kare Değeri İlkokul ile Ortaokul, Lise ile Üniversite Birleştirilerek Alınmıştır

Tablo.4.15.'de çocuklarında göz problemi olduğunu farkededen babaların sosyo-demografik özellikleri ve çocuklarını doktora götürme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe çocuklarını doktora götürmelerin oranlarının arttığı görülmüştür. Tabloda da görüldüğü gibi ilkokul mezunu babaların %22.6'sı doktora götürmezken, üniversite mezunlarının yalnızca %3.6'sı doktora götürmediklerini ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel incelemede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Ayrıca sosyal güvencesi olan ailelerin %6.5'i doktora götürmez iken, sosyal güvencesi olmayanların %30.8'i doktora götürmediklerini ifade etmişlerdir. İstatistiksel olarak da aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo.4.16:** Annelerin sosyo-demografik özellikleri ve göz problemini fark ettiklerini ifade etme durumlarına göre dağılımı (N: 537)

Özellikler	Göz Problemi						X <sup>2</sup>	Sd	P
	Farkedilen		Fark etmeyen		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Yaş</b>									
22-29	27	19.4	112	80.6	139	100.0	0.539	2	>0.05
30-37	63	21.6	228	78.4	291	100.0			
38 Ve Üzeri	26	24.3	81	75.7	107	100.0			
<b>Eğitim*</b>									
Okur-Yazar Değil	1	11.1	8	88.9	9	100.0	0.789	3	>0.05
İlkokul	54	21.0	203	79.0	257	100.0			
Ortaokul	23	25.3	68	74.7	91	100.0			
Lise	32	21.5	117	78.5	149	100.0			
Üniversite	6	19.4	25	80.6	31	100.0			
<b>Çalışma Durumu</b>									
Çalışıyor	12	18.5	53	81.5	65	100.0	0.620 (Yates)	1	>0.05
Çalışmıyor	104	22.0	368	78.0	472	100.0			

\*Ki Kare Değeri Okur Yazar Dışında Bırakılarak Alınmıştır.

Annelerin sosyo-demografik özellikleri ve çocuklarının göz problemini farketme durumlarına göre dağılımı Tablo.4.16.'da verilmiştir. Yapılan incelemede yaş grupları, eğitim düzeyleri ve çalışma durumu göz problemlerini fark etmede etkili olmamıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

**Tablo.4.17:** Çocuklarında göz problemi fark ettiklerini ifade eden annelerin sosyo-demografik özellikleri ve çocuklarını doktora götürme durumlara göre dağılımı (n: 116)

Özellikler	Doktora Götürme						X <sup>2</sup>	Sd	P
	Götürüyor		Götürmüyor		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Yaş</b>									
22-29	26	92.9	2	7.1	28	100.0	0.451	2	>0.05
30-37	58	92.9	5	7.1	63	100.0			
38 ve Üzeri	21	84.0	4	16.0	25	100.0			
<b>Eğitim*</b>									
Okur-Yazar Değil	1	100.0	0	0	1	100.0	1.000 (Fisher)	1	>0.05
İlkokul	49	89.1	6	10.9	55	100.0			
Ortaokul	21	91.3	2	8.7	23	100.0			
Lise	28	90.3	3	9.7	31	100.0			
Üniversite	6	100.0	0	0	6	100.0			
<b>Çalışma Durumu</b>									
Çalışıyor	12	100.0	0	0	12	100.0	0.599 (Fisher)	1	>0.05
Çalışmıyor	93	89.4	11	10.6	104	100.0			

\*Ki Kare Değeri Okur-Yazar Dışında Bırakılarak, İlkokul ile Ortaokul ve Lise ile Üniversite Birleştirilerek Alınmıştır

Çocuklarında göz problemi farketdiklerini ifade eden annelerin sosyo-demografik özellikleri ve çocuklarını doktora götürme durumlarına göre dağılımı tablo.4.17.'de gösterilmiştir. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça doktora götürme oranının da arttığı görülmüştür. Yapılan incelemede annelerin yaş grupları, eğitim düzeyleri, çalışma durumlarının annelerin çocuklarını doktora götürmede etkili olmadığı ve gruplar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak da önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).



**Tablo.4.18:** Ailelerin çocuk özellikleri ve göz problemlerini fark etme durumlarına göre dağılımı (N: 537)

Çocuk Özellikleri	Göz Problemi						X <sup>2</sup>	Sd	P
	Farkeden		Farkedemeyen		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Çocuk Sayısı</b>									
1	5	17.2	24	82.8	29	100.0	0.412	3	>0.05
2	67	24.5	206	75.5	273	100.0			
3	34	18.7	148	81.3	182	100.0			
4 ve üzeri	10	18.9	43	81.1	53	100.0			
<b>Kaçıncı Çocuk</b>									
1	58	25.7	168	74.3	226	100.0	0.048	3	<0.05
2	45	22.1	159	77.9	204	100.0			
3	11	12.5	77	87.5	88	100.0			
4 ve Üzeri	2	10.5	17	89.5	19	100.0			

Tablo.4.18.'de ailelerin çocuk sayısı ile göz problemlerini farketme durumları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Ailenin birinci çocuğunun göz problemini fark etme durumu %25.7 iken 4 ve üzeri sayıda çocuğa sahip ailelerin %10.5'i göz problemini fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Yapılan değerlendirmede kaçıncı çocuk olduğu ile göz probleminin fark edilme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo.4.19:** Ailelerin çocuk özellikleri ve göz problemini farkedip doktora götürme durumlarına göre dağılımı (n: 116)

Çocuk Özellikleri	Doktora Götürme						X <sup>2</sup>	Sd	P
	Götüren		Götürmeyen		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Çocuk Sayısı</b>									
1	5	100.0	0	0.00	5	100.0	0.105 (Fisher)	3	>0.05
2	62	93.9	4	6.1	66	100.0			
3	29	85.3	5	14.7	34	100.0			
4 ve üzeri	9	81.8	2	18.2	11	100.0			
<b>Kaçıncı Çocuk*</b>									
1	53	91.4	5	8.6	58	100.0	0.621 (Fisher)	3	>0.05
2	40	90.9	4	9.1	44	100.0			
3	9	81.8	2	18.2	11	100.0			
4 ve Üzeri	3	100.0	0	0.00	3	100.0			

\*Ki Kare değeri 1-2 ve 3-4 üzeri çocuk sayıları birleştirilerek alınmıştır.

