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

BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN İLK 5 YAŞTA ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meral KASSAP

DANIŞMAN
Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR
Prof. Dr. Zuhal GÜNDOĞDU

KOCAELİ-2022
T.C.

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

BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN İLK 5 YAŞTA ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meral KASSAP

DANIŞMAN
Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR
Prof. Dr. Zuhal GÜNDOĞDU

KOCAELİ-2022

T.C.

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Tarih: 08/07/2021 Karar No: GOKAEK-2021/13.21 Proje No: 2021/225

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca bilgisi, ahlaki değerleri şefkatli ve anlayışlı oluşuyla örnek aldığım gerek tez çalışmam sırasında gerekse diğer zamanlarda desteğini esirgemeyen her zaman sevgi ve saygıyla anacağım tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR'a,

Tez çalışma sürecimin tüm aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Prof. Dr. Zuhal GÜNDOĞDU' ya,

Hayatımıza girdiği günden beri yardımını ve desteğini esirgemeyen tez çalışmama bilgi ve becerileriyle önemli katkıları olan eniştem kardeşim Uzm. Dr. İhsan ZENGİN' e,

Bugüne gelmemde en büyük emeği olan ve her zaman desteklerini üzerimde hissettiğim hiçbir zaman hakkını ödeyemeyeceğim canım annem Münire FİLOĞLU, canım babam Münir FİLOĞLU ve her daim yanımda olan kardeşlerim Mine KAYA, Merve ZENGİN ve Demet FİLOĞLU' na, eniştem abim Edip KAYA'ya

Her üzüntümde, her sevincimde yanımda olduğu gibi tez yazma sürecimde de desteğini esirgemeyen yol arkadaşım, sevgili eşim Dr. Hamit KASSAP' a ve yaşam enerjim motivasyon kaynağım biricik oğlum Doruk'a,

Asistanlık süremi birlikte geçirdiğim tüm asistan doktor arkadaşlarıma sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Meral Kassap

İçindekiler

TEŞEKKÜR i
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ 3
2.1.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tanımı 3
2.1.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 3
2.2.AİLE HEKİMLİĞİ 3
2.2.1.Aile Hekimliği Tanımı ve Özellikleri 3
2.2.2. Aile Hekimlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları 5
2.3. AİLE HEKİMLİĞİNDE ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ 6
2.4.ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNİN İLKELERİ 7
2.5.ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEM SIKLIĞI VE SÜRESİ 7
2.6.ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEM BASAMAKLARI 8
2.6.1.GÖRÜŞME VE ÖYKÜ 8
2.6.2. AİLE, ÇEVRE ve ÇOCUK İLİŞKİSİNİN GÖZLEMLENMESİ 8
2.6.3. FİZİK MUAYENE 9
2.6.3.1.Ölçümler: 9
2.6.3.2.Çocuk İstismarı ve İhmali 16
2.6.4.GELİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ 21
2.6.5.TARAMALAR 21
2.6.5.1. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı 22
2.6.5.2. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı 30
2.6.5.3.Ulusal Görme Tarama Programı 31
2.6.5.4. İşitme Tarama Programı 34
2.6.5.5.Kritik Konjenital Kalp Hastalığı Taraması 35
2.6.5.6. İnmemiş Testis Muayenesi 36
2.6.5.7. Demir ve D Vitamini Profilaksisi 36
2.6.5.8. İdrar Yolu Enfeksiyonu Taraması 38
2.6.5.9. Ağız ve Diş Sağlığı Taraması 38
2.6.5.10. Hipertansiyon Taraması 38
2.6.5.11.Hiperlipidemi Taraması 41

2.6.5.12.Obezite Taraması 41
2.6.5.13. Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba Motor ve ... 42
İnce Motor Gelişimin Taranması 42
2.6.5.14. Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması 42
i. Otizm Spektrum Bozukluğu 42
ii. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: 44
iii. Özgül Öğrenme Güçlüğü: 45
2.6.6.BAĞIŞIKLAMA VE AŞI 45
2.6.6.1. TÜRKİYE'DE UYGULANAN RUTİN AŞILAR 48
Hepatit B Aşısı: 48
BCG (Verem) Aşısı: 49
DaBT (Difteri-Aselüler Boğmaca-Tetanos) Aşısı: 50
Haemophilus İnfluanzae Tip B Konjuge Aşısı: 51
Kızamık kızamıkçık kabakulak (KKK) Aşısı: 51
Konjuge Pnömokok Aşısı: 53
Çocuk Felci Aşısı (IPA, OPA): 54
Su Çiçeği Aşısı: 54
Hepatit A Aşısı: 55
2.6.6.2. TÜRKİYE'DE UYGULANAN ÖZEL AŞILAR 55
HPV Aşısı: 55
Rotavirüs Aşısı: 56
Meningokok Aşısı: 56
İnfluenza (Grip) Aşısı: 58
2.6.7. SAĞLIK EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK 58
2.6.7.1. Sağlık Eğitiminde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar: 58
2.6.7.2. Sağlık Eğitiminde Üzerinde Durulması Gereken Konular: 59
2.6.8. ANNENİN SORULARI VE ÖZETLEME 61
2.6.9.RANDEVU BELİRLEME 61
3. MATERYAL METOD 62
3.1. Çalışmanın Tipi 62
3.2. Çalışmanın evreni ve örneklemi 62
3.3. Çalışmaya alınma ve dışlama kriterleri 62
3.4. Veri toplama yöntemi 62

3.5. Verilerin Analizi 63
3.6. Etik Onay 63
4. BULGULAR 64
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri 64
5. TARTIŞMA 94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 102
ÖZET 104
ABSTRACT 106
KAYNAKÇA 108
EKLER 115

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri 5

Tablo 2 0-18 Yaş Erkek Çocuklarında Persentil Değerleri 13

Tablo 3 0-18 Yaş Kız Çocuklarında Persentil Değerleri 14

Tablo 4 Çocuk İstismarı ve İhmali Risk Faktörleri 17

Tablo 5 Fiziksel İstismar Bulguları 19

Tablo 6 Cinsel İstismar Bulguları 20

Tablo 7 Wilson ve Jungner Tarama Kriterleri 22

Tablo 8 Çocuklarda Hipertansiyonun Derecelendirilmesine Göre Ölçüm Sıklığı ve Tedavi Önerileri 39

Tablo 9 Yüksek Riskli Çocuk ve Adolesanlarda Kolesterol Düzeyleri (7) 41

Tablo 10 0-1 Yaş Çocuklarda Otizm Taraması Özellikleri 43

Tablo 11 Kan ya da Kan Ürününün Türüne ve Verilen Doza Göre Kızamık ve Suçiçeği İçeren Aşıları Uygulamadan Önce Beklenmesi Gereken Süreler 53

Tablo 12 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 64

Tablo 13 Katılımcılarla İlgili Diğer Veriler 65

Tablo 14 Hekimlerin Görev Tanımlarına Göre Sayıları ve Anket Puanları 66

Tablo 15 Hekimlerin Görev Tanımları ile Anket Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması 66

Tablo 16 Sosyodemografik Özellikler ile Anket Toplam Puanı Arasındaki İlişki Durumu 67

Tablo 17 Görev Tanımı ve Sağlam Çocuk İzlemi Bilgi Düzeyi 69

Tablo 18 Görev Tanımı ve Topuk Kanı ile Taranan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyi . 70

Tablo 19 Görev Tanımı ve Yenidoğanda Normal Kabul Edilen Muayene Bulguları 70

Tablo 20 Görev Tanımı ile Kırmızı Refle Testi En Erken Ne Zaman Yapılmalıdır Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması 71

Tablo 21 Görev Tanımı ve Kırmızı Refle ile İlgili Patolojik Bulgular 72

Tablo 22 Görev Tanımı ve Ulusal Görme Tarama Programı Kapsamında Sevk Kriterleri . 73

Tablo 23 Görev Tanımı ve Gelişimsel Kalça Displazisi Taramasına Göre Riskli Muayene Bulguları 74

Tablo 24 Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinde Çalışıp Çalışmama Durumuna Göre Bazı Sorulara Verdikleri Cevaplar ve İstatistiksel Analizi 75

Tablo 25 Görev Tanımına Göre Yenidoğan Bebeğe D Vitamini Başlama Zamanı ve Dozu Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması 77

Tablo 26 Görev Tanımına Göre Demir Profilaksisi Hakkında Bilgi Düzeyi 78

Tablo 27 Görev Tanımı Göre Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılar Bilgi Düzeyi .. 79

Tablo 28 'Görev Tanımına Göre Rotavirüs Aşısı Hakkında Hangisi Yanlıştır?' Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması 80

Tablo 29 Görev Tanımı ile BCG Aşısı Sonrası 3.Gün Aşı Yerinde Akıntı Şişlik Ülserasyon Gelişen Vakaya Yaklaşımla İlgili Yanıtların Karşılaştırılması 81

Tablo 30 Görev Tanımı ile Aşı Sonrası Anaflaksi Gelişen Vakaya Yaklaşım Arasındaki İlişki 82

Tablo 31 Görev Tanımına Göre Aşı Uygulaması Sonrası Hastalar Anaflaksi Riski Açısından Takip Süresi Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması 83

Tablo 32 Görev Tanımı ile Aşılama Öncesi Sorulması Gereken Tarama Soruları Hakkında Bilgi Düzeyi Karşılaştırılması 84

Tablo 33 Büyüme Gelişmeyi Değerlendirmek için Kullanılan Parametreler Hakkında Bilgi Düzeyi ile Görev Tanımı Karşılaştırılması 85

Tablo 34 Görev Tanımına Göre ASM'de Bebeğin Hemoglobin Değerine İlk Bakılma Zamanı Sorusunun Yanıtlarının Kıyaslaması 86

Tablo 35 Görev Tanımına Göre HT Taraması Sorusuna Yanıtların Karşılaştırılması 87

Tablo 36 Görev Tanımına Göre Dislipidemi Taraması Sorusuna Yanıtların Karşılaştırılması 88

Tablo 37 Görev Tanımına Göre Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Tanısında Kullanılan Gözlem Bulguları Bilgi Düzeyi 89

Tablo 38 Görev Tanımı ile Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Testi Hangi Aylar Arasında Yapıldığı Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması 90

Tablo 39 Görev Tanımına Göre Muayene Sırasında Fiziksel İstismar Şüphesi Uyandıran Yaralanmaların Farkındalığı ile Karşılaştırılması 91

Tablo 40 Görev Tanımı ile Fiziksel İhmal Hakkında Bilgi Düzeyi Karşılaştırması 92

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 0-36 Ay Kız -Erkek Çocuklarında Persentil Eğrileri (23) 15
Şekil 2 2-18 Yaş Erkek ve Kız Çocuklarında VKİ Persentil Eğrileri 15
Şekil 3 Fenilketonüri Sonuç Değerlendirme Algoritması 23
Şekil 4 Konjenital Hipotroidi Sonuç Değerlendirme Algoritması 25
Şekil 5 Biotinidaz Eksikliği Sonuç Değerlendirme Algoritması 26
Şekil 6 Kistik Fibrozis Sonuç Değerlendirme Algoritması (7) 27
Şekil 7 Konjenital Adrenal Hiperplazi Sonuç Değerlendirme Algoritması 29
Şekil 8 GKD Akış Şeması 31
Şekil 9 0-3 Aylık Bebekler İçin Göz Muayenesi Akış Şeması (57) 33
Şekil 10 36-48 ay Çocuklar için Göz Muayenesi Akış Şeması (57) 33
Şekil 11 İşitme Tarama Programı Akış Şeması (64) 35
Şekil 12 Konjenital Kalp Hastalığı Tarama Şeması (7) 36
Şekil 13 Kız Çocuklar İçin Yaş ve Boya Göre Kan Basıncı Değerleri (7) 40
Şekil 14 Erkek Çocuklar İçin Yaş ve Boya Göre Kan Basıncı Değerleri (7) 40
Şekil 15 İnaktif Aşı Türleri 46
Şekil 16 T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi 48
Şekil 17 Katılımcıların Puan Tablosu 65
Şekil 18 Daha Önce Sağlam Çocuk İzlem (Sosyal Pediatri) ile İlgili Seminer Kurs veya Online Eğitim Aldınız mı? Sorusuna Yanıtları .....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Şekil 19 Poliklinik Uygulamaları Sırasında Hekimlerin 0-5 Yaş Çocuklarla Karşılaşma Sıklıkları 68
Şekil 20 Katılımcıların 'Çocuk Sağlığı İzlemine Hangi Yaş Grubu Dahil Edilir?' Sorusuna Verdikleri Cevaplar 69
Şekil 21 Yenidoğanda Normal Kabul Edilen Muayene Bulguları Bilgi Düzeyi 71
Şekil 22 Katılımcıların 'Kırmızı Refle Testi En Erken Ne Zaman Yapılmalıdır?' Sorusuna Verdikleri Cevaplar 72
Şekil 23 'Ulusal Görme Tarama Programı Kapsamında Sevk Kriterleri Nelerdir?' Sorusuna Verilen Cevaplar 73
Şekil 24 Gelişimsel Kalça Displazisi Taramasına Göre Riskli Muayene Bulguları 74

Şekil 25 Katılımcıların 'Yenidoğan Bebeğe D Vitamini Ne Zaman Hangi Dozda Başlanır? Sorusuna Verilen Yanıtlar 77

Şekil 26 Demir Profilaksisi Hakkında Bilgi Düzeyi 78

Şekil 27 'Ulusal Aşı Programına Göre Aşı Programında Bulunmayan Aşı Hangisidir?' Sorusuna Verilen Cevaplar 79

Şekil 28 Rotavirüs Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi 80

Şekil 29 2 Aylık Bebek BCG Aşısı Sonrası 3.Gün Aşı Yerinde Akıntı Şişlik Ülserasyon Oluşan Vaka Sorusuna Verilen Cevaplar 81

Şekil 30 Hekimlerin 1 Yaş Sağlıklı Bebekte Aşı Sonrası 5. Dakikada Anafilaksi Gelişmesi Durumuna Yaklaşımı 83

Şekil 31 Ankette Yer Alan 'Aşı Sonrası Anaflaksi Riski Açısından Ne Kadar Süre Takip Edilmelidir?' Sorusuna Verilen Cevaplar 84

Şekil 32 'ASM'de Hemoglobin İlk Ne Zaman Bakılır?' Sorusu Bilgi Düzeyi 86

Şekil 33 'HT Taraması Kaç Yaşından İtibaren Yılda Bir Kez Yapılır?' Sorusu Bilgi Düzeyi 87

Şekil 34 Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Tanısında Kullanılan Gözlem Bulguları 89

Şekil 35 Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Testi Hangi Aylar Arasında En Az Bir kez Yapılması Gerekir? Sorusuna Yanıtların Karşılaştırılması 90

Şekil 36 Fiziksel İhmal Hakkında Bilgi Düzeyi 92

Şekil 37 'Çocuk Sağlığı İzlem ile İlgili Eğitim İhtiyacınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?' Sorusuna Yanıtların Karşılaştırılması 93

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP: Amerikan Pediatri Akademisi

ASE: Aile Sağlığı Elemanı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

ÇPGD: Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programı

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma)

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler, Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı

HB: Hepatit B

OPA: Oral Polio Aşısı

İPA: İnaktif Polio Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

KF: Kistik Fibrozis

KFTR: Kistik Fibrozis Transmembran İleti Regülatör

IRT: Immun Reaktif Tripsinojen

SBS: Sarsılmış Bebek Sendromu

MBPS: Munchausen By Proxy Sendromu

KKH: Konjenital Kalp Hastalığı

ÇİVİ: Çocuk İstismarı ve İhmali

ABR: Auditory Brainstem Response

OAE: Otoacoustic Emmisions

GKD: Gelişimsel Kalça Displazi

KAH: Konjenital Adrenal Hiperplazi

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon

KH: Konjenital Hipotiroidi

EKLER DİZİNİ

Ek 1: Anket Formu
Ek 2: Etik Kurul Onay Formu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi; birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık problemlerinin, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve sürekli olarak hizmet sunan, kanıta dayalı sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman hekim veya hekimleri kapsar (1). Aile hekimliği tanımından da anlaşılabileceği üzere genel pratisyenlik yaklaşımı, doğumdan (bazen doğum öncesinden) ölüme (bazen daha sonrasına) kadar sürmelidir. Aile hekimi hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar (2).

Birinci basamak sağlık hizmetinin kolay ulaşılabilir olması ve ilk temas noktası olarak hizmet sunması nedeniyle hastalıkların önlenmesi açısından aile hekimine önemli bir görev düşmektedir. Birinci basamakta aile hekimleri, hastalıkların önlenmesi amacıyla büyüme-gelişmenin takibini yapmakta, yaşa uygun beslenmenin sağlanması için rehber olmakta, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yapılan aşıların takibini yapmakta ve çocukların sağlıklı bir şekilde büyümelerini sağlamak için aile bireylerine sağlık eğitimleri vermektedir. Danışmanlık ve sağlık eğitimi verilirken çocuğun yaşı, ailesinin özellikleri ve ihtiyaçları dikkate alınmalıdır(3). Bundan dolayı çocuk sağlığı izlemi, birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

Sağlam çocuk, kronolojik yaşına uygun bir bedensel büyüme ve gelişme ile ruh ve zeka gelişimi gösteren, herhangi bir şikayeti olmayan çocuk olarak tanımlanır. Çocuk sağlığı izlemi, yalnızca sağlıklı çocuklara verilen bir hizmet değil, tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlığının değerlendirildiği, aşı, tarama ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının verildiği bir hizmet bütünüdür. Bu hizmeti almak her çocuğun en doğal hakkıdır. (TBMM'nin 1995 yılında kabul edilerek yasalaşan Çocuk Hakları Sözleşmesinin 24. maddesi)(4).

Çocuk sağlığı izlemlerinin amacı: bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık ve sakatlıkları azaltmak ve bu amaçla koruyucu sağlık hizmetleri sunmak; büyüme ve gelişmeyi desteklemek, hastalıkların erken tanısını koymak ve çocukları sağlıklı bir birey olarak topluma kazandırmaktır. Bununla birlikte çocukların daha uzun, sağlıklı ve üretme gücüne sahip bir hayat sürmeleri sağlanır(5).

Çocuk sağlığı izlemi; doğumdan itibaren başlayan çocukluk ve ergenlik döneminde devam eden düzenli sağlık kontrollerinden oluşan, süreklilik gösteren bir takiptir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı (ebe, hemşire, sağlık memuru ya da acil tıp teknisyeni) çocuğu yaşadığı ortam ile beraber ele alarak ve aile ile işbirliği içince izlemlerini yapmalıdır(5). Çocuk sağlığı izleminin sıklığı çocuğa ve aileye göre değişmekle birlikte bireysel ve ailevi sorunların olduğu dönemlerde, büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu dönemlerde, aşılama döneminde daha sık aralıklarda olmak üzere düzenlenir (6). Ülkemizde çocuk sağlığı izleminde önerilen standart program şu şekildedir; doğumda, ilk 48 saat içinde, 15.-41. günde, 2, 3, 4, 6, 9, 12. ayda, 13 ila 36 ay arası 6 ayda bir, 4-9 yaş arası yılda bir, ergenlik boyunca da en az 3 kez olmak üzere izlem yapılması önerilmektedir(7).

Çocuk sağlığı izlemi, ülkemizde ASM (Aile Sağlığı Merkezi)'lerde Aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Yapmış olduğumuz bu çalışmanın amacı birinci basamakta ilk 5 yaş çocuk sağlığı izlemi hakkında Aile hekimlerinin üzerine düşen sorumluluklarına dikkat çekmek, bilgilerini güncellemek, çocuk sağlığı izleminin önemini ve gerekliliğini vurgulamaktır. Ayrıca Aile hekimlerinin konuya olan ilgilerinin arttırmak ve konuyla ilgili eksikliklerin belirlenerek ihtiyaç duyulan eğitim programlarının düzenlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Birinci basamak sağlık hizmeti; kişilerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında ilk müracaat ettikleri, toplumun her bölümüne koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan, hastalar ile tüm hayat boyu devam eden bir ilişki kuran, diğer basamaklar tarafından sunulan hizmetlerin takibini sağlayan bir hizmet basamağı olarak tanımlanmıştır(8).

2.1.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık sisteminin temeli olarak belirtilmekte olup özellikleri aşağıda ifade edilmektedir(9):

1. Sağlık sistemine girişinin ilk noktası olması
2. Kişiye sağlığında ve hastalıkta bakımın devamlılığını sağlaması
3. Tüm temel disiplinleri de belirli bir seviyede içeren sağlık hizmeti sağlaması
4. Sağlık sisteminin diğer basamakları ile koordineli çalışması
5. Toplumsal ve bireysel olarak sağlık sorunlarıyla ilgili sorumluluk taşıması
6. Hastaya özel hizmet sunması

Aile Hekimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu işlevlerini yerine getirmesinde en büyük görevi üstlenmektedir. Aile hekimlerinin sorumluluk ve hizmet alanları göz önünde bulundurulduğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini yansıttığı görülmektedir.

2.2.AİLE HEKİMLİĞİ

2.2.1.Aile Hekimliği Tanımı ve Özellikleri

Aile hekimliği ile ilgili yapılan tanımlar arasında sıklıkla üzerinde durulan birkaç tanım vardır. 2. Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda yapılan Leeuwenhorst tanımına göre; Aile hekimi yaş, cinsiyet ve hastalık farklılığına bakmaksızın kişilere, ailelerine ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa birincil ve devamlı bakım hizmeti sunan tıp fakültesinden lisans derecesiyle mezun olan kişidir. Bu sunulan hizmet hastaların yaşam alanında, poliklinik odası veya hastane ortamında olabilir. Aile hekiminin bu noktada amacı, hastanın tanısını en kısa sürede koymak ve tedavi için gerekli yönlendirmenin zamanında yapılmaktır(10).

Olesen vd. (2000, s.354) tanımına göre aile hekimi sağlık sisteminin ön safında çalışan ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir hastalıkta bakım sağlamak için ilk adımı atmak üzere eğitim almış, toplumda bireylerin hastalık, yaş ve sosyal özelliklerine bakmaksızın hizmet sunan ve hastalar için sağlık kaynaklarını en iyi şekilde planlayan hekimdir. Ayrıca

aile hekimliği uzmanlık eğitiminin, kanıta ve akademik araştırmalara dayalı olması, hekimlerin eğitiminin, kapsamlı ve entegre bir sağlık sisteminin parçası olması gerektiğini belirtmiştir(11).

WONCA' nın tanımına göre; Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik, bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktasını oluşturan ve yaş, cinsiyet veya bireyin özelliklerine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen bir ekoldür; böylece bütüncül, kapsamlı ve diğer bölümlerle entegre bir bakım sağlayarak özgün problem çözme özelliği ile kişiye, ailesine ve topluma yönelik bir bakış açısı geliştirir. Tüm bu sosyal ve fiziksel etmenleri bir araya getirerek hasta ile karşılıklı güven içinde hastalıkların takip ve yönetimini sağlar. WONCA 'ya göre Aile Hekimliğinin amacı birey ve topluma sağlık eğitimi ve hizmeti sunarak bu disiplini desteklemek ve geliştirmektir (12).

Yapılan tanımlara göre aile hekimliği ve genel pratisyenlik aynı uzmanlık eğitimini almış olan hekimleri ifade etse de Türkiye'de aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlik farklı hekimleri tanımlamaktadır. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı, iki eğitim yöntemiyle verilmektedir. Birincisi, 6 yıllık tıp eğitimi sonrasında 3 yıl süreli uzmanlık eğitimini tamamlamak şeklinde, ikincisi ise sahada aile hekimi olarak görev yapan tıp fakültesi mezunu pratisyen hekimlerin 6 yıl süreli uzmanlık eğitimi almaları şeklinde sunulmaktadır. Türkiye'de aile hekimliği uygulamasında görev yapan hekimler, aile hekimliği uzmanları, diğer dal uzmanları ve pratisyen hekimlerden oluşmaktadır.

Aile Hekimliği disiplininin temel özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

- Hastanın sağlık sistemi ile ilk karşılaşmayı sağlayan ve tüm sağlık problemleri ile ilgilenen hekimdir.
- Hasta yararı göz önünde tutarak, sağlık kaynaklarının fonksiyonel ve verimli kullanımını sağlar.
- Kişiye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım gösterir.
- Hekim-hasta ilişkisi kendine özgü kurar.
- Sağlık hizmetlerinde devamlılığı sağlar.
- Özgün görüşme ve klinik karar verme sürecini yönetir.
- Hastalarının akut veya kronik sağlık problemlerini eş zamanlı yönetir.
- Acil müdahale gerektiren durumları yönetir.
- Etkin ve uygun yöntemler ile sağlık ve iyilik halini geliştirir.
- Toplum sağlığı için görev ve sorumlulukları vardır.
- Sağlıkla ilgili problemlere bütüncül ve biyopsikososyal yönleri ile değerlendirir(13)

Bu özellikler çekirdek yeterlilik kavramı altında ifade edilir. Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri

1.Birinci basamak yönetimi • Hastalarla ilk teması sağlamak ve tüm sorunları ile ilgilenmek • Birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlamak • Hastanın sağlık sistemi içinde ihtiyaç duyduğu hizmetlere ulaşımını sağlamak
2. Kişi merkezli bakım • Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişi merkezli yaklaşımı benimsemek • Etkili bir hasta-hekim ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak • İletişim kurmak, öncelikleri belirlemek ve hasta ile birlikte hareket etmek • Hastanın ihtiyaçları doğrultusunda belirlenen hizmetin sürekliliğini sağlamak
3. Özgün sorun çözme becerileri • Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansları ile ilişkilendirerek yönetmek • Uygun çalışma prensipleri ile bilgi toplayıp yorumlayarak, bu bilgi ile hastayla iş birliği içinde yapılan bir yönetim planı oluşturmak • Ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmak
4. Kapsamlı yaklaşım • Kişideki akut ve kronik şikayetlerini eşzamanlı olarak yönetmek • Sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesi
5. Toplum yönelimi • Kişi ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturma
6. Bütüncül yaklaşım • Kültürel boyutlarını dikkate alarak biyopsikososyal model kullanma becerisi

2.2.2. Aile Hekimlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Ülkemizde 25 Ocak 2013 tarihinde Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği yayınlanmış olup Aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları madde-4 içinde aşağıdaki gibi sıralanmıştır(14):

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.

• Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgede bulunan toplum sağlığı merkezine bildirmek.

• Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

• Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

• Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

• Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

• Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapmak.

• Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

• ASM şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

• Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

• Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

• Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

• Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

• İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

• Hizmet içi eğitimlere katılmak.

• Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yerine getirmek.

2.3. AİLE HEKİMLİĞİNDE ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 1.maddesine göre '18 yaşından küçük her insan' çocuk sayılmaktadır. Sağlam çocuk, kronolojik yaşına uygun bir bedensel gelişme, fizyolojik olgunlaşma, ruh ve zeka gelişimi gösteren, hastalık belirtileri olmayan çocuk olarak tanımlanır. Çocuk sağlığı izlemi, tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlık durumlarının değerlendirildiği, aşı, tarama ve sağlık eğitimi gibi koruyucu sağlık

uygulamalarının sunulduğu bir hizmet bütünü olup yalnızca sağlıklı çocuklara verilmesi gereken bir hizmet değildir. Çocuk sağlığı izlemi, birinci basamakta verilen temel sağlık hizmetlerinden biridir (4). Çocuk sağlığı izleminin amacı, koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı olma halinin devam ettirilmesini, mortalite ve morbiditenin azaltılmasını hatta önlenmesini sağlamaktır (5).

2.4.ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNİN İLKELERİ

A. Hastalıkların engellenmesi
- o Büyüme ve gelişmenin takibi
- o Yaşa uygun beslenmenin sağlanması
- o Aşılama
- o Sağlık eğitimi

B. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- o Öykü
- o Fizik muayene
- o Taramalar

C. Çocuğun sağlıklı yetişmesi için aileye destek
- o Sağlık eğitimi
- o Çocuk eğitiminde danışmanlık
- o Aile planlaması konusunda danışmanlık

D. Bakımın sürekli olmasının sağlanması (5).

2.5.ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEM SIKLIĞI VE SÜRESİ

Çocuk sağlığı izlemi, prenatal dönemden başlayan adolesan dönemin sonuna kadar devam eden bir süreçtir. Gebeliğin son trimesterinde ebeveynlere yenidoğan bakımı, emzirme, beslenme konularında eğitim düzenlenmeli, yenidoğan taramaları ve çocuk aşı ve izlemleri hakkında bilgilendirilmelidir. Bu eğitim, çocuk içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevre ile birlikte değerlendirilip hekim, hemşire ya da yardımcı sağlık personeli ile aile arasında işbirliği içinde yürütülmelidir(15). Ailelerin sorduğu sorular, çocuğun gereksinimleri izlem süresini belirler ve 20 dakikadan kısa olmamalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri rehberine göre; Doğumda, ilk 48 saat içinde, 15.-41. günde, 2, 3, 4, 6, 9, 12. ayda, 13 ila 36 ay arası 6 ayda bir, 4-9 yaş arası yılda bir, ergenlik boyunca da en az 3 kez olmak üzere her çocuk izlenmelidir(7). Bu izlem sıklığı; çocuk ve aileye göre düzenlenip büyüme ve gelişmenin hızlandığı, aşıların yapıldığı, bireysel ve ailesel problemlerin olduğu dönemlerde daha sık olacak şekilde planlanmalıdır(6).

2.6.ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEM BASAMAKLARI

• Görüşme ve öykü
• Aile, çevre, çocuk ilişkisi gözlemi
• Fizik muayene
• Gelişimin değerlendirilmesi
• Taramalar
• Bağışıklama ve aşı
• Sağlık eğitimi ve danışmanlık
• Annenin soruları ve özetleme
• Randevu belirleme

2.6.1.GÖRÜŞME VE ÖYKÜ

İlk çocuk sağlığı izleminde aile öyküsü, doğum öncesi ve doğum ile ilgili bilgiler ayrıntılı şekilde alınmalı ve her izlemde güncellenmelidir. Bu veriler düzenli takiplerde önemli bir yer tutmaktadır. Her izlemde alınan öykü, yapılan en son izlemden sonraki tüm yeni gelişmeleri kapsamalıdır. Çocuk sağlığı izlemleri sırasında güncel şikâyetler, beslenme, aşı ve aşı yan etkileri, büyüme -gelişme basamakları, çocuğun yaşadığı ev ortamı ve çevresi gibi çocuk sağlığı üzerine etkili konular konuşulmalı ve sisteme kayıt edilmelidir. Özellikle beslenme öyküsünde; anne sütü ile beslenme, ek besinlere başlama zamanı, beslenme alışkanlıkları ve problemler ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir(16). Bu görüşmeler yapılırken çocuğun yaşına, sağlık ve sosyokültürel durumuna dikkat edilmelidir. Aile hekimi her izlemde öykü almalı, anne babanın çocukla ilgili kaygılarını paylaşmalarını sağlamalıdır. Konuşabilen çocuklarla soru-cevap şeklinde, konuşamayan çocuklarla ise beden diliyle iletişim kurulmalıdır(5). Çocuk istismar ve ihmal olgularında öykü önemli yer tutmaktadır. Çocuğun sağlık kuruluşuna zamanında getirmemesi, verilen öykünün çelişkili olması, fiziksel bulgularla uyuşmayan öykü olması, ebeveynlerin kazayı kişiye ya da kardeşe yüklemesi, çocuğun anne babayı suçlaması istismarı düşündüren durumlar arasındadır.

2.6.2. AİLE, ÇEVRE ve ÇOCUK İLİŞKİSİNİN GÖZLEMLENMESİ

İzlem sırasında çocuğun, anne, baba veya çocuğa bakan kişi ve çevre ile ilişkileri dikkat edilmelidir. Doğumdan sonra emzirme eğitimi ve nasıl bir emzirme tekniği kullandığı sorgulanmalı, biberon ve emzik gibi araçlar sorgulanmalı, kundaklama gibi yanlış uygulamalar önlenmelidir. Bununla birlikte, Aile Hekimi, her muayenede bebeği gözlemleyerek bakımının yeterli olup olmadığına, çocuk istismarı yada ihmali şüphesi uyandıracak bulgulara dikkat etmelidir(4).

2.6.3. FİZİK MUAYENE

Fizik muayene hekimlerin elindeki en önemli tanı yöntemlerinden biri olmaya devam etmektedir. Buna istinaden aile sağlığı merkezine başvuran tüm çocuklarda şikâyet durumu dışında tam bir sistemik muayene yapılmalıdır. Çocuk sağlığı izlemi sırasında kilo, boy, iki yaşa kadar baş çevresi ve fontonel genişliği ölçülerek büyüme ve gelişme persentil eğrilerine göre değerlendirilmeli ve aile sonuçlar hakkında bilgilendirilmelidir. Fizik muayene birçok hastalık için tarama yöntemidir (konjenital anomaliler, kalp anomalileri, umbilikal ve ya inguinal herni, büyüme gelişme geriliği, gelişimsel kalça displazisi, inmemiş testis, vs.)(5).