Tablo.4.19.'da ailelerin çocuk sayısı ile göz problemlerini farkedip doktora götürme durumları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Ailelerin çocuk sayısı arttıkça doktora götürme oranları da azalmıştır. Yapılan değerlendirmede çocuk sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ve çocukların doktora götürülme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

Tablo.4.20: Öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri (N: 27)

Özellikler	N	%
<b>Yaş</b>		
39 ve altı	14	59.1
40 ve üstü	13	48.1
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	15	55.6
Erkek	12	44.4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise ve Ön lisans	12	44.4
Lisans	15	55.6
<b>Hizmet Yılı</b>		
15 yıl ve altı	8	29.6
16 yıl ve üstü	19	70.4

Öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri tablo.4.20'de görülmektedir. Öğretmenlerin %59.1'inin 39 yaş ve altı, %55.6'sının kadın, %55.6'sının lisans mezunu ve %70.4'ünün 16 yıl ve üstü hizmet süresi olduğu belirlenmiştir.

Tablo.4.21: Öğretmenlerin çalıştıkları okullarda tarama testi yapılma durumuna göre dağılımı (N: 27)

Tarama Testi	n	%
Yapıldı	23	85.2
Yapılmadı	4	14.8
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>100.0</b>

Tablo.4.21.'de öğretmenlerin çalıştıkları okullarda tarama testi yapılma durumları verilmiştir. Öğretmenlerin %85.2'si çalıştıkları okullarda tarama testi yapıldığını söylerken, %14.8'i ise tarama testi yapılmadığını belirtmiştir.

**Tablo.4.22:** Öğretmenlerin çalıştığı okulda yapılan tarama testlerine göre dağılımı (n: 23)

Testler*	n	%
Görme Muayenesi	15	65.2
İşitme Muayenesi	6	26.1
Diş Muayenesi	9	39.1
Büyüme Gelişme Takibi	13	56.5
Diğer**	5	21.7

\*Bireyler birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*Diğer PPD, İnmemiş Testis Muayenesi

Öğretmenlerin çalıştıkları okullarda hangi tarama testlerinin yapıldığı tablo.4.22.'de yer almaktadır. Yapılan incelemede %65.2'si görme muayenesi, %26.1'i işitme muayenesi, %26.1'i ise diş muayenesi yapıldığını ifade etmişlerdir.

**Tablo.4.23:** Öğretmenlerin çalıştığı okulda tarama testi yapan kurumlara göre dağılımı (n: 23)

Taramayı Yapan	n	%
Sağlık Ocağı	17	73.9
Diğer*	6	26.1
<b>Toplam</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

\* Diğer: Doktor, Hemşire, Rehberlik Merkezi

Tablo.4.23.'de okullarda yapılan tarama testlerinin %73.9'unun sağlık ocağı, %26.1'inin ise doktor, hemşire ve rehberlik merkezi tarafından yapıldığı görülmektedir.

**Tablo.4.24:** Öğretmenlerin göz sorununu farkedebildiklerini ifade etme durumlarına göre dağılımı (N: 27)

Göz Sorunu	n	%
Farkedebiliyor	23	85.2
Farkedemiyor	4	14.8
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>100.0</b>

Öğretmenlerin göz sorununu farkedebildiklerini ifade etme durumları tablo.4.24.'de incelenmiştir. Öğretmenlerin %85.2'si göz sorunlarını fark edebildiklerini ifade ederken, %14.8'i ise göz problemlerini fark edemediklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo.4.25: Öğretmenlerin öğrencilerinde fark ettikleri göz problemlerine göre dağılımı (n: 23)**

Sorunlar*	n	%
Kitaba Yaklaşma , Yanlış Okuma	9	39.1
Tahtayı Görememe, Oturduğu Yerden Kalkma	11	47.8
Gözünü Kısarak Bakma, Gözü Sık Kırpma	15	65.2
Şaşılık	2	8.7
Yürüyüşte Değişiklik	2	8.7
Kızarıklık, Kaşıntı	1	4.3

\*Bireyler birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.25.'de öğretmenlerin öğrencilerde farkettileri göz problemleri incelenmiştir. Öğretmenlerin %65.2'si gözünü kısarak bakma, gözü sık kırpma, %47.8'i tahtayı görememe, oturduğu yerden kalkma, %39.1'i ise kitaba yaklaşma, yanlış okuma gibi problemleri fark ettikleri belirtmişlerdir.

**Tablo.4.26: Öğretmenlerin göz problemi olduğunu farkettileri öğrencilere yaptıkları müdahaleye göre dağılımı (n: 23)**

Müdahale*	n	%
Öğrenciye Doktora Gitmesi Gerektiğini Söyledim	11	47.8
Ailesine Bildirdim	13	56.5
İdareye Bildirdim	3	13.0
Ön Sıraya Oturttum	3	13.0

\*Bireyler birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.26.'da öğretmenlerin göz problemlerini farkettilerinde nasıl müdahale ettikleri incelenmiştir. Öğretmenlerin %56.5'i ailesine bildirdiğini, %47.8'i öğrenciye doktora gitmesi gerektiğini söylediğini, %13.0'ı ise idareye bildirdiğini söylemiştir.

Tablo.4.27: Öğretmenlerin özellikleri ve göz problemlerini farketme durumlarına göre dağılımı (N: 27)

Özellikler	Göz Problemi						X <sup>2</sup>	Sd	P
	Farkeden		Farketmeyen		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
<b>Yaş</b>									
39 Yaş ve Altı	13	92.9	1	7.1	14	100.0	0.326 (Fisher)	1	>0.05
40 Yaş ve Üstü	10	76.9	3	23.1	13	100.0			
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	14	93.3	1	6.7	15	100.0	0.294 (Fisher)	1	>0.05
Erkek	9	75.0	3	25.0	12	100.0			
<b>Eğitim Durumu</b>									
Lise ve Önlisans	10	83.3	2	16.7	12	100.0	1.000 (Fisher)	1	>0.05
Lisans	13	86.7	2	13.3	15	100.0			
<b>Hizmet Yılı</b>									
15 Yıl ve Altı	8	100.0	-	-	8	100.0	0.285 (Fisher)	1	>0.05
16 Yıl ve Üstü	15	78.9	4	21.1	19	100.0			

Tablo.4.27'de öğretmenlerin özellikleri ve öğrencilerde göz problemini farkedebilme durumlarının dağılımı incelenmiştir. Öğretmenlerin yaş grupları ve hizmet yılları azaldıkça göz problemlerini fark etme oranlarının arttığı bulunmuştur. Ayrıca erkek öğretmenlerin %75'i göz problemini fark edebildiğini ifade ederken, kadın öğretmenlerin %93.3'ü göz problemlerini fark edebildiklerini ifade etmişlerdir. Öğretmenlerin yaş grupları, cinsiyetleri, eğitim durumları ve meslekteki hizmet yıllarının öğrencilerdeki göz problemlerini farketmede etkili olmadığı belirlenmiş ve gruplar arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Okul dönemi, çocukların sağlık ve eğitim yönünden gelişmelerinin önemli aşamasını oluşturur. Bu dönemlerde başarı ile uygulanan sağlık sistemi ve eğitiminde sadece okul çocuklarının sağlığı iyi yönde gelişmekle kalmayıp, ailenin tamamını ve daha sonra toplumun tümündeki sağlık davranışları ve sağlığı koruma davranışlarındaki değişimi kolaylaştıracaktır. Okul toplumundaki bu kuşakların eğitimi ile mutlu, sağlıklı bir toplumun geleceği yapılandırılmış olacaktır (10, 12, 25).

Dünyada çocukluk çağında görülen kronik hastalıklar arasında görme bozuklukları ve görme azlığı nedenleri en baş sıralarda yer almaktadır. Önlenbilir körlük nedenleri de, çocuklarda görme azlığına yol açan hastalıkların başında gelmektedir. Çocukluk çağında rastlanan görme bozuklukları sağlık problemleri arasında dördüncü sıradadır. Göz taramaları bu durumu ortaya çıkarmak için başvurulan en önemli yöntemlerden birisidir (18, 19, 22).

Araştırmamız, ilköğretim okulu öğrencilerinin göz hastalıklarını tespit etmede hemşirenin rolü ve önemini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma grubunda bulunan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri şöyledir: Öğrencilerin %40.6'sının 9-11 yaş grubunda, %35.8'inin 12 ve üzeri yaş grubunda olduğu; %51.6'sının erkek, %48.4'ünün kız olduğu saptanmıştır. Ailelerin %50.2'sinin 2 çocuğa, %34.2'sinin 3 çocuğa sahip olduğu, öğrencilerin %42.1'inin ise ailenin 1. çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.1). Annelerin %53.7'si 30-37 yaş grubunda olup %48'i ilkokul mezunu, %27.8'i lise mezunu ve annelerin yalnızca %12.3'ü çalışmaktadır (Tablo.4.9). Babaların %69.3'ü 34-43 yaş grubunda olup %26.1'i ilkokul

mezunu, %22.5'i üniversite mezunu ve %41.9'u serbest meslek, %29.6'sı memur olarak çalışmaktadır. Ailelerin yalnızca %11.9'unun herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir (Tablo.4.10).

Araştırmamızın sonucunda öğrencilerin, (%3.1'inde okumada zorluk, %21.8'inde görmede zorluk, %4.9'unda kitabı göze yakın tutma, %7.6'sında başını eğerek ve ilerleterek bakma, %2.4'ünde göz ağrısı ve %16.6'ında baş ağrısı) %32.6 kırma kusuru olduğu söylenebilir (Tablo.4.5). Çocuklarda kırma kusurlarına sık rastlanır. Kırma kusuru olan çocuklar, gözlerini ovarak, sık sık gözlerini kırparak, kitaplara yakın bakarak, başlarını yana eğerek, uzağa bakarken gözlerini kısarak bu şikayetlerinden kurtulmak isterler. İdeal olarak her çocuk yılda bir kez okullarda göz muayenesinden geçirilmesi önerilmektedir. Kırma kusurları toplumda, özellikle de okul çağındaki çocuklarda, en sık rastlanan sağlık sorunlarından biri olup çocukların %5-10'unu etkilemektedir. Amerika Birleşik Devleti'nde öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada %49 kırma kusuru, %22-36 oranında yaşla birlikte artan gözlük kullanımı bulunduğu tespit edilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde yapılmış daha önceki çalışmalar incelendiğinde kırma kusuru prevalansının %5,3 ile %37,6 arasında değiştiği saptanmıştır (14, 16-18, 20, 27, 32, 45, 46). Bizim araştırma sonuçlarımızla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi bulguları benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda öğrencilerde görme keskinliği Snellen Tablosu ile test edilmiştir. Test sonucunda öğrencilerin %21.8'inde görme keskinliğinde azalma saptanmıştır (Tablo.4.2). Çocuklarda göz sorunları öğrenim yaşantılarını ve başarı düzeylerini etkileyen en önemli etmendir. Yapılan araştırmalarda görme kusuru yeni belirlenen öğrencilerle, görme kusuru olmayan öğrencilerin başarıları arasında önemli istatistiksel fark bulunmuştur (14, 20).

Araştırmamızda gözlük kullanan öğrencilerin gözlükleri takılı iken yapılan görme muayenesi sonucunda %48.2'sinin uzağı görmede zorluk çekme durumlarının devam ettiği belirlenmiştir (Tablo.4.7). Kırma kusuru ile ilgili yapılan araştırmalarda öğrencilerin %9.4-13.6'sının önceden gözlük kullandığı yayınlamıştır. (16, 18) Sonuçlar bizim araştırmamızla farklılıklar göstermektedir. Bu da bize, öğrencilerin gözlük kullanımına başladıktan sonra kontrollerini zamanında yaptırmadıklarını düşündürebilir.

Araştırmamızda görmede zorluk çeken öğrencilerin (%32.8), çekmeyenlere göre baş ağrısından daha çok yakındıkları görülmüş ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo.4.6). Literatürde buna ilişkin bir araştırma bulunmamıştır.