6-12 ay arası bebek takiplerinde inmemiş testis muayenesi en az bir kez yapılmalıdır. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) erken tanısı için 30.-55. gün arasında bebeğin tarama protokolüne uygun olarak fizik muayenesi ve risk değerlendirmesi yapılmalı, risk tespit edilirse ilgili uzmanlık alanına sevk edilmelidir. Aile Hekimi tarafından doğum sonrası 15. gün ve devamındaki her izlemde bebeğin görmesini değerlendirmeli, 36-42 ay arası izlemlerde kırmızı refle testi ve görme keskinliği muayenesi yapılmalıdır. Taramada şüpheli bulunan vakalar ile strabismus saptanan bebek veya çocuklar her yaşta göz hastalıkları hekimine sevk edilmelidir.

Hipertansiyon erken tespiti kardiyovasküler olayların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle herhangi bir nedenle muayene için gelen 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda tansiyon ölçümü yılda en az bir kez yapılmalıdır. Mutlaka dikkat edilmesi gereken diğer taramalar ise 18.-36. aylar arasında yapılması gereken otizm, 48.-60. aylar arasında yapılması gereken hiperaktivite ve özgül öğrenme güçlüğü taramasıdır (17).

0-6 yaş çocuklarda her muayenede, 7-18 yaş çocuklarda ise yılda bir kez çocuk ihmali ve istismarı ile çocuğa kötü muamele olup olmadığı yönünden sorgulama, gözlem ve muayene yapılması önemlidir(18).

2.6.3.1.Ölçümler:

Büyüme, hücre sayı ve büyüklüğünün artmasına bağlı olarak vücut hacminin ve kütlesinin artması olarak tanımlanır. Büyüme dönemi genetik faktörler ile belirlenen ancak beslenme, akut ve kronik enfeksiyonlar gibi çevresel etmenlerden etkilenen bir süreçtir. Her çocuğun büyümesi sağlıklı bir hayat için belirli zaman dilimlerinde uygun standart büyüme eğrileri yardımı ile değerlendirilmeli ve normalden sapmalar erken tanımlanıp önlemler alınmalıdır(19).

Yaşamın özellikle ilk beş yılı büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde büyümeyi değerlendirmede sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler vücut

ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve gerekli durumlarda deri kıvrım kalınlığı, üst-orta kol çevresi, ve vücut kısımlarının birbirine oranını kapsar(20). Bu ölçümler, çocuğun büyümesinin normal olarak devam edip etmediğini kontrol etmeye yarar. Çocuğun yaşadığı toplumda belirlenmiş olan standart değerlere göre saptanan ölçümlerin yorumlanması gerekir.

Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan parametrelerin ölçümünden çok, bu parametrelerde zaman içinde gerçekleşen değişikliğin belirlenmesi önem taşıdığından dolayı yapılan ölçümlerin özenli ve dikkatli bir şekilde kaydedilmesi gerekir. Buna istinaden bir çocuğun ölçümlerinin mümkün olduğunca aynı mekan ve aynı sağlık personeli tarafından yapılması gerekir. Ölçümlerin ölçüm tekniklerine uygun şekilde ve uygun araçlarla yapılması sağlanarak oluşabilecek hatalarının önüne geçilebilir. Bununla birlikte ölçüm yaparken önceki değerin bilinmemesi ölçümde objektifliği sağlar(21)

a. Büyümeyi değerlendirmek için kullanılan ölçümler

1. Vücut Ağırlığı:

Kilo ölçümü yapılırken çocuğun giysileri tamamen çıkartılmalıdır. Bir bebek doğduğunda ortalama 3200-3500 gram aralığındadır. Doğum sonrası bebeğin ilk bir hafta içinde %5-8 oranında fizyolojik kilo kaybı olur ve 10–14 günlük olduğunda doğum ağırlığına ulaşması beklenir. Sağlıklı büyüyen bir bebeğin kilo artışı ilk üç ayda 30 gr/gün, ikinci üç ayda 20 gr/gün, üçüncü üç ayda 15 gr/gün, dördüncü üç ayda 12 gr/gün olmalıdır. Kilo alımı normal olan bir bebek ortalama 5.ayda doğum ağırlığının iki katında, 12. ayda üç katında ve 24. ayda dört katına ulaşması beklenir. Vücut ağırlığı, süt çocuğu döneminde oluşabilecek hastalık ve benzeri durumlardan etkilenip değişiklik gösterebileceği için büyümenin takibinde tüm ölçümlerden daha duyarlıdır. Buna göre yaşa göre ağırlık parametresi geçmiş ve şimdiki beslenme durumunu gösteren en önemli değerdir(20).

Çocuğun yaşının bilinmediği, periyodik izleminin yapılamadığı veya ilk kez izlem için başvuruda, boya göre ağırlık yaştan bağımsız olduğundan dolayı kullanılabilecek bir ölçümdür. Çocuğun tartısı aynı boyda, sağlıklı olan çocukların ağırlığı ile karşılaştırılır. Boya göre ağırlık bakılırken aynı anda çocuğun boyu ve ağırlığı ölçülür. Bu kriterin avantajlı yönü, büyümenin değerlendirilmesinde birden fazla ölçüm kullanılması tercih edildiğinden iki ayrı ölçümünde yapılıyor olmasıdır(22).

2. Boy uzunluğu

Çocuğun boyu, iki yaşına kadar sırt üstü yatar pozisyonda ‘baş-ayak tahtası’ kullanılarak ölçülür. İki yaşından büyüklerde boy ölçümü için ‘Harpenden stadiometre’

kullanılır. Yenidoğan bebekte ortalama boy 50 cm olup sırasıyla boyu ilk üç ay 3,5 cm/ay, 3–6.ayda 2 cm/ay, 6–9.ayda 1,5 cm/ay, 9–12.ayda 1,2 cm/ay uzaması beklenir. 1 yaşında ortalama 75 cm olur. Yetersiz beslenme ve akut enfeksiyon geçirilmesi gibi durumlar boy uzunluğuna etki etmez. Kronik hastalık ve malnütrisyonun boy uzamasını durdurması için en az altı ay süre gerekmektedir. Boy çocuğun beslenme durumunun geçmişini gösterir. Genel olarak bir bebeğin boy uzunluğu bir yaşında doğum boyunun 1,5 katı; dört yaşında iki katı ve 12 yaşında da üç katı olması beklenir(22).

3. Baş çevresi

Baş çevresi ölçümü esnemeyen bir mezür (kâğıt mezüre) ile oksipital kemiğin en çıkıntılı noktasından, kulaklar ve kaşların üzerinden geçecek şekilde yapılması uygundur.Baş çevresi ölçümü ile santral sinir sisteminin büyümesi değerlendirilir. 0–3 yaş aralığındaki çocuklarda düzenli ölçüm yapılmalıdır. Baş çevresi doğumda yaklaşık 35 cm olup doğumdan sonraki ilk aylarda çok hızlı artmaktadır. İlk iki ayda ortalama 2 cm/ay, 2–6. aylarda 1 cm/ay, 6–12. aylarda 0.5 cm/ay artar(20). Baş çevresi ortalama olarak ilk üç ayda 2 cm/ay; ikinci üç ayda 1 cm/ay; üçüncü-dördüncü üç ayda 0,5 cm/ay artar. Yenidoğan bebeğin ortalama baş çevresi 35 cm olup üçüncü ayda 40,5 cm, altıncı ayda 43 cm ve 12. ayda 46 cm olması beklenir (4).

4.Kol çevresi

Sol kol dirsekten fleksiyona getirilerek akromion-olekranon arasındaki orta nokta saptanır. Sol kol tekrar ekstansiyona getirilerek orta noktadan esnemeyen bir mezüre ile kol çevresi ölçülür. 1–5 yaş arasındaki çocuklarda malnütrisyonun kısa sürede tanınması için tarama amaçlı kullanılan bir yöntemdir. Kol çevresi ölçümünün 13,5 cm olması beslenme yetersizliğini, 12,5 cm'nin altında olması ise ağır malnütrisyonu işaret eder.(20).

5.Deri kıvrım kalınlığı

Sol kol orta noktası işaretlenerek "Skinfold caliper" adı verilen alet yardımıyla deri kıvrım kalınlığı altındaki yağ dokusu ile ölçümü yapılır. Deri kıvrım kalınlığı standardın %90'ından az olması malnütrisyonu, %110'undan çok olması fazla kiloyu gösterir. 5 yaş altında 5 mm'den az olması malnütrisyon olduğunu düşündürmektedir.(20)

6.Vücut bölümlerinin birbirine oranı

Baş-pubis/pubis-ayak uzunluğu, oturma yüksekliği, kulaç uzunluğu gibi ekstremitelerle gövdenin büyümesinin orantılı olarak uyumunu gösteren ölçümlerdir. Orantılı ve orantısız boy kısalığının ayırıcı tanısında önemlidir(23).

7.Vücut kitle indeksi

Kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle elde edilen orandır. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde standart tablo ve eğrilerle büyüme hızı belirlenir. Obezitenin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüttür(şekil 2) (23).

b. Ulaşılan büyümenin değerlendirilmesi

Ulaşılan büyümenin değerlendirilmesinde üç yaklaşım söz konusudur.

1.Büyüme eğrileri:

Büyüme ve gelişme çocuk için dinamik bir süreç olup büyümenin değerlendirilmesinde karşılaştırma için temel oluşturacak standartlar kullanılmalıdır. Bu nedenle persentil eğrilerinden yararlanılır. Persentil eğrileri, aynı yaş ve cinsteki çok sayıda çocuktan elde edilen ölçümlere veya doğumdan itibaren adölesan dönemin sonuna kadar izlenen normal çocuklardan elde edilen ölçümlere dayanır. Sağlıklı, büyümesi normal olan bu çocukların ölçümlerinde de farklılıklar olacaktır(20).

Bir çocuğun sağlıklı olduğunu gösteren en önemli göstergelerden biri birisi büyüme ve gelişmesinin iyi olmasıdır. Akut hastalıklar kilo persentilinde duraklama ve gerilemeye yol açarken, hastalık uzadıkça ve kronikleştikçe boy ve baş çevresi persentili de etkilenir(24)

Kız ve erkek çocuklarda büyüme özellikle puberte döneminde farklılık gösterdiğinden her iki cins için farklı büyüme eğrilerinin kullanılması gerekir. Türk çocuklarında Prof. Dr. Olcay Neyzi ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olan cinse ve yaşa göre ağırlığın, boyun ve baş çevresinin değerlendirilmesini sağlayan büyüme eğrileri bulunmaktadır (Şekil 1) (Tablo 2-3). Büyüme eğrileri 3., 10., 25., 50., 75., 90. ve 97. olmak üzere yedi persentil çizgisinden oluşur. Belli bir ölçüm için 50. persentil değeri, ölçümlerin dağılımının simetrik bir çan eğrisini (Gauss eğrisi) oluşturduğu bir toplumda, medyanı ve aritmetik ortalamayı (standart değeri) gösterir(21).

2. Median yüzdesi:

Çocuğun antropometrik ölçümü aynı yaştaki ve cinsteki sağlıklı ve büyümesi normal olan 50. persentildeki çocuğun antropometrik ölçümü ile karşılaştırılır ve standart değerler saptanır. Malnütrisyon derecelendirilmesi standart tablolarına gerek kalmadan bu değerler yardımıyla yapılır(22).

3.Standart sapma skoru:

Antropometrik ölçümlerin referans ortanca değerinden sapmalarına z skoru olarak da bilinen standart deviasyon skoru denir. Sınır değerler +2 SD ve -2 SD olup bu değerlerin altı veya üstü malnütrisyon olarak değerlendirilir. Çocuk büyüme ve beslenme durumunun değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçüm sistemidir(22).

Tablo 2 0-18 Yaş Erkek Çocuklarında Persentil Değerleri

Vücut ağırlığı persentil değerleri (kg)

Erkek

Yaş	3	10	25	50	75	90	97
Doğum	2.58	2.85	3.13	3.43	3.73	4.00	4.27
3 ay	4.75	5.26	5.79	6.38	6.99	7.54	8.10
6 ay	6.21	6.79	7.41	8.12	8.85	9.54	10.25
9 ay	7.27	7.87	8.51	9.26	10.06	10.81	11.58
12 ay	7.96	8.61	9.32	10.16	11.05	11.92	12.82
15 ay	8.61	9.28	10.01	10.89	11.83	12.75	13.72
18 ay	9.13	9.82	10.58	11.49	12.48	13.46	14.49
2 yaş	10.12	10.85	11.66	12.66	13.76	14.86	16.05
2.5 yaş	11.06	11.84	12.71	13.80	15.04	16.29	17.69
3 yaş	11.81	12.65	13.61	14.83	16.24	17.71	19.39
3.5 yaş	12.6	13.5	14.6	15.9	17.4	18.9	20.6
4 yaş	13.3	14.3	15.4	16.8	18.5	20.1	22.0
4.5 yaş	14.0	15.0	16.2	17.7	19.5	21.3	23.3
5 yaş	14.7	15.8	17.0	18.6	20.5	22.4	24.6
5.5 yaş	15.4	16.5	17.9	19.6	21.6	23.6	26.0
6 yaş	16.2	17.4	18.9	20.7	22.8	25.1	27.7
7 yaş	18.1	19.5	21.1	23.2	25.8	28.5	31.6
8 yaş	19.9	21.5	23.4	25.9	28.9	32.2	36.1
9 yaş	21.7	23.6	25.8	28.8	32.4	36.4	41.3
10 yaş	23.6	25.9	28.6	32.2	36.7	41.6	47.8
11 yaş	26.6	29.6	33.1	37.8	43.6	50.0	57.8
12 yaş	29.9	33.8	38.4	44.3	51.3	58.7	67.1
13 yaş	33.4	38.0	43.2	49.8	57.3	64.9	73.3
14 yaş	39.1	44.0	49.4	56.2	63.9	71.6	80.1
15 yaş	45.3	50.1	55.4	62.1	69.7	77.4	85.9
16 yaş	49.9	54.5	59.7	66.2	73.6	81.2	89.6
17 yaş	53.2	57.8	62.8	69.2	76.5	84.0	92.4
18 yaş	56.1	60.5	65.5	71.8	79.0	86.4	94.7

Boy uzunluğu persentil değerleri (cm)

Erkek

Yaş	3	10	25	50	75	90	97
Doğum	45.9	47.2	48.5	50.0	51.5	52.9	54.2
3 ay	56.2	57.8	59.5	61.3	63.2	64.8	66.4
6 ay	62.8	64.5	66.2	68.0	69.9	71.6	73.2
9 ay	67.4	69.1	70.9	72.8	74.7	76.4	78.1
12 ay	70.8	72.7	74.7	76.9	79.1	81.1	83.0
15 ay	73.8	75.8	77.9	80.2	82.5	84.5	86.6
18 ay	76.4	78.5	80.7	83.1	85.5	87.7	89.8
2 yaş	81.0	83.3	85.6	88.2	90.8	93.2	95.5
2.5 yaş	85.3	87.6	90.0	92.6	95.3	97.6	100.0
3 yaş	89.3	91.7	94.1	96.8	99.4	101.8	104.2
3.5 yaş	92.8	95.2	97.7	100.5	103.2	105.7	108.2
4 yaş	96.0	98.6	101.1	104.0	106.9	109.5	112.0
4.5 yaş	99.0	101.7	104.3	107.3	110.3	113.0	115.6
5 yaş	101.8	104.5	107.3	110.4	113.5	116.2	119.0
5.5 yaş	104.5	107.3	110.1	113.3	116.4	119.3	122.1
6 yaş	107.1	110.0	112.9	116.1	119.3	122.2	125.1
7 yaş	112.1	115.1	118.2	121.5	124.9	128.0	131.0
8 yaş	116.9	120.0	123.3	126.9	130.5	133.7	136.9
9 yaş	121.6	124.9	128.3	132.1	135.9	139.3	142.7
10 yaş	126.4	130.0	133.6	137.6	141.6	145.2	148.7
11 yaş	131.7	135.5	139.4	143.8	148.1	152.0	155.9
12 yaş	137.0	141.3	145.7	150.6	155.4	159.8	164.1
13 yaş	142.8	147.6	152.4	157.7	163.1	167.9	172.6
14 yaş	150.3	155.0	159.7	164.9	170.1	174.8	179.5
15 yaş	156.9	161.2	165.5	170.3	175.1	179.4	183.7
16 yaş	160.9	164.9	168.9	173.4	177.9	181.9	185.9
17 yaş	163.0	166.8	170.7	175.0	179.3	183.2	187.1
18 yaş	164.5	168.2	172.0	176.2	180.4	184.2	187.9

Vücut kitle indeksi persentil değerleri (kg/m²)