Araştırmamızda öğrencilerin 9-11 yaş grubunun %31.4'ünde, 12 ve üzeri yaş grubunun %38.7'sinde görme kusuru belirlenmiştir (Tablo.4.5). Yaş ilerledikçe görme kusurları da artmaktadır. Göz kusuru görülme sıklığı yönünden yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Benzer araştırmalarda çocuklarda yaş ilerledikçe görme kusurlarının arttığı saptanmıştır. Ülkemizde göz muayenesinin büyüme-gelişme izlemi kapsamında yapılması önerilmektedir. Göz/görme sorunları çocukların öğrenimleri ve okul başarılarında ortaya çıkan sorunlar ile fark edilmekte ve tedavi edilmektedir. Bu durum da öğrencilerin tedavilerinin gecikmesine neden olmaktadır (13, 14). Görme kusuru ile cinsiyet grupları arasında ilişki olup olmadığı incelenmiş olup, göz kusuru açısından cinsiyet grupları arasında yapılan istatistiksel inceleme anlamlı bulunmamıştır. Aynı konuda yapılan çalışmada da cinsler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (16, 20).

Strabismus gözlerin görme eksenlerinden birinin paralelliğini yitirmesi sonucu ortaya çıkan, şaşılık veya göz kayması dediğimiz şekil ve fonksiyon bozukluğunun tıbbi ismidir. Gözlerden biri içe, dışa, yukarı veya aşağı kaymıştır. Çocuklarda sık görülen bir hastalık olup, görülme oranı %4 civarındadır. Ailede şaşılık olan çocuklarda şaşılık oluşma ihtimali daha yüksek olmasına karşılık hereditör bir hastalık değildir (37, 47). Görme kaybı şaşılığın en ciddi sonucu olmakla birlikte şaşılıktaki tek sorun değildir. Şaşılık akademik performansı etkilemiyor gibi gözükmeyle beraber, özellikle adölesan dönemde karşı cinsle olan arkadaşlıklarda psikolojik sorunlara neden olmaktadır (16, 18, 48). Araştırmamızda öğrencilerde şaşılık %4.3 olarak belirlenmiş olup (Tablo4.2), bu konuda yapılan araştırmaları incelediğimizde şaşılık prevalansı %1.8-10 oranları arasında bulunmuştur (14, 20, 48-51). Sonuçlar araştırmamızla benzer bulunmuştur.

Çocuklarda kırma kusuru yüksek derecede olduğunda ya da her iki gözde farklı derecede olduğunda ambliyopiye neden olabilir. Ayrıca şaşılık da ambliyopinin başta gelen nedenlerindedir. Detaylı öykü, dikkatli muayene, görme ölçümü ve zamanında sevk ile ambliyopi ve diğer göz hastalıkları erken teşhis edilebilir, görme kaybı önlenir. Ambliyopinin saptanmasında en pratik yöntem olan rutin göz taramaları bu nedenle önemlidir (16, 17, 19).



Rutin göz taramaları sadece kırma kusurları ve şaşılığın değil, şahsın o dönemde var olan diğer göz patolojilerinin de saptanmasında yararlıdır. Özellikle hordeolum, blefarit, konjonktivit gibi göz hastalıkları bu patolojiler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca çocukluk döneminde basit muayene yöntemleriyle yapılan rutin taramalar, ileride ortaya çıkabilecek geri dönüşü olmayan sekelleri ve yüksek tedavi giderlerini önleyebilmektedir (16). Çevre şartları iyi olmayan sağlıksız ortamlarda kalabalık bir yaşam süren ailelerde enfeksiyöz konjonktivite sık rastlanmaktadır. Dünyada körlük yapan yada görmeyi önemli derecede düşüren hastalıkların başında %6-27 ile enfeksiyöz göz hastalıkları gelmektedir (20). Araştırmada öğrencilerin (%6.2'sinde konjonktiva kırmızı ve/veya benekli, %1'inde mavi sklera, %0.6'sında kirpik dipleri kırmızı veya iltihaplı, %6.3'ünde gözü fazla ovalama ve %10.1'inde gözde sulanma) %19.4'ünde enfeksiyon olduğu söylenebilir (Tablo.4.2., Tablo.4.4). Bu konuda yapılan bir çalışmada konjonktival akıntı, kaşıntı, sulanma %19, gözleri ovalama %11.1 oranında belirlenmiştir (27). Araştırmamızda öğrencilerin %19.4'ünde enfeksiyon belirtisi olduğu saptanmıştır. Bu oranın fazla bulunmasının sebebi kış ayı olması buna bağlı olarak hava kirliliğinin yüksek oranda olmasına ve çocukların el hijyeninin yeterli olmamasından ileri gelebilir.

İnsan görme yeteneğinin en önemli fonksiyonlarından biri olan renk görme için ışık, cisim ve sağlıklı bir retina gerekir. Renk görme defekti kalıtsal olabileceği gibi edinsel hastalıklarda da görülebilir. Renk görme muayeneleri 7 yaş civarında daha doğru sonuçlar verir (52). Araştırmamızda İshihara testleri kullanılmış ve öğrencilerin %4.6'sında renk görme bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.2). Cinsiyetlere göre farka bakıldığında kız öğrencilerde %2, erkek öğrencilerde ise %7 oranında bulunmuştur (Tablo.4.3). Bu konuda yapılan çalışmaları incelediğimizde %2-6.1 oranında olduğu görülmektedir. Konjenital renk körlüğünün yapılan çalışmalarda batılı ülkelerde çok daha sık olduğu (erkeklerde %8, kadınlarda %0.4), primitif toplumlarda ise (örneğin Amerikan yerlilerinde erkeklerde %1-2, Avustralya zencilerinde %2) daha nadir olduğu bildirilmiştir. Bu farklılığın nedenleri de genetik ve ırksal değişikliklerle açıklanmıştır (52).

Nistagmus, doğuştan, herhangi bir göz bozukluğuna bağlı veya nörojenik nedenlerle gelişebildiği gibi fizyolojik de olabilir. Araştırmamızda öğrencilerin %9.5'inde nistagmus olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.2). Bu konuda yapılan bir çalışmada

öğrencilerin %1,3'ünde nistagmus tespit edilmiştir (16). Araştırmamızla farklılık göstermesinin sebebi, araştırmanın yalnız 1. sınıf öğrencileri ile yapılmış olması olarak düşünülmüştür.

Göz hareketlerinde kısıtlılık özellikle sinüzit, orbita selülit, göz tümörü gibi durumlarda oluşan bir bulgudur (4, 37). Araştırmamızda öğrencilerin %1.8'inde göz hareketlerinde kısıtlılık olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.2). Literatürde göz hareketlerinde kısıtlılığa ilişkin bir çalışma bulunamamıştır.

Göz taramaları mümkün olan en küçük yaşlarda yapılmalıdır. Çünkü küçük bir çocuk nadiren bir gözünün yeterince görmediğinden yakınabilir. Aile ise dış görünüş olarak güzel ve doğal görünen bu organın muayenesini genellikle aklına getirmez. Ancak şaşılık ve kayma varsa, belirgin bir kapak ve/veya ön segment bozukluğu göze çarpıyorsa doktora gitme gereksinimi duyabilir. Böylece çocuklara tanı konulması ve tedavisi geciktirilmiş olur. Yine bu taramalarla sosyal güvencesi olmayan gecekondulu ve kırsal kesim çocuklarının da izlenmesi sağlanır (18). Araştırmada ailelerin sadece %21.3'ü çocuklarında olan göz problemini fark ettiklerini (Tablo.4.11) ve fark ettikleri göz problemlerin %38.3'ünün görmenin azalması, %19.1'inin gözde kanlanma, %6.7'sinin ise gözde akıntı gibi belirtiler olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo.4.12). Tabii ki göz problemini fark edemediğini ifade eden ailelerin çocuklarında gerçekten bir göz problemi olmayabilir. Bu durumu belirleyebilmek için ayrıca bir araştırma yapmak gereklidir. Sosyal güvencesi olan ailelerin %6.5, sosyal güvencesi olmayanların %30.8'i çocuklarını doktora götürmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo.4.15). Okul göz taramaları hala yıllık rutin bir faaliyet değil sadece tek seferlik bir çalışma olarak görülmektedir. Oysa ideal olan, göz/görme muayenelerinin okul öncesi dönemde (3-6yaş), okula giriş sırasında ve her yıl yapılmasıdır (14, 52).

Görme seviyesinin tam olmaması gelecekte hem fiziksel hem de zihinsel gelişmeyi etkileyecektir. Görme kalitesi zayıf olan çocukların derslere konsantrasyonu da düşük olur. Görme bozukluğuna bağlı olarak, sınıfta öğretmenlerin tahtaya yazdıklarını eksik not alan çocukların başarıyı yakalaması çok güçtür (13, 22, 29). Çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesinde birincil sorumluluk özellikle aileye verilmekte ise de, bu rolü okul çağında öğretmen üstlenmektedir. Öğretmen, öğrenci ile en fazla beraber olma, aynı yaş grubunda birçok çocuğu bir arada gözlemlene, karşılaştırma ve değişimleri fark edebilme şansına sahiptir. Okul sağlığı ekibinin bir parçası olan

öğretmenler danışmanlık, eğitim ve gözlem gibi etkinlikleri ile çok önemli rol oynarlar. Öğretmen ayrıca saptanan bozuklukların tedavisinin izlenmesinden de (örneğin göz bozukluğu saptanan bir öğrenciye gözlük alınması gibi) sorumludur (10, 14, 22). Çalışma yaptığımız okulda bulunan öğretmenlerin %59.1'inin 39 ve altı yaş grubunda, %55.6'sının kadın, %55.6'sının lisans mezunu ve %70.4'ünün 16 yıl ve üstü hizmet süresi olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.20).

Öğretmenler öğrencilerdeki görme bozukluğunun belirtilerini gözlemleyecek ve fark edebilecek temel bir pozisyon içindedir. Öğretmenlere yapılacak eğitimle, göz/görme sorunlarının belirtilerini gözlemleyerek ve Snellen testini kullanarak çocukların görme fonksiyonlarını değerlendirebilecekleri belirtilmiştir (14). Araştırmamızda, öğretmenlerin %85.2'si çalıştıkları okullarda tarama testi yapıldığını söylerken, %14.8'i ise tarama testi yapılmadığını belirtmiştir (Tablo.4.21). Yapılan incelemede %65.2'si görme muayenesi, %26.1'i işitme muayenesi, %26.1'i ise diş muayenesi yapıldığını ifade etmişlerdir (Tablo.4.22). Tarama testlerinin %73.9'unun sağlık ocağı, %26.1'inin ise doktor, hemşire ve rehberlik merkezi tarafından yapıldığı görülmektedir (Tablo.4.23). Araştırmamızda öğretmenlerin %85.2'si göz sorunlarını fark edebildiklerini ifade ederken, %14.8'i ise göz problemlerini fark edemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo.4.24). Yapılan bir araştırmada öğretmenlerin çoğu 5. sınıfa kadar gelmiş olan öğrencilerdeki görme bozukluğunu fark edemedikleri saptanmıştır (20).

Araştırmamızda öğretmenlerin %65.2'si gözünü kısarak bakma, gözü sık kırpma, %47.8'i tahtayı görememe, oturduğu yerden kalkma, %39.1'i ise kitaba yaklaşma, yanlış okuma gibi problemleri fark ettikleri belirtmişlerdir (Tablo4.25). Öğretmenlerin göz problemlerini fark edebilme durumları ile cinsiyet, yaş grubu, hizmet yılı, eğitim düzeyi arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bu konuda yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (14, 20). Kıрма kusurları erken tanı konulduğunda yeterli tedavisi bulunan, ilerlemesi durdurulabilen sağlık sorunlarıdır. Yapılan bir araştırmada rehber öğretmenlerin eğitilmesi ile %95 doğru tanı koyabildikleri saptanmıştır. Rehber öğretmenlere yönelik kırma kusuru taraması eğitimlerinin düzenlenmesi ve okullarda eğitilmiş öğretmenlerin yürüteceği tarama programlarının hazırlanması ile ilköğretim okullarındaki kırma kusuru taramaları aksatılmadan yürütülebilecektir. Tarama sonucu saptanan olası görme kusurları göz hastalıkları uzmanlarına sevk edilecek kesin tanı ve tedavileri sağlanacak, okul başarıları olumlu yönde etkilenecektir (53).