Erkek

Yaş	5	15	25	50	75	85	95
Doğum	11.4	12.2	12.7	13.7	14.6	15.2	16.1
3 ay	14.4	15.3	15.8	16.9	18.0	18.6	19.7
6 ay	15.0	15.9	16.5	17.5	18.6	19.2	20.3
9 ay	15.1	16.0	16.5	17.5	18.6	19.3	20.4
12 ay	14.9	15.7	16.2	17.2	18.3	18.9	20.0
15 ay	14.7	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.7
18 ay	14.5	15.3	15.7	16.7	17.7	18.3	19.3
2 yaş	14.3	15.0	15.4	16.3	17.3	17.9	19.0
2.5 yaş	14.2	14.8	15.3	16.2	17.2	17.7	18.8
3 yaş	13.9	14.6	15.0	15.9	17.0	17.6	18.7
3.5 yaş	13.8	14.5	14.9	15.8	16.8	17.4	18.5
4 yaş	13.7	14.4	14.8	15.7	16.7	17.3	18.4
4.5 yaş	13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.2	18.4
5 yaş	13.5	14.2	14.6	15.5	16.5	17.1	18.3
5.5 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.1	18.4
6 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5
7 yaş	13.6	14.3	14.7	15.7	16.9	17.6	19.1
8 yaş	13.8	14.5	15.0	16.1	17.4	18.2	19.9
9 yaş	14.0	14.8	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0
10 yaş	14.1	15.1	15.7	17.1	18.9	20.1	22.5
11 yaş	14.6	15.8	16.5	18.2	20.4	21.7	24.5
12 yaş	15.2	16.5	17.4	19.3	21.7	23.1	26.0
13 yaş	15.6	17.0	18.0	19.9	22.3	23.7	26.5
14 yaş	16.4	17.7	18.6	20.5	22.8	24.2	27.0
15 yaş	17.2	18.5	19.4	21.2	23.4	24.8	27.6
16 yaş	18.0	19.3	20.1	21.9	24.1	25.4	28.2
17 yaş	18.7	19.9	20.7	22.5	24.7	26.1	28.8
18 yaş	19.2	20.5	21.3	23.1	25.2	26.6	29.4

İlk üç yaşta baş çevresi persentil değerleri (cm)

Erkek

Yaş	3	10	25	50	75	90	97
Doğum	32.3	33.2	34.0	34.9	35.9	36.7	37.5
1 ay	35.3	36.1	37.0	37.9	38.9	39.7	40.5
2 ay	37.1	37.9	38.8	39.7	40.6	41.5	42.3
3 ay	38.5	39.3	40.2	41.1	42.0	42.8	43.7
6 ay	41.3	42.2	43.1	44.0	45.0	45.9	46.7
9 ay	43.1	44.0	44.9	45.8	46.8	47.7	48.6
12 ay	44.3	45.2	46.1	47.1	48.0	48.9	49.8
15 ay	45.0	45.9	46.8	47.8	48.8	49.7	50.6
18 ay	45.6	46.5	47.4	48.4	49.4	50.3	51.2
21 ay	46.1	47.0	47.9	48.9	49.9	50.8	51.7
24 ay	46.4	47.3	48.3	49.3	50.3	51.2	52.1
27 ay	46.7	47.6	48.6	49.6	50.6	51.6	52.5
30 ay	46.9	47.8	48.8	49.8	50.8	51.8	52.7
33 ay	47.0	48.0	48.9	49.9	51.0	51.9	52.9
36 ay	47.1	48.0	49.0	50.0	51.1	52.0	52.9

(23)

Tablo 3 0-18 Yaş Kız Çocuklarında Persentil Değerleri

Vücut ağırlığı persentil değerleri (kg)

Kız

Yaş	3	10	25	50	75	90	97
Doğum	2.52	2.76	3.01	3.29	3.58	3.84	4.10
3 ay	4.48	4.90	5.33	5.82	6.32	6.78	7.24
6 ay	5.94	6.38	6.85	7.43	8.06	8.68	9.34
9 ay	6.85	7.34	7.89	8.55	9.29	10.02	10.82
12 ay	7.52	8.06	8.66	9.39	10.20	11.00	11.87
15 ay	8.09	8.67	9.31	10.10	10.96	11.81	12.73
18 ay	8.57	9.19	9.87	10.71	11.63	12.55	13.54
2 yaş	9.49	10.20	10.99	11.94	12.99	14.03	15.15
2.5 yaş	10.35	11.17	12.06	13.12	14.25	15.33	16.47
3 yaş	11.19	12.09	13.05	14.18	15.37	16.51	17.68
3.5 yaş	11.9	12.8	13.9	15.1	16.5	17.8	19.3
4 yaş	12.7	13.7	14.8	16.1	17.7	19.2	20.8
4.5 yaş	13.5	14.5	15.8	17.3	19.0	20.7	22.5
5 yaş	14.2	15.4	16.7	18.4	20.3	22.2	24.3
5.5 yaş	14.9	16.2	17.7	19.5	21.6	23.7	26.1
6 yaş	15.7	17.0	18.6	20.6	22.9	25.3	27.9
7 yaş	17.2	18.7	20.6	22.9	25.7	28.6	31.9
8 yaş	18.9	20.8	22.9	25.7	28.9	32.4	36.5
9 yaş	20.9	23.1	25.6	28.9	32.8	37.0	41.8
10 yaş	23.0	25.6	28.7	32.6	37.3	42.3	48.0
11 yaş	26.4	29.6	33.4	38.2	43.7	49.5	55.9
12 yaş	32.0	35.8	39.9	45.1	50.9	56.8	63.1
13 yaş	37.4	41.1	45.1	50.0	55.5	60.8	66.6
14 yaş	41.6	45.0	48.8	53.3	58.3	63.2	68.5
15 yaş	44.0	47.3	50.9	55.3	60.1	64.8	69.8
16 yaş	45.3	48.5	52.0	56.3	61.0	65.7	70.7
17 yaş	46.2	49.4	52.9	57.2	61.8	66.4	71.4
18 yaş	47.3	50.5	53.9	58.1	62.2	67.3	72.2

Boy uzunluğu persentil değerleri (cm)

Kız

Yaş	3	10	25	50	75	90	97
Doğum	45.3	46.6	47.9	49.4	50.8	52.1	53.4
3 ay	55.3	56.8	58.2	59.9	61.5	63.0	64.5
6 ay	61.6	63.1	64.7	66.4	68.2	69.7	71.3
9 ay	66.0	67.7	69.3	71.2	73.0	74.6	76.3
12 ay	69.7	71.4	73.2	75.1	77.1	78.8	80.5
15 ay	72.8	74.6	76.5	78.5	80.6	82.4	84.2
18 ay	75.5	77.4	79.3	81.5	83.7	85.6	87.6
2 yaş	80.1	82.3	84.4	86.8	89.2	91.4	93.5
2.5 yaş	84.0	86.3	88.6	91.2	93.8	96.1	98.4
3 yaş	87.8	90.2	92.7	95.4	98.1	100.6	103.0
3.5 yaş	91.1	93.6	96.2	99.0	101.9	104.5	107.0
4 yaş	94.3	96.9	99.6	102.5	105.5	108.1	110.7
4.5 yaş	97.4	100.1	102.8	105.9	108.9	111.6	114.3
5 yaş	100.4	103.2	105.9	109.1	112.2	114.9	117.7
5.5 yaş	103.6	106.3	109.0	112.1	115.3	118.3	121.2
6 yaş	106.2	109.0	111.9	115.1	118.4	121.3	124.1
7 yaş	111.6	114.6	117.7	121.1	124.4	127.5	130.5
8 yaş	116.7	119.9	123.1	126.7	130.3	133.5	136.7
9 yaş	121.3	124.7	128.2	132.1	136.0	139.5	142.9
10 yaş	125.8	129.6	133.5	137.9	142.2	146.1	150.0
11 yaş	132.5	136.6	140.8	145.4	150.1	154.2	158.3
12 yaş	141.1	144.9	148.8	153.1	157.4	161.2	165.1
13 yaş	146.6	150.2	153.8	157.8	161.8	165.5	169.0
14 yaş	149.3	152.8	156.4	160.4	164.3	167.9	171.4
15 yaş	150.7	154.2	157.8	161.7	165.7	169.3	172.8
16 yaş	151.3	154.8	158.4	162.4	166.3	169.9	173.4
17 yaş	151.7	155.2	158.8	162.7	166.7	170.3	173.8
18 yaş	152.0	155.6	159.1	163.1	167.1	170.7	174.2

Vücut kitle indeksi persentil değerleri (kg/m²)

Kız

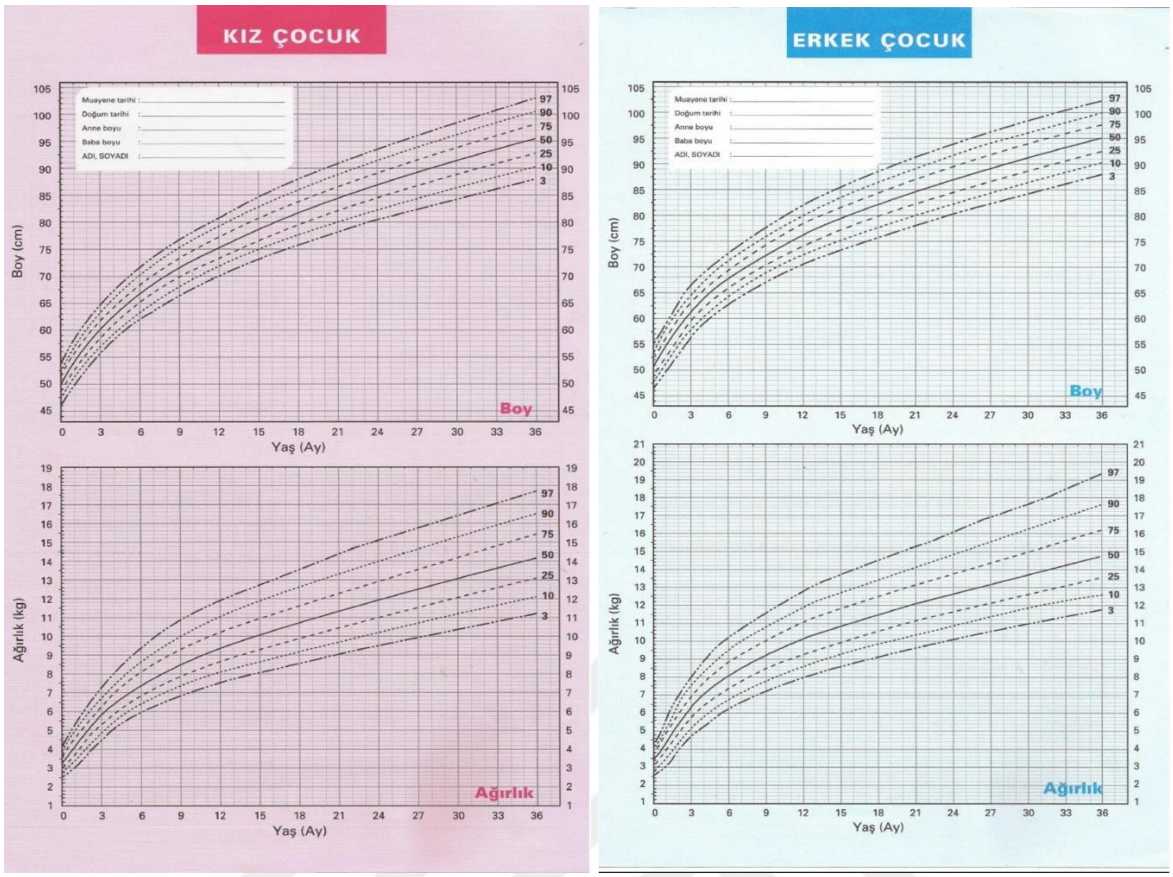
Yaş	5	15	25	50	75	85	95
Doğum	11.4	12.2	12.6	13.5	14.4	14.9	15.8
3 ay	13.9	14.8	15.3	16.3	17.3	17.9	18.9
6 ay	14.7	15.4	15.9	16.9	18.0	18.6	19.7
9 ay	14.8	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.8
12 ay	14.6	15.3	15.7	16.6	17.7	18.2	19.4
15 ay	14.5	15.1	15.6	16.4	17.4	18.0	19.1
18 ay	14.2	14.9	15.3	16.2	17.1	17.7	18.8
2 yaş	14.0	14.6	15.1	15.9	16.9	17.4	18.5
2.5 yaş	13.9	14.6	15.0	15.8	16.7	17.3	18.3
3 yaş	13.8	14.4	14.8	15.5	16.4	17.0	17.9
3.5 yaş	13.7	14.3	14.7	15.5	16.4	17.0	18.0
4 yaş	13.6	14.2	14.6	15.4	16.4	17.0	18.1
4.5 yaş	13.5	14.2	14.6	15.4	16.5	17.1	18.2
5 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5
5.5 yaş	13.4	14.0	14.5	15.5	16.6	17.3	18.8
6 yaş	13.3	14.0	14.5	15.5	16.7	17.5	19.1
7 yaş	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.8	19.7
8 yaş	13.4	14.2	14.7	15.9	17.4	18.4	20.4
9 yaş	13.6	14.5	15.1	16.4	18.1	19.2	21.5
10 yaş	13.9	14.9	15.6	17.1	19.0	20.2	22.6
11 yaş	14.5	15.6	16.4	18.0	20.0	21.3	23.8
12 yaş	15.3	16.5	17.3	19.0	21.1	22.3	24.8
13 yaş	16.3	17.5	18.3	19.9	21.9	23.1	25.4
14 yaş	17.1	18.3	19.0	20.6	22.5	23.6	25.8
15 yaş	17.7	18.8	19.5	21.0	22.8	23.9	26.0
16 yaş	18.1	19.1	19.8	21.2	23.0	24.0	26.1
17 yaş	18.5	19.5	20.1	21.5	23.1	24.2	26.2
18 yaş	19.0	19.9	20.5	21.8	23.3	24.3	26.1

İlk üç yaşta baş çevresi persentil değerleri (cm)

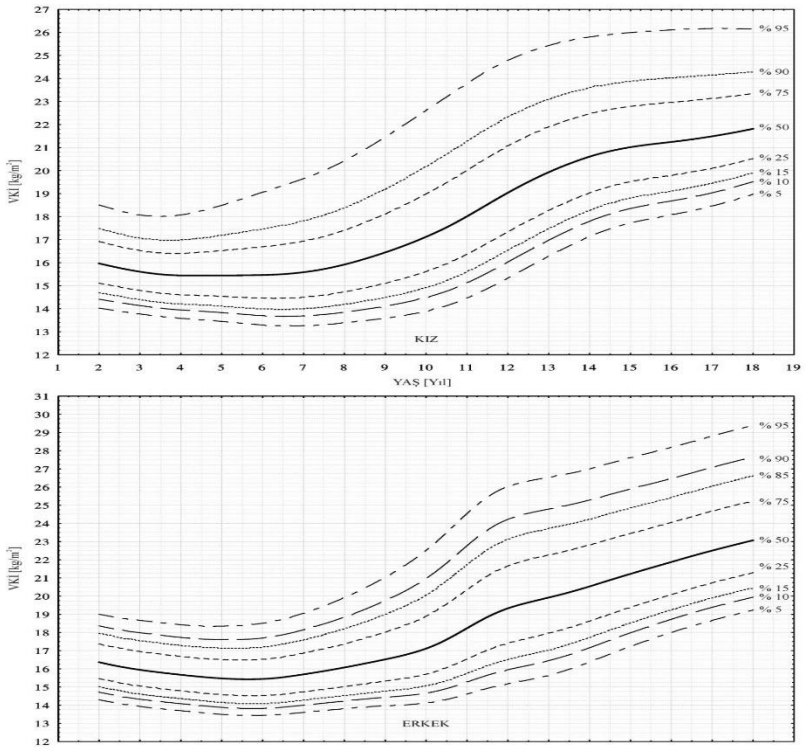
Kız

Yaş	3	10	25	50	75	90	97
Doğum	31.9	32.7	33.6	34.5	35.5	36.3	37.1
1 ay	34.8	35.5	36.3	37.1	38.0	38.7	39.5
2 ay	36.5	37.2	38.0	38.8	39.6	40.3	41.0
3 ay	37.7	38.4	39.1	40.0	40.8	41.6	42.3
6 ay	40.4	41.2	42.0	42.9	43.8	44.6	45.3
9 ay	42.1	42.9	43.7	44.6	45.5	46.3	47.1
12 ay	43.4	44.1	44.9	45.8	46.7	47.5	48.3
15 ay	44.2	45.0	45.8	46.6	47.5	48.3	49.0
18 ay	44.8	45.5	46.3	47.2	48.1	48.9	49.7
21 ay	45.1	45.9	46.7	47.6	48.6	49.4	50.2
24 ay	45.4	46.2	47.1	48.0	49.0	49.8	50.7
27 ay	45.5	46.4	47.3	48.2	49.2	50.1	51.0
30 ay	45.6	46.5	47.4	48.4	49.4	50.3	51.2
33 ay	45.7	46.6	47.5	48.5	49.5	50.4	51.3
36 ay	45.8	46.7	47.6	48.7	49.7	50.6	51.5

(23)



Şekil 1 0-36 Ay Kız -Erkek Çocuklarında Persentil Eğrileri (23)



Şekil 2 2-18 Yaş Erkek ve Kız Çocuklarında VKİ Persentil Eğrileri

2.6.3.2.Çocuk İstismarı ve İhmali

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ), ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve alanında uzman kişilerce uygunsuz ya da zarar verici olarak tanımlanan, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür(25). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre çocuk istismarı ve ihmali; çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışların tümüdür. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran özellik, istismarın aktif, ihmalin pasif bir durum olarak ortaya çıkmasıdır(26).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde çocuk istismarı konusu gerek tıbbi gerekse toplumsal açıdan giderek önem kazanan bir halk sağlığı sorunudur. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF iş birliği ile yapılan ve 2010 yılında yayınlanan ‘’Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması’’ raporuna göre Türkiye'de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu, %51'nin duygusal istismara, %43'ünün fiziksel istismara, %3'ünün cinsel istismara ve %25'inin ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir(27). Kaynar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrencileri %60.1'i çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını, %44.7'si anne ve babaları arasına fiziksel şiddete tanık olduklarını bildirmiştir(28).