Geleceğimiz olan çocukların sağlıklı, başarılı bir geleceğe sahip olabilmeleri için Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile;

- Öğrenciler okula kayıt olduklarında ve daha sonra her yıl göz tarama programının uygulanması
- Okul göz taramalarının düzenli yürütülebilmesi için sağlık eğitim merkezlerinde personel açığının giderilmesi ve sağlık ocakları ile işbirliği içinde çalışılması
- Sağlık personeli yetersizliğinde, bu hizmetlerin yürütülebilmesi için özellikle rehber öğretmenlerin eğitilmesi
- Ailelerin, öğretmenlerin ve çocukların göz sağlığı konusunda bilgilendirilmesi
- Taramalarla kırma kusuru tespit edilen veya gözlük kullanan öğrencilerin daha sık göz kontrollerinin yapılması
- Okul sağlığı taramalarının yalnız araştırma amaçlı değil, düzenli sağlık kontrolleri şeklinde olması
- Okul sağlığı hizmetlerinin yürütülebilmesi için lisans mezunu hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevlendirilmesi
- Okul sağlığı hizmetlerin düzenli yürütülebilmesi için okul sağlığı hemşireliğinin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Carol B. Dünya Çocuklarının Durumu 2000. UNİCEF Yayınları
2. Carol B. Dünya Çocuklarının Durumu. 2001. UNİCEF Yayınları
3. Baharlı N. Dönmez L. Antalya kent merkezindeki ilkokullarda bazı çevre sağlığı durumu. Sağlık ve Toplum Dergisi. 1998:2:20-25
4. Türkiye Sağlık İstatistikleri 1997. Türk Tabipler Birliği. Ankara 1997
5. Dirican R. Bilgel N. Okul Sağlığı: Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Basımevi. 1993: 405-417
6. Yiğit R. Tokgöz E. Esenay F. İlköğretim öğrencilerine verilen beslenme eğitiminin öğrencilerin bilgi düzeylerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001: 4(2): 52-57
7. Durusu K. İlkokul Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin. Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi. Kayseri 1998
8. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1. Bizim Büro Basımevi Tesisleri. Ankara. 2001:5-8
9. Bahar Z. Okul sağlığı çalışmaları ve hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1989: 5 (2) : 81-102
10. Erefe İ (Edt). Okul Sağlığı. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Yayınları. Ankara. 1998: 134-153

11. Berten M. Okul Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Grafiker Ofset. Ankara. 1997: 210-221
12. Öztürk Y. Günay O. Okul çağı çocuklarının özellikleri ve sağlık sorunları. Aile Sağlığı El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Yayınevi. Kayseri. 1995: 111-114
13. Neyzi O. Ertuğrul T. Pediatri. Cilt I. Nobel Kitabevi. 2002: 44-56
14. İpek F. Çocukluk Döneminde Görme Kusuru Taramaları Ve Hemşirenin Rolü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul 1996
15. Genç M. Karaoğlu L. Pehlivan E. Malatya İli Yeşilyurt İlçesi merkez ilkokul öğrencilerinin sağlık, büyüme ve gelişme durumlarının saptanması. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. ss: 402-405. 12-16 Eylül 1984. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir
16. Tezcan S. Altıntaş H. Sancak Ö. Tekin İ. Türeli D. Ve Ark. Sincan I. Nolu Sağlık Ocağına bağlı bulunan ilköğretim okulları 1. sınıf öğrencilerinde kırma kusurları, şaşılık ve ambliyopi prevalansı. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Nisan 2000: 2: 21
17. Tezcan S. Altıntaş H. Sancak Ö. Tekin İ. Türeli D. ve Ark. Kırma kusurları, şaşılık ve ambliyopi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Temmuz 2000: 3:21
18. Ergin A. Kırıkkale merkez ilkokul birinci sınıflarda göz taraması sonuçları. Türk Klinik Tıp Bilimleri. 2001: 21:166-172
19. Kadayıfçılar S. Çocuklarda Görme Taramaları. Katkı Pediatri Dergisi. Taramalar II. Mayıs-Haziran 2000: 1(3): 449-453
20. Doğan H. Yozgat İli Sarıkaya İlçesi Merkez İlkokullarında Göz Bozuklukları Prevalansı Ve Sosyal Açıdan Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi. Kayseri 1997
21. Genel Sağlık Taraması Sonuçları Ankara İli Sonuçları 1990. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü. Ankara. 1990: 480-848
22. Şahin F. Okul Sağlığı. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2000: 9 (6)210-212
23. Ulukoğ B. Okul çocuğu ve ergenlerin sağlık izlemi. 39. Türk Pediatri Kongresi. ss: 305-307. 17-22 Haziran 2003. Çukurova Üniversitesi
24. Nicki P. Pediatric Nursing Caring For Children And Their Families. Delmer Thomson Learning. London. 2001: 103-131

25. Özbıçakçı Ş. Bahar Z. Okul sağlığı hemşireliğine yönelik pilot bir çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998: 3(5): 452-459
26. Aydın A. Okul Çağı Çocuklarının Beslenme. Ağız ve Genel Vücut Hijyenine İlişkin Uygulamaları ve Var Olan Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara 1996
27. Bayık A. Okul Sağlığı Hemşireliği Çalışmaları Kapsamında İlkokul Çağı Çocuklarında Büyüme Gelişme Düzeyi Ve Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1991: 7(1):1-5
28. Dirican R. Erken Tanı ve Önemi. Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri. Hatipoğlu Yayınevi. Ankara. 1990:190-202
29. Beyazova U. Erken tanı açısından sağlam çocuk izlemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. Ocak 1994: 3(1): 12-15
30. Whaley L.F. Wong D.L. Nursing Care of Infants and Children. The C.V. Mosby Company. Toronto. 1983: 185-194
31. Gökçay G. Neyzi O. Başar D. Çocuk izleminde görme duyusunun değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. Ocak 1994: 3(1): 16-17
32. Bengisu Ü. Göz Hastalıkları. 3. Baskı. Beta Basım Yayın Dağıtım. İstanbul 1990:261-311
33. Luckmann D. Sorensen E. Medical- Surgical Nursing. W.B Saunders Company. Baltimore. 1987:546-589
34. Maureen L. Meyer. School Nursing. Pediatric Nursing. Caring for Children and Their Families. Delman Thomson Learning. London. 2001: 103-129
35. Erdil F. Özhan Elbaş N. Göz hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. II. Baskı. 72 Tasarım Ofset. Ankara. 1997: 589-649
36. Atay M. Göz hemşireliği. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset. İstanbul. 1998: 211-216
37. Sarıalioğlu F. Yurdakök M. Kutluk T. Çalikoğlu S. Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi. Cilt I. Feryal Matbaası. Ankara. 1993: 364-395
38. Dilmener M. Bozfkıoğlu Y. Değerli Ü. Özet Tanı Ve Tedavi. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul 1996
39. Salkind M.R. Sık Görülen Hastalıklar Atlası. İnceksiyon Bulguları Rehberi. Roche. London 1995: 37-43