DSÖ çocuk istismarı risk faktörlerini Tablo 4 ‘deki gibi sınıflamıştır(29).

Tablo 4 Çocuk İstismarı ve İhmali Risk Faktörleri

Toplumsal	**Kişisel**	**Ailesel**
•Çocuğun değerinin azalması (azınlık, engellilik, cinsiyet) •Sosyal eşitsizlikler •Organize şiddet (savaşlar, kavgalar, yüksek suç oranları) •Toplumda şiddete hoşgörüyle bakılması •Medya şiddeti •Kültürel normlar 1	**Anne babaya ilişkin** • Genç yaş • Yalnız anne baba • İstenmeyen gebelik • Deneyimsiz anne baba • Erken yaşta şiddete maruziyet • Madde kullanımı • Yetersiz doğum öncesi bakım • Fiziksel ya da ruhsal hastalık • Akrabalarla sorunlar **Çocuğa ilişkin** • Cinsiyet • Prematürite • İstenmeyen çocuk • Engellilik	• Geniş aile • Düşük sosyoekonomik durum • Sosyal izolasyon • Yüksek stres düzeyleri • Aile içi şiddet

Çocuk istismarı dört gruba ayrılmaktadır;

1. Fiziksel istismar
2. Duygusal istismar
3. Cinsel istismar
4. İhmal

1.Fiziksel İstismar: Fiziksel istismar çocuğun anne, baba ya da bakımından sorumlu yetişkin tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek biçimde "kaza dışı" yaralanması, zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır(30). Çocuklarda kazalar yüksek oranda görülse de yaşa uygun olmayan ve kendi kendine olma olasılığı düşük olan hasarlarda istismardan

şüphelenmek gerekir. Başka bir çocuğun bu hasara neden olduğu söylenmesi durumunda o çocuğun gerçekten bunu yapıp yapamayacağı sorgulanmalıdır. Çocuğun muayeneye geç getirilmesi ve bunun açıklanamaması, çelişkili öykü, fizik muayenesi ile uyumsuz öykü, yineleyen yaralanmalar, anne-babanın çocuktaki yaralanma ile ilgili aşırı kaygısı ya da ilgisizliği fiziksel istismarı akla getirmelidir(31) Çocuğun öyküsü ile fizik muayene bulguları arasındaki uyum değerlendirilmelidir. Kaza dışı yaralanmalar genellikle çocuk anne-babası tarafından cezalandırılmak istendiğinde veya anne-baba kontrolünü kaybettiğinde ortaya çıkabilen en sık dövme şeklinde olan yaralanmalardır. Tipik başvuru şekli ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalar olup daha seyrek olarak ise yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi , boğulma olabilir(26).

Fiziksel istismarın çocuklar üzerindeki kısa dönem etkileri; alt ıslatma, parmak emme, gelişimsel bozukluk, uyku bozukluğu, yeme bozukluğu, öğrenme güçlüğü, konuşmada gecikme, okul başarısızlığı, yakın ilişki kurmakta güçlük, öfke içeren ilişkilerdir. Uzun dönemdeki etkileri ise saldırgan ve suça yönelik davranış, duygusal bozukluklar, akranlarına göre daha erken alkol kullanmaya başlama, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, halüsinasyonlar, şizofreni, düşünce bozuklukları ve ağır fiziksel istismar vakalarında travma sonrası stres bozukluğu görülebilmektedir(32).

Çocuk istismarının ağır bir formu olan "Sarsılmış Bebek Sendromu (SBS)" iki yaş altında en sık görülse de beş yaşa kadar da görülebilen ve bu yaş aralığında bebek ve küçük çocuklara uygulanan kafa travması istismarı olarak tanımlanan klinik bir durumdur. Genellikle 15 ayın, özellikle de altı ayın altındaki çocuklar kızgın anne-babaları ya da bakıcıları tarafından, genellikle bebeğin mamasını yememesi ya da sürekli ağlaması nedeni ile şiddetlice sallandıklarında oluşmaktadır. Bebeğin gövdesinden veya kollarından tutulup sarsılması sonucu oluşan subdural ve/veya subaraknoid hematom, retinal kanamalar ve minimal travmatik dış bulgular ile karakterizedir(26).

Munchausen By Proxy Sendromu (MBPS) ise özel bir çocuk istismarı formu olup bir anne-babanın çocuğunda gerçekte olmadığı halde bir hastalık üretmesi sonucu ortaya çıkan her türlü durumu tanımlar. Çocuk doğrudan anne-babanın ürettiği hastalık sonucu veya tanı ve tedavi uygulamaları sonucu zarar görür(26).

Fizik muayenede cinsel ve fiziksel istismarı düşündüren bulgular Tablo 5'te sunulmuştur(7).

Tablo 5 Fiziksel İstismar Bulguları

Fiziksel istismar bulguları
Vücudun korunaklı bölgelerinde olan yaralanmalar
Vücudun farklı bölgelerinde farklı zamanlara ait ekimozlar
Bir şekle benzeyen yaralar (cetvel, sopa, el izi)
Ağız yaraları
Isırık izleri
Eldiven çorap tarzı yanık
Sigara yanığı
İleri sürülen kaza ile yara arasındaki uyumsuzluk
Bir yaşın altındakilerde kırık
Yassı kemiklerde kırıklar
Spiral, metafiz kırıkları
Aynı çocukta birden fazla kırık

2.Duygusal İstismar: Günlük yaşamda en sık görülen istismar tiplerinden birisi olan duygusal istismar; anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemler ya da eylemsizlikler olarak tanımlanır. Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmal de beraber görülür(25). Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir(31).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda sıklıkla aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlar görülür. Ayrıca duygusal istismar, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişmelerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çocuklarda normal zihinsel kapasite olmasına karşın, öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlar görülmektedir(26).

3.Cinsel İstismar: Bir erişkinin, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış, küçük yaştaki bir çocuğu cinsel doyum için kullanmasıdır. Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren, sıklıkla gizli kalan bir durumdur(25). Cinsel istismarın en belirgin bulguları

genital kanama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar sergilemeye başlama, içe kapanma, okul başarısında azalma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis gibi davranış değişiklikleridir(31).

Fizik muayenede cinsel istismarı düşündüren bulgular Tablo 6 'da sunulmuştur(7).

Tablo 6 Cinsel İstismar Bulguları

Cinsel istismar bulguları
Genital veya perianal bölgede irritasyon ve inflamasyon
Açıklanamayan tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu
Genital travmayı gösteren akut bulgular (kanama, laserasyon , ekimoz gibi)
Himen, anüs dilatasyonu
Himende yapışıklık, sineşi veya düzensizlik
Himen, anüs ya da vajinada skar oluşumu
Ağız, vajina ya da anüste semen bulunması
Cinsel yolla geçen hastalık bulgusu

4.İhmal: Başta ebeveynler olmak üzere bakmakla yükümlü diğer kişilerin çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır**.**

a. Fiziksel ihmal: Çocuğun yeterli yemek, giyim, barınma, hijyen, korunma ya da gözetim ihtiyacının sağlanmamasıdır.

b. Duygusal ihmal: İhtiyacı olduğunda çocuğa sevgi, güvenlik, şefkat, duygusal destek ve psikolojik bakımın sağlanmamasıdır.

c. Eğitimsel ihmal: Çocuğun okula kaydının yapılmaması, okula devamlılığının takip edilmemesi ya da temel eğitim gereksinimlerinin eksikliğidir.

d. Tıbbi ihmal: Çocuğun rutin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması, aşıların yaptırılmaması, izlemlere götürülmemesi, tedavi önerilerine uyulmaması sonucunda çocuğun iyi halinin zarar görmesidir.

e. Sosyal destek ihmali: Kurum ve kuruluşların sorumlu oldukları alanlarda duyarsız davranmaları sonucu ortaya çıkan sorunları kapsamaktadır(31).

Çocuk istismar ve ihmalinden korunma birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak üç basamakta incelenmektedir. Birincil korunma şiddetin ortaya çıkışını önlemek için yapılacak topluma yönelik eğitimleri, sağlık personeline verilecek eğitimleri, risk altındaki

gruplarının belirlenmesini, bu gruplara danışmanlık ve koruyucu hizmet verilmesini gibi pek çok konuyu kapsamaktadır. İkincil korunma yüksek riske sahip çocuklar ve aileler ile ilgili çabalar ve kaynaklara odaklanır. Üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış kişinin zararının azaltılmasını, tekrarının engellenmesini, tedavisini ve rehabilitasyonunu içermektedir(29). Hekimlerin çocuk istismarını tanımaları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanağı yaratacaktır(26). Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberine göre 0-6 yaş arası çocuklarda her muayenede, 7-18 yaş arası çocuklarda ise yılda bir kez çocuk ihmali ve istismarı ile çocuğa kötü muamele olup olmadığı yönünden sorgulama, gözlem ve muayene yapılması önerilmektedir(17).

2.6.4.GELİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öykü ve fizik muayene sonrası çocuğun, fiziksel ve nöromotor gelişimi ve psikososyal sağlığı değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeler sonucunda tarama testleri ve bağışıklama planlanmalıdır(5).

0-6 yaş döneminde bebek ve çocuğun bilişsel gelişimi, dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişimi, kaba-motor ve ince-motor gelişimi ile ilgili izlemlerin Bebek Çocuk İzlem Protokolüne ve Çocuğun Psiko-sosyal Gelişiminin Desteklenmesi Programına (ÇPGD) uygun olarak, yapılarak gelişimsel sorunların değerlendirilmesi ve şüphelenilen durumlarda ailenin bilgilendirilerek ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi önemlidir(17)

Denver Gelişimsel Tarama testi Türk çocukları için standardize edilmiştir. 0- 6 yaş çocuklarda kaba motor, ince motor, sosyal gelişim, dil gelişimi hakkında fikir elde etmek için uygulanabilir. Amaç daha kapsamlı değerlendirme gerektiren çocukların ortaya çıkarılmasıdır(33).

2.6.5.TARAMALAR

Tarama programları, erken dönemde henüz belirti ve bulgu vermeyen tespiti mümkün olup tedavi edilmediği takdirde ileri yaşamda kalıcı sakatlığa hatta ölüme sebep olabilen hastalıkların saptanmasında kullanılan yöntemlerdir. Bir hastalığın tarama testi ile taranabilmesi için belirli kriterleri sağlaması gerekmektedir(Tablo 7)(34).

Tablo 7 Wilson ve Jungner Tarama Kriterleri

1. Hastalık önemli bir sağlık sorunu teşkil etmeli
2. Hastalığın kabul görmüş bir tedavisi mevcut olmalı
3. Hastalığın teşhis ve tedavi olanakları mevcut olmalı
4. Hastalığın tanı koymaya fırsat verecek latent seyreden bir dönemi olmalı
5. Tarama test ve muayene yöntemleri kolay uygulanabilir, elverişli olmalı
6. Test toplum tarafından kabul görmüş olmalı
7. Hastalığın ortaya çıkışı ve gidişatı yeterince anlaşılmış olmalı
8. Hangi hastalara tedavi verileceği konusunda üzerinde uzlaşılmış bir politika izlenmeli
9. Taramanın ekonomik maliyeti düşük olmalı
10.Toplumda yeni vaka saptama süreci kesintiye uğramamalı, süreklilik a

Çocuk sağlığı izleminde öykü, gözlem, fizik muayene ile pek çok hastalık erken dönemde taranabilmektedir. Ayrıca, farklı yaşlarda önceden belirlenmiş standartlara uygun olarak düzenli tarama testleri yapılır. Ülkemizde tarama programı; guthrie topuk kanı testi ile Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biyotinidaz Eksikliği, Kistik Fibrozis, Konjenital Adrenal Hiperplazi taraması, kırmızı refle testi ve görme taraması, işitme taraması, Gelişimsel Kalça Displazisi taraması, inmemiş testis taraması, anemi, üriner enfeksiyon, kan basıncı ölçümü ve hiperlipidemi taramaları, ağız ve diş sağlığı taraması, obezite ve yaygın gelişimsel bozuklukların taramasını kapsamaktadır(17). Son yıllarda Konjenital Kalp Hastalığı (KKH) taraması ülkemizde henüz rutin olmasa da nabız oksimetre cihazı ile taranmasının faydalı olabileceği gündeme gelmektedir.

2.6.5.1. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı

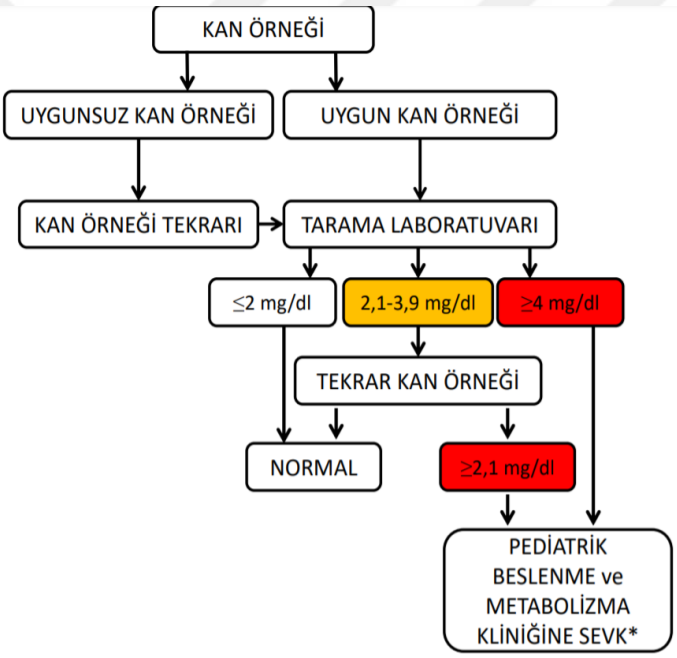
Yenidoğan tarama programlarının ilk hedefi doğumsal metabolik hastalıkların görülme oranları yüksek olanlara karşı yapılıp, hastalığın erken dönemde tanımlanması ve müdahale edilmesidir. Türkiye'de Fenilketonüri (1986 yılından itibaren) Konjenital Hipotiroidi (2006 yılından itibaren), Biyotinidaz eksikliği (2008 yılından itibaren), Kistik Fibrozis (2015 yılından itibaren), Konjenital Adrenal Hiperplazi (Ocak 2022 yılından itibaren),Spinal Müsküler Atrofi (SMA, Mayıs 2022 yılından itibaren) Yenidoğan Tarama Programı kapsamındadır(35).

Metabolik taramalar, en ideali doğumdan sonraki 3-7. günler olmak üzere, 24-72 saat sonra topuk kanından bakılır. Topuk kanı Guthrie kartını ön yüzündeki işaretli bölgenin ortasına değdirilerek kartın kan damlasını emmesi sağlanır. Kan alınması için bebeklerin

topuğunun taban yüzlerinin medial(iç) veya lateral(dış) kısımları kullanılmalıdır. Guthrie kartı en az 3 saat oda sıcaklığında kurumalı, ısı, ışık ve nemden korunmalıdır(36).

Fenilketonüri: Fenülketonüri, fenilalanin hidroksilaz enzim eksikliğine veya yokluğuna bağlı ortaya çıkan, erken tespit edilmediğinde çocuklarda ağır nöromotor ve mental retardasyon yol açan otozomal resesif geçişli metabolik bir hastalıktır. Nöbet, egzama, otizm benzeri davranışlar, fenilasetikasite bağlı koku ve hipopigmentasyon gibi klinik bulgular görülebilmektedir(36). Türkiye Fenilketonüri'nin en çok görüldüğü ülkelerden biridir ve dünyada ortalama insidansı 1:15.000 canlı doğum iken Türkiye'de 1:4.500 olarak tespit edilmiştir(37) (38).

Serumdaki fenilalanin düzeyi florometrik yöntemle çalışılır, fenilalanin düzeyi 2 mg/dl den yüksekse kontrol test istenir, sonucun yüksek gelmesi durumunda hasta pediatrik



Şekil 3 Fenilketonüri Sonuç Değerlendirme Algoritması

beslenme ve metabolizma kliniğine sevk edilir (Şekil 3) (7).

Fenilketonüri hastalarında erken tanı ve tedavi ile kalıcı sekellerin önüne geçilebilmek mümkündür. Tedavinin merkezinde ömür boyu sürecek olan fenilalaninin kısıtlı diyet bulunmaktadır. Amaç, kan fenilalanin konsantrasyonlarının kontrolünü sağlamaktır. Diyet tedavisi yenidoğanda hiperfenilalanineminin doğrulanmasından hemen sonra başlamalıdır. Fenilketonüri tanılı bebekler anne sütüyle beslenebilirler eğer mama verilme endikasyonu varsa fenilalanin içermeyen formül mamalarla beslenmelidir. İleriki yaşamlarında da protein

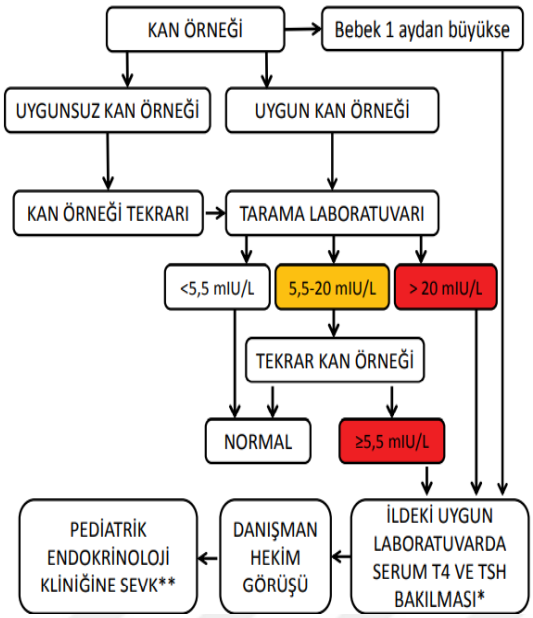
yönünden zengin et, balık, yumurta, standart ekmek, çoğu peynir, kuruyemiş ve tohum gibi yiyeceklerden uzak durmalıdırlar. Ayrıca tedavide Fenilalanin hidroksilaz enziminin kofaktörü olan Tetrahidrobiopterinin, farmakolojik dozlarda verilmesinin Fenilketonürinin bazı alt tiplerinde fayda sağladığı bildirilmiştir(39).

Konjenital Hipotroidi: Yenidoğan döneminde en sık görülen endokrinolojik problem olmakla beraber önlenebilir mental geriliğinin de en sık nedenidir(40). Dünyada insidansı 1:3.500-4.000 canlı doğum iken Türkiye'de 1:3.344 olarak bildirilmiştir(41). Tarama doğumdan sonra 48-96. saatler arasında yapılmalıdır.

Konjenital Hipotiroidi kalıcı ve geçici olarak sınıflandırılır. Konjenital Hipotiroidinin kalıcı nedenleri arasında en yaygın olarak tiroid bezi gelişimindeki embriyolojik bir kusur (disgenez) veya tiroid hormonu sentezindeki bir kusur (dishormonogenez) görülür. Kalıcı Konjenital Hipotiroidide ömür boyu süren bir tedavi gerekliliği vardır. Geçici Konjenital Hipotiroidi ise yaşamın ilk birkaç ayında veya yılında düzelen bir durumdur. İyot eksikliği ya da iyoda maruziyet en sık nedenleridir (42).

Konjenital Hipotiroidi ile doğan bebeklerin büyük bir kısmı bulgu vermediği için hastalığın erken dönemde klinik tanı alması zor olabilmektedir. Semptomatik vakalarda ise genel olarak kaba yüz, büyük dil, kuru cilt, karın şişliği, göbek fıtığı, kaba sesle ağlama, kabızlık, uzamış sarılık, hipotoni, hipotermi, letarji gibi sorunlar görülür(43). Erken dönemde başlanan tedavi ile bu bulgularda düzelme sağlanabilirken, geç kalınan olgularda gelişen zeka geriliği kalıcı olmaktadır.

TSH<5,5 mIU/L ise normal, 5,5-20 mIU/L ise test örneği tekrarı, TSH 20 mIU/L ise uygun bir laboratuvarda sT4 ve TSH bakılarak çocuk endokrinolojiye sevki uygundur (Şekil 4) (7).



Şekil 4 Konjenital Hipotroidi Sonuç Değerlendirme Algoritması

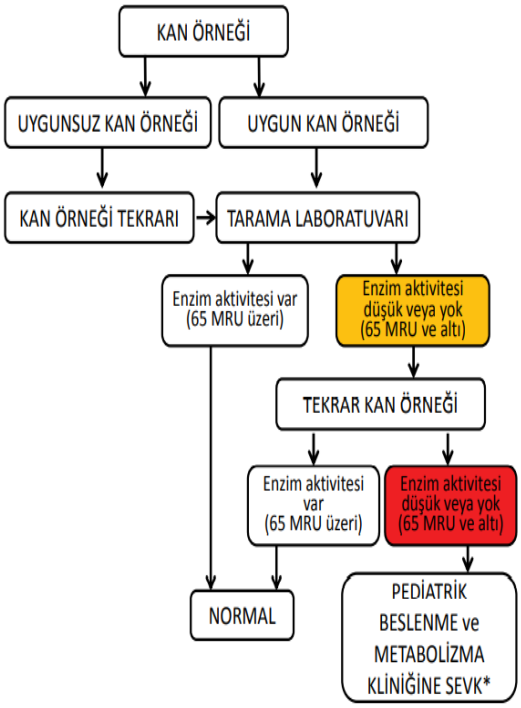
Tedavide 10-15 µg/kg/gün dozunda L-Tiroksin başlanır. Tabletler kırılarak su veya anne sütü ile karıştırılabilir. Tedavi ile birlikte T4 düzeyinin ortalama 3 gün içinde, TSH düzeyinin ise 2 hafta içinde normale değerlere dönmesi beklenir. Hastanın TSH ve T4 düzeyi düzenli aralıklarla takip edilmesi önerilmektedir(40).

Biyotinidaz Eksikliği: Biyotin, suda çözünebilen B grubu vitaminlerinden biridir. Karbonhidrat, amino asit ve lipid metabolizmasında yer alan çeşitli karboksilaz enzim kompleksleri için bir kofaktördür. Uygun büyüme, gelişme ve enerji sağlanması için gereklidir. Normalde vücudumuzda bulunan biyotinidaz enzimi, biyotin vitamininin geri dönüşümü için gerekli olan bir enzimdir. Biyotinidaz Eksikliği otozomal resesif geçişli nörokutanöz kalıtsal bir hastalıktır. Biyotinidaz enzimdeki eksikliğe bağlı metabolik asidoz, egzamalı deri döküntüsü, alopesi gibi deri bulguları, hiperventilasyon, laringeal stridor, apne gibi solunum problemleri, işitme ve görme kaybı, konvülsiyon ve ataksi gibi nörolojik belirti ve bulgularının görüldüğü bir hastalık tablosuna yol açar(44).

Dünya genelinde görülme sıklığı yenidoğanlarda 1:40.000 ila 1:60.000 arasında değişmektedir. Tüm dünyada biyotinidaz eksikliğinin en sık görüldüğü ülkelerden birinin Türkiye olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada yenidoğanlarda 1/11.000 bildirilmektedir(45).

Yenidoğandan yaşamın 3. ve 5. günleri arası alınan topuk kanı referans laboratuvarlara gönderilir. Tarama programının uygulanmasında Sağlık Bakanlığının önerdiği akış şeması izlenir (Şekil 5) (7).

Tedavide oral yolla 5–20 mg / gün yüksek doz biyotin başlanır. Biyotin tedavisi ile tüm semptomatik bireyler klinik olarak iyileşir. Nöbetler genellikle saatler içerisinde gerilerken deri problemleri birkaç hafta sürebilmektedir(46).



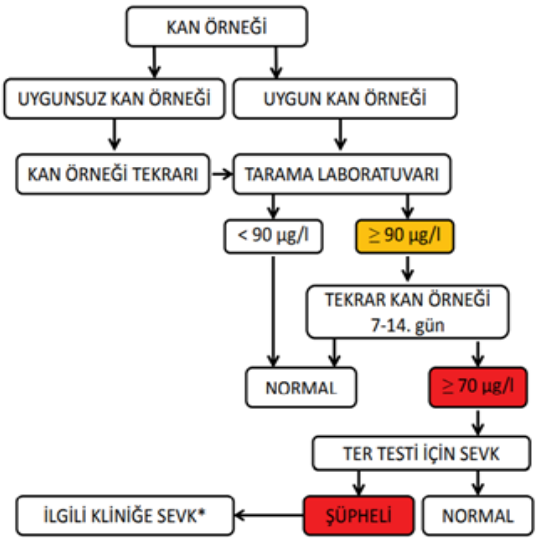
Şekil 5 Biotinidaz Eksikliği Sonuç Değerlendirme Algoritması

Kistik Fibrozis: Kistik fibrozis 7. Kromozom üzerinde bulunan "kistik fibrozis transmembran ileti regulator proteinini" (KFTR) kodlayan gendeki mutasyonlar sonucu ortaya çıkan ekzokrin salgı bezlerinde fonksiyon bozukluğu ile karakterize birçok sistemi tutan otozomal resesif bir hastalıktır (47). Ülkemizdeki sıklığı, net olmamakla birlikte, yapılan araştırmalarda yaklaşık 1/3000 bulunmuştur(48).

Kistik fibrozis yenidoğan tarama programı ülkemizde 2015 yılında başladı. Topuk kanından alınan örneklerde İmmun Reaktif Tripsinojen (IRT) ölçümü yapılır. IRT değeri belirlenen düzeyin üzerinde bulunan bebekler 2. kez topuk kanından IRT ölçümü yapılır. İki IRT değeri de belirlenen değerin üzerinde çıkan bebekler ter testi yapılması için ileri merkeze sevk edilir. Ter testi değeri İlk 6 ay 60 mmol/L ise KF tanısını destekler. Ter testi değeri ilk 6 ay <30 mmol/L ise normal, 30-59 mmol/L şüpheli, >60mmol/L ise KF tanısını destekler(36).

Semptomlar genellikle erken dönemde saptanamadığından tanıyı koymakta geç kalınabilir. Tipik belirtileri; deride tuzlu bir tat olması (ebeveynler bebeklerini öptüklerinden genellikle fark edilir), hırıltı veya nefes darlığı, inatçı öksürük ve aşırı mukus, zatürre ve bronşit gibi sık akciğer enfeksiyonları, sık sinüs enfeksiyonları (sinüzit), burunda büyümeler (nazal polipler), düşük tartı alımı ve büyümede gerilik, kötü kokulu ve yağlı dışkı, karında gaz ve şişlik, el ve ayak parmaklarının genişlemesidir(35).

Kistik fibrozis tedavisindeki temel amaç akciğer fonksiyonlarının korunması, enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi, gerekli besin desteğinin sağlanarak bireyin normal boy ve kiloda olmasını sağlamaktır. Kistik fibrozis tanı alan hastalar uygun diyet, ilaçlar ve fizyoterapi ile takip edilir.



Şekil 6 Kistik Fibrozis Sonuç Değerlendirme Algoritması (7)

Konjenital Adrenal Hiperplazi: Konjenital Adrenal Hiperplazi(KAH) adrenal bezdeki kortizol biyosentezinin bozulduğu, steroidogenez yolağında görevli enzim eksikliklerini kapsayan otozomal resesif geçişli kalıtsal bir hastalıktır. Klasik ve klasik olmayan iki alt klinik tipi bulunan, Azalmış kortizol ve aldesteron sentezinin görüldüğü 21-Hidroksilaz enzim eksikliği, Konjenital Adrenal Hiperplazi tanısını alan vakaların % 95'in den fazlasını oluşturmaktadır(49).

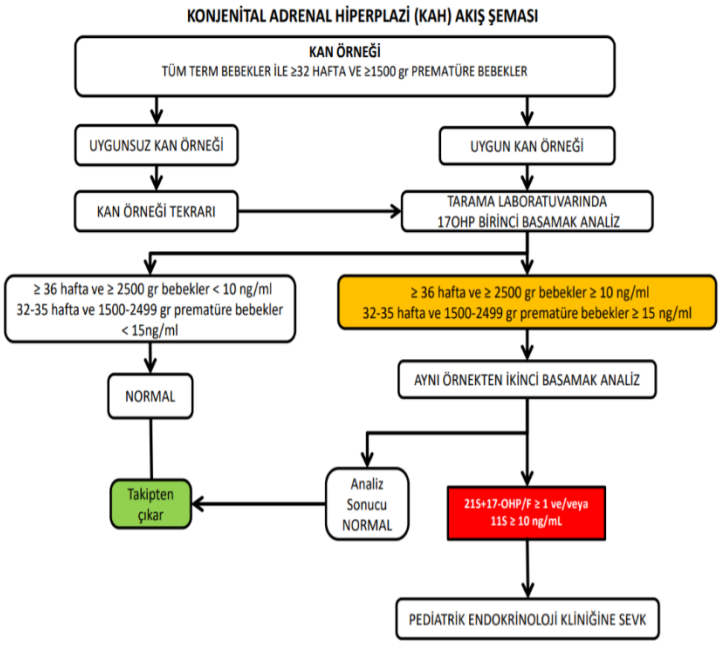
21-Hidroksilaz enziminin eksikliğine bağlı olarak klasik tip KAH'lı kız bebeklerin uterusta yüksek konsantrasyonlarda androjenlere maruz kalması nedeniyle doğumda tipik olarak belirsiz genital organları vardır. Karakteristik bulgular arasında büyümüş klitoris,

kısmen kaynaşmış ve buruşmuş labia majora ve ayrı bir üretra ve vajina yerine ortak bir ürogenital sinüs bulunur. Kız bebeklerin iç organları, rahim, fallop tüpleri ve over normaldir; wolffian kanal yapıları mevcut değildir. Klasik KAH'lı erkek bebeklerin doğumda, hafif hiperpigmentasyon ve olası penis büyümesi dışında KAH'nin hiçbir belirtisi yoktur. Bu nedenle erkek çocuklarda tanı yaşı aldosteron eksikliğinin şiddetine göre değişmektedir. Tuz kaybı formu olan erkek çocuklar tipik olarak yaşamın 7-14. günlerinde kusma, kilo kaybı, uyuşukluk, dehidratasyon, hiponatremi ve hiperkalemi ile ortaya çıkar. Tuz kaybı formuna sahip kızlar, doğumdan hemen sonra tedavi edilmezlerse, yenidoğan döneminde de tuz kaybı adrenal krizi yaşayacaklardır. Bununla birlikte, belirsiz cinsel organ tipik olarak erken tanı ve tedaviye yol açar. Tuz kaybetmeyen erkek çocuklarda 2-4 yaşlarında erken virilizasyon görülür(50).

Klasik olmayan KAH hastalarında kortizol eksikliği yoktur, bunun yerine genellikle daha sonra çocuklukta veya erken yetişkinlik döneminde hiperandrojenizm belirtileri görülür. Bu hastalar erken pubarş, hirsutizm, oligomenore, amenore, polikistik over ve akne gibi semptomlarla başvurabilirler(50).

Dünya genelinde sıklığı yaklaşık olarak 15.000 canlı doğumda bir olduğunu gösterilen KAH, otozomal resesif kalıtımlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda akraba evliliklerinin yüksek olduğu ülkemizde prevalansın daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Konjenital Adrenal Hiperplazisi pilot taraması ülkemizde 2017 yılında 4 ilde (Konya, Kayseri, Samsun, Adana) başlatılmış, 2018 yılında 14 ilde, 2019 yılında ise 22 ilde,2020 yılında 41 ilde yaygınlaşmıştır.2022 Ocak ayı itibariyle Yenidoğan Tarama Programı içine alınmıştır(51).

Yenidoğanda tarama testi topuktan elde edilen birkaç damla kan örneğinin filtre kağıdına emdirilmesi sonrasında 17-Hidroksiprogesteron düzeyi ölçümü ile gerçekleştirilir.17- Hidroksiprogesteron düzeyi referans değerden yüksek bulunan bebekler pediatrik endokrinoloji kliniğine sevk edilmelidirler (Şekil 7) (51).



Şekil 7 Konjenital Adrenal Hiperplazi Sonuç Değerlendirme Algoritması

Klasik tip Konjenital Adrenal Hiperplazi de glukokortikoid, mineralokortikoid, sex steroidleri gibi hormonların replASManı medikal tedavide önemli yer tutmaktadır. Tedavi esnasında cushingoid yan etkilerden kaçınarak, eksik olan hormonları yerine koymak amaçlanmaktadır. Cerrahi tedavide bilateral adrenalektomi, tedaviye dirençli hiperandrojenizm veya iyatrojenik Cushing sendromu gibi tıbbi tedavide başarısız olan seçilmiş KAH hastalarında uygulanabilmektedir. Klasik olmayan KAH'lı birçok hastanın tedaviye ihtiyacı yoktur. Sadece semptomları olanlar için tedavi önerilir ve hiperandrojenizmi azaltmayı amaçlar(49).

Spinal Müsküler Atrofi: SMA kalıtsal, ilerleyici bir alt motor nöron hastalığıdır. Tedavi edilmediğinde, spinal kordda (omurilik), vücudumuzun kas hareketlerini kontrol eden motor nöronların etkilenmesi sonucunda kuvvetsizlik, beslenme ve solunum problemleri ortaya çıkar. İlerleyen dönemlerde değişen derecelerde eklem hareketlerinde kısıtlılık, omurgada şekil bozuklukları, beslenme ve solunum problemleri klinik tabloya eşlik edebilir. Toplumda ortalama her 50 bireyden birisi SMA hastalığı açısından taşıyıcıdır. Baba ve annenin hastalığı taşıdığı bir durumda, her gebelikte hastalığın ortaya çıkma ihtimali %25'tir. Akraba evliliği hastalığın görülme sıklığını arttırmakla birlikte, toplumda taşıyıcılık oranı yüksek olduğundan, akraba olmayan bireylerin bebekleri de bu hastalıkla doğabilir. SMA hastalığı ile doğan bir bebeğin, en erken dönemde, bebek henüz hastalık belirti ve

bulgularını göstermeden tedavi edilmesi çok önemlidir. Tarama paneline 09.05.2022 tarihi itibariyle Spinal Müsküler Atrofi (SMA) eklenmiştir(52).

2.6.5.2. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı

Gelişimsel Kalça displazisi (GKD), bebeklerde femur başının asetabulum içinde olmayıp, farklı bir pozisyonda bulunması sonucu yapısal bozulma gösterdiği, kalça ekleminde hasar bırakan, dinamik ve mekanik bir hastalıktır. Bu durum displastik, sublukse ve tam çıkık şeklinde olabilir. Erken tanı ile tedavi edilmediği durumlarda kalça ekleminin anormal büyümesine yol açarak dejeneratif eklem hastalığına, kronik ağrıya ve kalıcı sakatlığa neden olmaktadır(53).

Çeşitli yayınlarda yenidoğan döneminde displazi için 1:100 dislokasyon için 1:1000 görülme sıklığı belirtilmiştir. Ülkemizde sıklığın 1000 canlı doğumda yaklaşık 5 ile 15 arasında olduğu öngörülmektedir. Bu da her yıl tedavi edilmediği takdirde sakat kalma olasılığı olan 14-18 bin yenidoğan ile karşılaşıldığı anlamına gelmektedir(54).

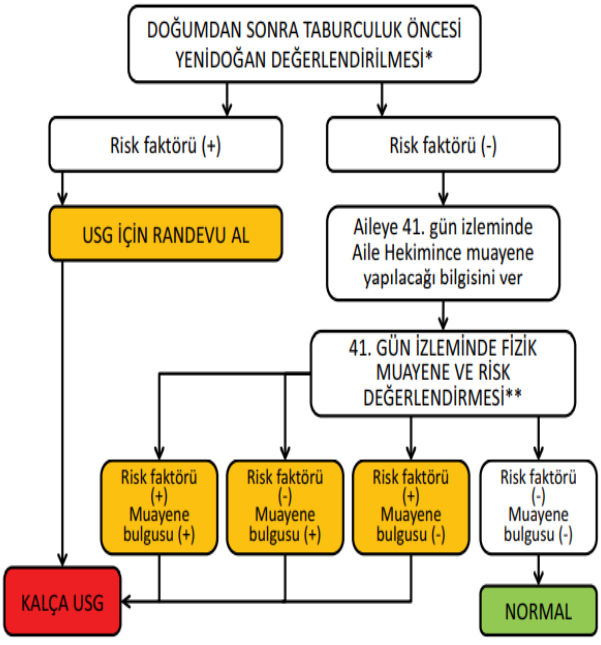
Kesin etiyolojisi bilinmemekle birlikte GKD'nin nedeni pek çok faktöre bağlanmaktadır. İlk doğan kız bebek, beyaz ırk, pozitif aile öyküsü, çoğul gebelik, amniyon sıvısı anormallikleri, inutero makat duruş pozisyonu, doğumda makat geliş öyküsü, pes kalkaneovalgus, metatarsus adduktus, tortikollis gibi deformitelerin eşlik etmesi ve kundaklama risk faktörleri olarak sayılabilir(55).

GKD de tanı fizik muayene ve görüntüleme tetkikleri ile konur. Fizik muayenede fizyolojik kalça ve diz kontraktürünün olmaması, abdüksiyon kısıtlılığı, Galeazzi bulgusu, Ortolani ve Barlow testi ve pili asimetrisi tanı koymak için yardımcı olabilir. Ancak, iki tarafta displazi olduğu durumda asimetri bulgusu görülmeyebilir. Üç aydan küçük bebeklerde, kalçaların stabilitesini Ortolani ve Barlow testi kullanarak değerlendirmek mümkündür. Ortolani Testi, hekim uyluğu yukarıya kaldırarak, arkaya çıkmış femur başını asetabulumun karşısına getirir. Aynı anda uyluğu nazikçe abdüksiyona zorlar ve bu anda femur başının asetabuluma girmesini sağlar. Muayene eden hekim bu redüksiyonu eliyle hisseder ve genelde 'klik' sesini kulağıyla duyar. Barlow Testi, hekim bebeği uyluklarından kavrar, aşağıya doğru nazikçe basınç uygularken kalça eklemlerini addüksiyon hareketine zorlar. Bu esnada femur başı asetabulumdan dışarı çıkar.2-3.aydan sonra kalça 90°fleksiyondayken abdüksiyon kısıtlılığı önemli bir bulgudur. Bir diğer fizik muayene bulgusu olan Galeazzi bulgusu, sırtüstü yatan, kalça ve dizlerini fleksiyona getiren hastada, karşıdan bakıldığında dizler arasında seviye farkı olduğunun izlenmesidir. Galeazzi belirtisi bilateral kalça çıkığı olduğu durumda görülmeyebilir. Ayrıca tanıda perine mesafesinin

artması, asimetrik deri katlantıları, bacak uzunluklarındaki farklılık önemli olabilir. Tanıda geç kalınmış çocuklarda etkilenmiş taraf parmak ucunda yürüme, kalça fleksiyon kısıtlılığına bağlı artmış lordoz ve ördekvari yürüme görülür(54).

Risk faktörü barındıran ve/veya pozitif muayene bulgusu olan olguların en geç ilk 4-6 hafta içerisinde radyolojik olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ultrosonografi, doğumdan itibaren 4-6. aya kadar femur ve asetabulum ossifikasyonu henüz oluşmadığından, kıkırdak ve yumuşak dokuları gösterebilmesi nedeniyle önemli yer tutar. Gelişimsel kalça displazisi tanısında ultrasonografik en yaygın kullanılan yöntem Graf yöntemidir. Graf sınıflamasında alfa açısı 60 ve üzeri olan kalçalar gelişimini normal tamamlamış olarak kabul edilir(56). Erken dönemde saptandığında konservatif yöntemlerle başarıyla tedavi edilebilirken, geç tanı aldığında tedavinin başarı şansı düşmektedir.

Ülkemizde GKD Tarama Programı Genelgesi 2013/4 yürürlüğe giren ve 2015' te güncellenen rehber nedeniyle doğumdan sonra ilk 48 saatte aileyi bilgilendirme, 3 ve 4. haftada bebeğin GKD açısından erken teşhisi için risk değerlendirmesi ve fizik muayenesinin yapılması ve riskli vakaların uzman doktorlara yönlendirilmesinin yapılması gereklidir (Şekil 8).



Şekil 8 GKD Akış Şeması

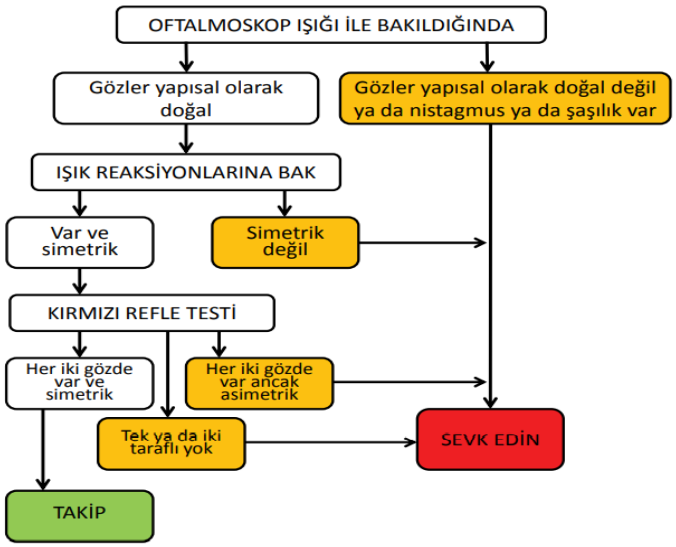
2.6.5.3.Ulusal Görme Tarama Programı

Görme Taramasının amacı görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptamak ve yetersiz görmesi olan olguları erken dönemde tanımaktır. Bebek-Çocukluk dönemindeki göz sorunlarının en önemli özelliği, erken teşhis edilip tedavi edilmezlerse

ileri dönemlerde tedavinin güç, çoğu zaman olanaksız hale gelmesidir. Her ziyarette görme taraması öykü ve fizik muayene ile değerlendirilmelidir. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun Haziran 2015'de çıkardığı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberinde yenidoğan, bebek ve erken çocuklukta görmenin değerlendirilmesinde yenidoğanın 15. gün izlemi ve sonrasında her izlemde söz konusu genelgeye göre bebeğin görmesi değerlendirilmeli, taramada şüpheli bulunan vakalar 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına vakit geçirmeden sevk edilmelidir. 3 yaştan sonra görme keskinliği muayenesi yapılmalı, gerektiğinde göz hastalıkları hekimine sevk edilmeli, ayrıca strabismus saptanan bebek veya çocuklar her yaşta göz hastalıkları hekimine sevk edilmelidir(57).

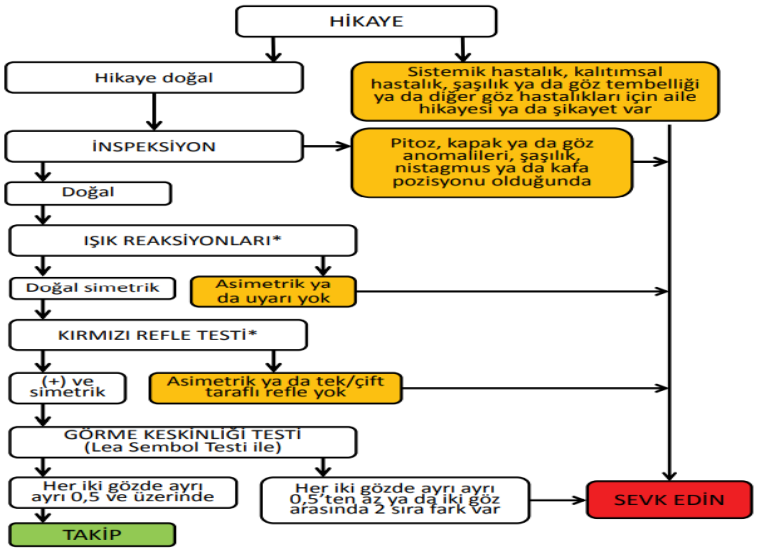
Bir tarama yöntemi olan kırmızı refle testi, sağlam çocuk izlemlerinde fizik muayenenin zorunlu bir parçasıdır. Amerikan Pediatri Akademisi yenidoğan döneminde ve takip eden tüm muayenelerde göz değerlendirilmesinin bir basamağı olarak kırmızı refle testini önermektedir(58).Kırmızı refle testi, oftalmoskoptan verilen ışığın kornea, mercek ve vitröz sıvı dahil olmak üzere, bir gözün saydam olan tüm bölümlerine iletimi ve oküler fundustan geri yansıması prensibi ile uygulanır. Bu yansımayı engelleyen herhangi bir faktör muayenede kırmızı refle testinde anormallik olarak kabul edilir.

Kırmızı refle testi, karanlık bir ortamda, oftalmaskop sıfır ayarında iken önce her bir gözü ayrı muayene etmek üzere yaklaşık 30-45 cm mesafeden ayrı ayrı uygulanır. Daha sonra oftalmoskopun her iki göz birlikte, simetri değerlendirmesi amacıyla 90 cm mesafeden tekrar değerlendirilir. Testin normal olarak kabul edilebilmesi için kırmızı refle her iki gözden yansımalı ve simetrik karakterde olmalıdır. Normal bir gözde kırmızı refle, parlak kırmızı-sarı (veya yoğun pigmentasyonlu gözlerde açık gri renkte) olarak gözlenir. Kırmız refle içinde karanlık noktalar, belirgin olarak azalmış bir kırmızı refle, beyaz refle (lökokori) alınması ve reflede asimetri çocuğun oftalmoloğa sevk edilmesi için endikasyon oluşturur. Göz yaşı filmi içindeki mukus veya yabancı cisim, korneal opasite, pupillayı etkileyen iris bozuklukları, katarakt, vitreus içi opasiteler ve tümör veya korioretinal kolobom da dahil olmak üzere retinal hastalıklar kırmızı reflede bozukluğa yol açabilir. İki gözde eşit olmayan kırma kusuru (anizometropi), her iki gözde yüksek dereceli kırma kusuru olması (izoametropi) ve şaşılık da kırmızı reflede asimetri veya bozukluğa neden olabilir(59).



Şekil 9 0-3 Aylık Bebekler İçin Göz Muayenesi Akış Şeması (57)

36-42 aylık çocuklara aile hekimi tarafından kırmızı refle testi yapılmalı ve aile sağlığı elemanlarınca "Lea Eşeli" ile annesinin kucağında, tek göz kapatılarak 3 metre mesafeden "Lea Eşeli" ile görme keskinliği testi uygulanmalı; iki testin ardından her iki göz tek tek 5/10 görmüyorsa, iki göz arasında okuma eşelinde 2 sıra fark varsa veya çocuk risk grubundaysa göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir(57).



Şekil 10 36-48 ay Çocuklar için Göz Muayenesi Akış Şeması (57)

32 haftadan önce ve 1500 gram ağırlığında doğan tüm bebekler 4.haftada Prematür Retinopatisi açısından değerlendirilmek üzere göz muayenesi için sevk edilmelidir. Retinoblastom, Konjenital glokom ve Konjenital katarakt şüphesi ve aile öyküsü olan tüm riskli bebekler tarama ile ilgili akış şemalarına uyularak, görme taraması rehberinde bulunan sevk formu ile göz hastalıları uzmanlarına sevk yapılması sağlanmalıdır(57).

Aile hekimi tarafından aile hekimliği hizmetlerinden faydalanmak üzere gelen her bebe/çocuk için ailelere, görme taraması ile ilgili verilmeli, tarama zamanı hatırlatılmalı, taramanın yapılıp yapılmadığı kontrol edilmeli, sevk edilmişse sonucunun ne olduğu ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve sisteme kayıt edilmelidir.