40. Tuzcu M (Edt). Cecil Essentials of Medicine (Türkçe). Çevik Matbaası. İstanbul 2000: 830. 834
41. Schwartz M. William. Pediatriye Pratik Yaklaşımlar. Nobel Kitapevi. İstanbul 2000
42. İliçin G. Ünal S. Biberoglu K. Akalın S. Süleymanlar G. Temel İç Hastalıkları 2. Ankara 2000: 2508-2685
43. Steven R. Shields MD. Birinci basamakta göz hastalıklarının tedavisi. Sendrom. Aralık 2001: 26-38
44. Fırat T. Göz ve Hastalıkları. Birinci Cilt. Emel Matbaacılık Sarayı. İstanbul 1980: 101-143
45. Ayhan Şahenk Vakfı 20 Mart-31 Aralık 2002 Tarama Sonuçları
46. İstanbul Büyük Şehir Belediyesi Kasım 2001-Mayıs 2002 İlköğretim Okulları Tarama İcmal Raporları
47. Oğuzhanoglu N. Özden S. Özdemir T. Namlı M. Şaşılıkta psikolojik belirtiler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1996: 2:1-3
48. İdil A. Çalışkan D. Piyal B. Bir ilkokulda göz hastalıkları taraması. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kongre Kitabı. Adana 1998: 433-435
49. Ekinciler F. Mirza E. Telcioğlu G. Doğu S. Kayseri ili merkez ilkokullarında kırma kusurları, şaşılık, ambliyopi ve koverjans yetmezliği yönünden bir araştırma. 23. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni. Adana 1989: 392-395
50. Turaçlı M. Akan G. Dürük K. Ankara bölgesinde farklı bölgelerde ana ve ilkokullarda göz taraması sonuçları. Türk Oftalmoloji Gazetesi 1995: 25:3-8
51. Çıkman Z. İlkokul öğrencilerinde strabismus insidansı ve tiplerinin dağılımı. 14. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni 1980: 51-59
52. Ergin A. Kırıkkale merkez ilkokullarındaki çocuklarda renk görme taraması. Sağlık Ve Toplum. Ekim-Aralık 2000; 10(4): 40-43
53. Tezcan S. Ürk V. Subaşı N. Yıldız A.N. Yürekli Ç. Ve Ark. Rehber öğretmenlerin kırma kusuru taraması yapma becerilerinin değerlendirilmesi. 46. Milli Pediatri Kongresi. Kongre Kitabı. 2002:176
54. 2001-2002 Öğretim Yılı Milli Eğitim İstatistikleri. T.C Nevşehir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü. Araştırma. Planlama Ve İstatistik Şubesi. Nevşehir. 2001



# EKLER

## EK.1

### GÖZ/GÖRME KUSURLARININ FİZİKSEL/DAVRANIŞSAL BELİRTİLERİ HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRME FORMU

Sınıfı:

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

1. Göz kapağında düşüklük (Ptozis) ( )
2. Göz kapağında kapanmama (Lagoftalmus) ( )
3. Göz kapağı ile çevre deri arasında renk farkı ( )
4. Göz kapağında ödem ( )
5. Gözde akıntı ( )
6. Konjonktiva kırmızı ve/veya benekli ( )
7. Mavi sklera ( )
8. Pupilla ve iriste enflamasyon ( )
9. Pupillaların şeklinde anormallik ( )
10. Pupillalarda eşitsizlik ( )
11. Beyaz pupilla ( )
12. Kirpik dipleri kırmızı ve iltihaplı ( )
13. Kaşlarda asimetric görünüm ( )
14. Şaşılık (gözle farkedilebilen) ( )
15. Göz çevresinde kızarıklık ve kabuklanma ( )
16. Tekrarlayan arpacık enfeksiyonu ( )
17. Gözleri kısarak bakma ( )
18. Gözleri sık sık kırpma ( )
19. Görmede zorluk ( )
20. Okumada zorluk ( )
21. Kitabı göze yakın tutma ( )
22. Başını eğerek yada ilerleterek bakma ( )
23. Gözü fazla ovalama ( )
24. Gözde sulanma (göz yaşı salgısında artma) ( )
25. Gözde kuruluk (göz yaşı salgısında azalma) ( )

- 26. Nistagmus ( )
- 27. Renk görme bozukluğu ( )
- 28. Başağrısı ( )
- 29. Göz Ağrısı ( )
- 30. Göz Hareketlerinde Kısıtlılık ( )
- 31. Gözlük Kullanımı ( )



## EK.2

Ben Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanıyım. Adım Nazan Yaramış İlköğretim Öğrencilerinde Göz Kusurlarının Tespit Edilmesinde Hemşirenin Rolü Ve Önemi belirlemek amacıyla araştırma yapıyorum. Bu konuda size bazı sorularım olacak.

Bu sorulara cevap vermek zorunda değilsiniz. Fakat cevap verdiğiniz takdirde bu araştırmanın sonucunda siz ve sizin gibi ilköğretim çocuğuna sahip ailelerin çocuklarına sağlık hizmetlerinin planlanması sağlanacaktır.