2.6.5.4. İşitme Tarama Programı

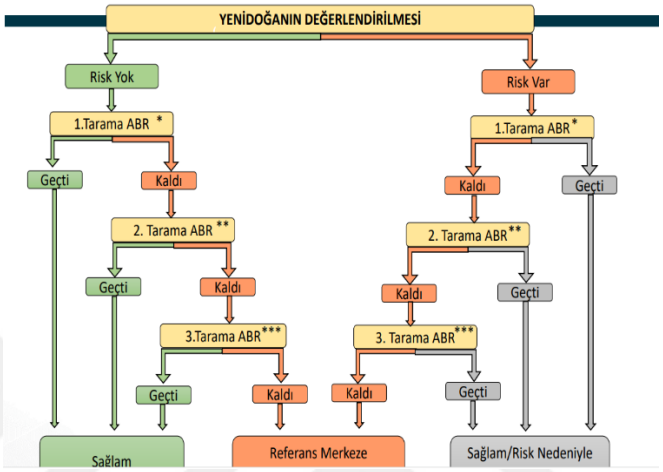
İşitme Tarama Programının amacı, işitmenin normal olup olmadığını belirlemek ve işitme kaybını en erken dönemde ve en ekonomik olarak tanımaktır. Bebeklerde işitme kaybı erken dönemde tanı alıp tedavi edilmediğinde, konuşma ve lisan becerisinde gerilik, akademik performansında zayıflık, kişisel ve sosyal uyumsuzluk, duygusal sıkıntılar gibi insanı yaşam boyu etkileyen engellilik durumuna yol açar. İşitme kaybının şiddeti arttıkça çocuklarda meydana getirdiği olumsuz etkilerde artmaktadır. Diğer yandan hafif derecedeki bir işitme kaybı bile çocuğun duygusal, sosyal, dil ve bilişsel gelişimini etkileyebilmekte ve bu etkiler yaşamın ilk aylarında uygun destek sağlanamadığında kalıcı olabilmektedir. İşitme kaybı 1000 canlı doğumda 1- 3 civarında görülmekte olup en yaygın gelişimsel bozukluktur(60).

İşitme kayıpları iletim, sensörinöral ya da her ikisi bir arada olabilmektedir. İletim tipi işitme kayıpları dış ve orta kulak işlevlerinin bozulması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Dış kulak kanalı ve kulak kepçesi atrezisi, buşon, dış kulak kanalında yabancı cisim, kulak zarı perforasyonları/patolojileri, kemik zincir patolojileri, otitler, orta kulak tümörleri, östaki disfonksiyonu gibi patolojiler iletim tipi işitme kaybına yol açmaktadır. Sensörinöral işitme kayıplarında sorun koklea, işitme siniri ya da işitme yollarındadır(61).

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), tarama programının başarılı ve etkili olabilmesi için yenidoğan popülasyonunun en az %95 inin doğum sonrası en geç bir ay içerisinde (mümkünse taburculuk öncesinde) güvenilir ve etkili elektrofizyolojik yöntemlerle taranması, 3 ay içerisinde kesin tanının konması ve 6 ay içerisinde de gerekli rehabilitasyona başlanması gerektiğini söylemektedir. Bu amaçla yenidoğan işitme taramalarında iki yöntem kullanılmaktadır. Bunlar, uyarılmış otoakustik emisyonlar (Otoacoustic Emissions, OAE) ve işitsel beyin sapı cevabı (Auditory Brainstem Response, ABR) yöntemleridir(62).

Yenidoğan işitme tarama protokolü, 11.09.2019 tarihinde güncellenmiştir. Sağlık Bakanlığı, aldığı karar ile 01.01.2020 tarihinden itibaren yenidoğanlarda TEOAE testi işitme tarama programından kaldırılarak, tüm bebekler için hastaneden taburcu olmadan ABR testi yapılmasını zorunlu kılmıştır(63).

İşitme taraması testinin doğumdan sonraki ilk 72 saat içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması gerekli olup ülkemizce kabul edilen "Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi-2014/27" yürürlüğe giren en son 2015 yılında güncellenen genelge gereğince 3. izlem olan 3-25.günlerde taramanın tamamlanması eğer kayıp varsa 3 ay içinde tanı alması ve bebeğin 6. ay izleminde ise cihaz kullanımı sağlanmalıdır (64). Yenidoğan işitme taraması sonrasında süt çocukluğu, erken çocukluk, orta çocukluk ve ergenlik döneminde çocuk sağlığı izlemleri sırasında işitmenin değerlendirilmesi önerilmektedir.

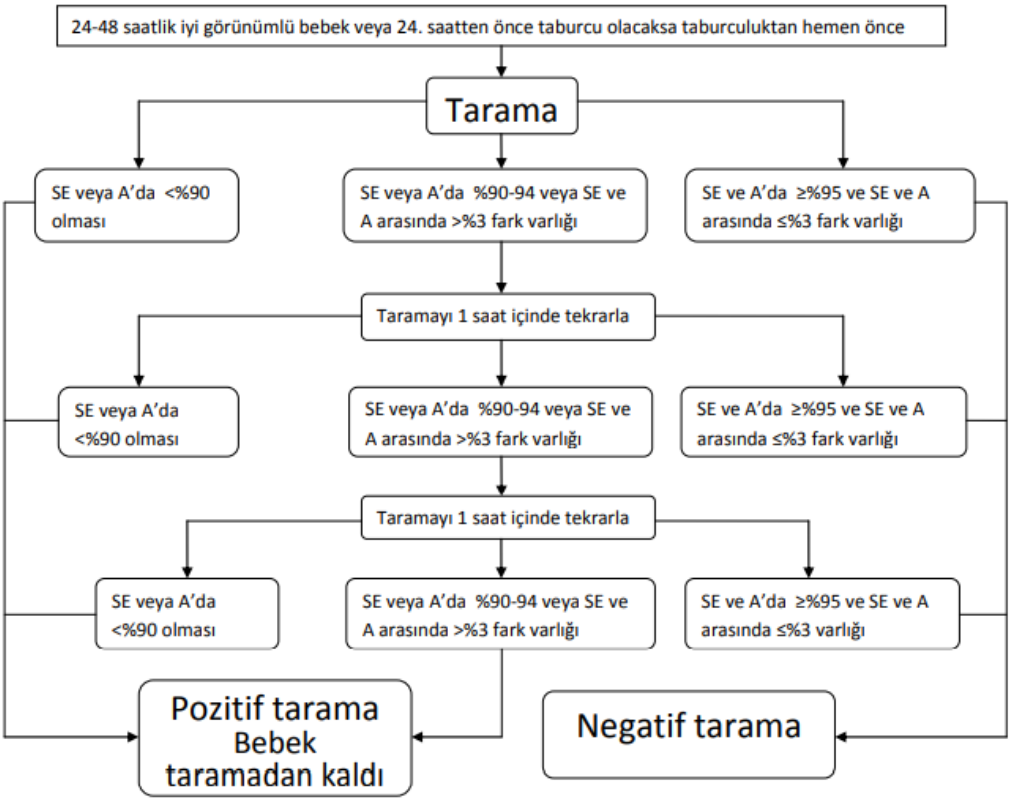


Şekil 11 İşitme Tarama Programı Akış Şeması (64)

2.6.5.5.Kritik Konjenital Kalp Hastalığı Taraması

Preterm veya term bebeklerde ölüme sebep olan konjenital malformasyonlar içinde en sık olanı konjenital kalp hastalıklarıdır. Yenidoğan tarama programına henüz dahil olmayan, basit ve non-invaziv bir yöntemle uygulanabilen, maliyeti düşük ve etkin bir tarama yöntemi olan nabız oksimetri ile kritik konjenital kalp hastalığı (KKH) taraması da giderek artan sıklıkla uygulanmaktadır. Nabız oksimetri cihazı ile oksijenle ile doymuş hemoglobinin ölçümü ile hafif desatürasyonla seyreden duktus bağımlı KKH tanısında giderek yaygınlaşan, noninvaziv ve kolay bir tetkik olması nedeniyle de umut vaadeden bir taramadır. Amerikan Pediatri Akademisi , yenidoğan bebeklerin nabız oksimetri ile 24.saatten sonra taranmasının KKH tanısında etkin ve güvenilir olduğunu bildirmektedir(65).

Test, 24. saatten sonra, erken taburculuk planlanan bebeklerde ise taburculuktan hemen önce bebek uyanık ve sakinken yapılmalı, ağlıyorsa ve üşümüşse test ertelenmelidir. Bir prob bebeğin ayağına (postduktal) diğer prob ise sağ eline takılarak satürasyon değerleri aynı anda eğitimli personel (doktor veya hemşire) tarafından ölçülmelidir(66).



Şekil 12 Konjenital Kalp Hastalığı Tarama Şeması (7)

2.6.5.6. İnmemiş Testis Muayenesi

Kriptorşidizm, erkek çocuklarda en sık görülen konjenital malformasyondur. Bazen iyi huylu bir durum olarak kabul edilse de kısırlık ve testis kanseri riskini artırmaktadır. İnsidansı %4 iken prematürelerde bu oran %30' lara kadar çıkmaktadır(67). Ülkemizde BÇİP-2008/45 Genelgesi ve 2015 te güncellenen son rehbere göre 6 ay-1 yaş arası bebek takiplerinde en az bir kez inmemiş testis muayenesi yapılmalıdır(57).

2.6.5.7. Demir ve D Vitamini Profilaksisi

Amerikan Pediatri Akademisi demir eksikliği yönünden risk taşıyan çocuklarda beş yaşına kadar aralıklı olarak tarama önermektedir. Demir eksikliği yönünden riskli çocuklar; preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebekler, demirden fakir mama ile beslenenler, günde 500 ml'den fazla inek sütü tüketenler, kronik enfeksiyonu olanlar ve ergenlerdir(16).

Miadında doğan bir yenidoğanın demir depoları 4-6 ay yeterli olabilmektedir. Bu süre prematüre bebeklerde ise 2-3 aydır. Demir eksikliği anemisinin üç aydan daha fazla sürmesi gelişimsel problemlere neden olmaktadır(5). Anemi bebek ve çocuklarda büyümeyi etkilemekte, enfeksiyonlara direnci azaltmaktadır. Bebeklik ve küçük çocukluk döneminde

demir eksikliği anemisi psikomotor ve bilişsel gelişimi geciktirip zeka düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir(7).

Ülkemizde prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı bebekler için demir desteği eğer daha önce başlanmamışsa 2. ayda 2 mg/kg/gün, term bebekler için ise 4. ayda 1 mg/kg/gün dozunda günde 1 kez bedelsiz ilaç verilmesi önerilmektedir. 9. ayda anemi açısında tekrar değerlendirilip hemoglobin (Hb) değerine bakılmalı ve tedaviye gerek yoksa profilaksi dozundan on ikinci ayın sonuna kadar devam edilmelidir. 12-24 ay grubundaki çocuklarda palmar solukluk muayenesi yapılarak gerekli durumlarda demir eksikliği tedavisi başlanması,5 yaş, erken orta ve geç adolesan dönemde birer kez hemoglobin bakılması önerilmektedir (57). Destek için verilen demirin neden gerekli olduğu, olası yan etkileri (dişlerde boyanma, kabızlık, kakanın renginde değişme vb) ve kullanımı ile ilgili aileye bilgi verilmesi gerekir. Hb değeri 7 gr' dan, Htc değeri % 21' den düşük tespit edilen her küçük bebek ve çocuğun hastaneye acil sevkinin sağlanması önerilmektedir(17).

Maternal ve anne sütü arasında ilişki olduğu göz önüne alındığında, erken bebeklik döneminde klinik ve subklinik D vitamini yetersizliği açısından en önemli risk faktörünü maternal D vitamini eksikliği oluşturmaktadır. Bu durum dolayısıyla doğumdan itibaren 1 yaşına kadar tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini verilmelidir. Prematür bebekler için de 400 IU dozunda D vitamini takviyesi yeterlidir. Çok küçük prematür bebeklerde (< 700 gr) ise tartışmalı olmakla birlikte yeterli D vitamini dozunun 200-400 IU olduğu söylenebilir(68).

Fontanelin erken kapanması ya da fontanel küçüklüğü gibi nedenlerle D vitamini profilaksisinin bırakılmasına gerek yoktur. İklim ve sosyo-ekonomik özelliklerine bakılmaksızın bütün bölgelerdeki aile hekimleri, bütün bebeklerin bir yaşın sonuna kadar günde düzenli olarak 400 ünite D vitamini almalarını sağlamakla görevlidir. Bunu sağlamak üzere, her çocuk sağlığı izlem ziyaretinde D vitamini desteği verilip, verilmediği sorgulanmalıdır(7).

Sağlıklı bebek ve çocuk izleminde rutin olarak serum 25-Hidroksi Vitamin D (25-OHD) düzeyine bakmaya gerek yoktur. Yalnızca eksiklik riski taşıyanlarda serum 25-OHD düzeyi bakılması uygundur. Bu durumlar arasında;

a).Riketse zemin yaratacak beslenme öyküsü olan bebekler ve riketse ait klinik bulguları (el bilek genişliği, raşitik rosary, bacak deformitesi vb.) olanlar

b) Düşük enerjili kırık öyküsü olanlar

c) Kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı ve malabsorpsiyon ile ilişkili hastalıkları (Çölyak hastalığı, kistik fibrozis, inflamatuvar barsak hastalığı) olanlar

d) Anti epileptik ya da steroid içeren ilaçların uzun süreli kullanımı durumu

f) Mental Motor Retardasyon (MMR), serebral palsi gibi gelişme geriliği ile giden ve güneş ışığından yoksun bir yaşam sürmeye neden olan durumlar

g) Alkalan Fosfataz (ALP) ve/veya Paratiroid Hormon (PTH) yüksekliği olanlar(7).

2.6.5.8. İdrar Yolu Enfeksiyonu Taraması

Üriner enfeksiyonların ve kronik böbrek yetersizliğinin sık görüldüğü ülkelerde ilk yaş içinde, beş yaşında ve ergen dönemde tarama önerilmektedir. Taze idrarda çubuk (stik) testi pozitif ya da şüpheli ise; idrar mikroskopik olarak incelenmelidir. Bulgu varlığında, tam idrar tetkiki ve idrar kültürü yapılmalıdır(16).

2.6.5.9. Ağız ve Diş Sağlığı Taraması

Bebeklerin dişleri ilk 6. aydan itibaren alt ön kesici dişlerle başlar ve 24-30. aylar arasında 10 adet üst çenede 10 adet alt çenede 20 adet süt dişi tamamlanır. Bebeğin biberonla beslenmesi, çok fazla şekerli gıda tüketmesi, gerekli vitamin ve mineralleri yetersiz alması ağız hijyenine dikkat edilmemesi neticesinde dişlerde çürükler meydana gelmektedir(7). Çocuklardaki diş problemleri çocukların beslenme ve gelişimlerini, sosyal ilişkilerini ve derslere olan konsantrasyonlarını etkileyip okul başarısını düşürebilmektedir.

Ağız diş sağlığının korunması amacıyla bebekte ilk süt dişinin çıkmasıyla birlikte başlayan diş hekimi kontrolleri, altı aylık periyodlarla tekrarlanmalıdır(18). Aile hekimi tarafından her izlemde süt dişleri ve kalıcı dişler kontrol edilmeli, diş temizliği ve fırçalama teknikleri hakkında bilgi verilmeli; şüpheli bir durumda en kısa sürede çocuğu bir diş hekimine yönlendirmelidir(16).

2.6.5.10. Hipertansiyon Taraması

Hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla kan basıncı ölçümü, hipertansiyon için risk faktörü yoksa 3-18 yaş arası yılda bir kez önerilmektedir. Prematürite ve/veya yenidoğan bakım ünitesinde yatış öyküsü, kan basıncını yükseltebilecek ilaç alımı, antihipertansif ilaç kullanımı, kafa içi basınç artması ve hipertansiyon yapabilecek diabet, hiperlipidemi, obezite, doğumsal kalp hastalığı, yineleyen idrar yolu enfeksiyonu, böbrek hastalığı veya anomalisi, organ nakli, malignite gibi kronik hastalığı, birinci derece yakınlarında hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık öyküsü gibi risk faktörleri olan çocuklar 0-18 yaş arası her muayenesinde kan basıncı da ölçülmelidir(7).

Kan basıncı ölçümü, çocuk oturur durumda iken uygun bir manşon ile yapılmalıdır. Kan basıncının üç ayrı kontrolde 95. persentil üzeri olması hipertansiyon tanısını koydurur(16).

Tablo 8 Çocuklarda Hipertansiyonun Derecelendirilmesine Göre Ölçüm Sıklığı ve Tedavi Önerileri

Kan basıncı evresi	**Kan basıncı ölçüm sıklığı**	**Tedavi**	**Daha sonraki izlemler**
Normal (<90 y)	Bir sonraki fizik muayenede (sağlıklı çocuklarda 1 yıl sonra) kontrol edin	Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam tarzı önerilir	Yılda bir olağan ölçüm tekrarları
Prehipertansiyon (>90y-<95 y)	6 ay içinde tekrar kontrol edin	Aşırı kilo varsa diyet, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	