### NEVŞEHİR İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM ÇAĞI ÇOCUKLARDA GÖZ HASTALIKLARININ TESPİT EDİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE ÖNEMİ

#### Annelere Uygulanacak Anket Formu

1. Çocuğunuz kaçınıcı sınıfa gitmektedir?  
( )1. sınıf ( )2. sınıf ( )3. sınıf ( )4. sınıf  
( )5.sınıf ( )6.sınıf ( )7. sınıf ( )8. sınıf
2. Ailenin çocuk sayısını yazınız.  
.....
3. Öğrencimiz kaçınıcı çocuğunuz?  
.....
4. Kaç yaşındasınız, yazınız.  
.....
5. Eğitim durumunuz nedir?(En son mezun olduğunuz okulu yazınız)  
( )Okur-yazar değil  
( )İlkokul  
( )Ortaokul  
( )Lise  
( )Üniversite
6. Çalışıyor musunuz?  
( )Evet ( )Hayır
7. Cevabınız evet ise mesleğiniz nedir?  
( )Memur ( )İşçi ( )Serbest meslek

### EK.3

## NEVŞEHİR İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM ÇAĞI ÇOCUKLARDA GÖZ HASTALIKLARININ TESPİT EDİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE ÖNEMİ

### Babalara Uygulanacak Anket Formu

1.Kaç yaşındasınız?

.....

2.Eğitim durumunuz nedir?(En son mezun olduğunuz okulu yazınız)

Okur-yazar değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

3.Mesleğiniz nedir?

Memur  İşçi  Serbest meslek  Diğer

4.Sosyal güvenceniz var mı?

Evet

Hayır

5.Cevabınız evet ise, aşağıdakilerden hangisi kapsamında yer almaktadır?

Sosyal sigortalar kurumu

Emekli sandığı

Özel sağlık sigortası

Bağkur

6.Daha önce çocuğunuzda göz problemi oldu mu?

Evet

Hayır

7.Cevabınız evet ise ne tür problem olduğunu yazar mısınız.

.....

.....

8.Bu göz problemi için doktora başvurduunuz mu?

Evet

Hayır

#### EK.4

### NEVŞEHİR İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM ÇAĞI ÇOCUKLARDA GÖZ HASTALIKLARININ TESPİT EDİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ VE ÖNEMİ

#### ÖĞRETMENLERE UYGULANACAK ANKET FORMU

1-Cinsiyetinizi belirtiniz

Kadın Erkek

2-Kaç yaşındasınız?

.....

3-Eğitim durumunuz nedir?

Lise

Ön lisans

Lisans

Yüksek lisans

4-Kaç yıllık öğretmensiniz?

.....

5-Daha önce öğrencilerinize tarama testi yapıldı mı?

Evet

Hayır

6-Cevabınız evet ise hangi tarama testleri yapıldı?

Görme muayenesi

İşitme muayenesi

Diş muayenesi

Büyüme gelişme takibi

PPD tarama testi

Diğer

7- Bu tarama testi kim tarafından yapıldı?

.....

8-Öğrencilerinizin görme problemlerini farkedebiliyor musunuz?

Evet

Hayır

9-Cevabınız evet ise hangi tür belirtiler dikkatinizi çekiyor,yazınız.

.....

.....

10-Problemin çözümü için ne yaptınız?

.....

.....

## EK.5

### SNELLEN SKALASI İLE GÖRME TESTİ

- Öğrenciye testin amacı ve nasıl uygulama yapılacağı anlatılır. Sınıfta örnek bir uygulama yapılır.
- Snellen E kartı kullanılıyorsa; bu işaretin ağzı, bacakları veya tarağın uçları ne tarafa bakıyor şeklinde öğrenciye sorulur. Öğrencilerden aşağı, yukarı, sağa, sola veya tavana, tabana, kapıya, pencereye, duvara bakıyor şeklinde veya elle göstererek cevap vermeleri istenir. Tarama yapılırken, uygulama yapılan öğrencinin diğer öğrencilerden etkilenmemesi sağlanır. Yalnız uygulama yapılan öğrencinin cevap vermesi istenir.
- Odanın aydınlatılmasının iyi olması sağlanır.
- Skala ile çocuğun durduğu yer arasında 6 metre mesafe olması sağlanır.
- Çocuğun sol gözü kapatılır.
- Gözüne basınç yapılmaz yada onun gizlice bakmasına izin verilmez.
- En büyük harften başlayarak en küçüğe kadar sırayla her biri gösterilir.
- Alınan her cevap için çocuğa övgü dolu sözler söylenir.
- Sağ göz kapatılarak aynı işlemler uygulanır.
- Çocuk eğer gözlük kullanıyorsa aynı işlem gözlük ile tekrarlanır.
- Çocuk 8. satırı göremezse, ayrıntılı muayene için göz hekimine sevk edilir.

EK 6

SNELLEN SKALASI

Read at a small angle  
of any words.

20	E	20/20	1
30	F P	20/30	2
40	T O Z	20/40	3
50	L P E D	20/50	4
60	P E C F D	20/60	5
70	E D F C Z P	20/70	6
80	██████████ F E L O P Z D	20/80	7
90	██████████ D E F F O T E C	20/90	8
100	██████████ L E F O D P C T	20/100	9
125	██████████ F D P L T G E O	20/125	10
150	██████████ F E R O L O C F Y D	20/150	11

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

EK 7  
SNELLEN E SKALASI

20 6.0	E	20 FT 6.1 M	1
25 7.6	M E	16 FT 4.9 M	2
30 9.1	E W M	12 FT 3.7 M	3
35 10.7	E W E E	10 FT 3.0 M	4
40 12.2	E W E E M	8 FT 2.4 M	5
45 13.7	M E E W W	6 FT 1.8 M	6
50 15.2	E E W W M E E	5 FT 1.5 M	7
55 16.8	E W E M W E M E	4 FT 1.2 M	8
60 18.3	E M E W E E E E	3 FT 0.9 M	9

© 1963 UNIVERSAL OPTICAL

© 1963 UNIVERSAL

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ



## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmayı yapan Nazan Yaramış, 28/12/1975 yılında Kırıkkale’de doğmuş olup, ilk orta ve lise öğrenimini Kırıkkale’de tamamlamıştır. Üniversite eğitimini Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda 1998 yılında tamamlamış, daha sonra Başkent Üniversite Hastanesi ve Bayındır Tıp Merkezinde hemşire olarak görev yapmıştır. 1998 yılında Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu’nda okutman olarak göreve başlamıştır. 2001 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı’nda yüksek lisansa başlamış olup halen bu bölümde çalışmalarına devam etmektedir. Araştırmacı evli ve bir çocuk annesidir.

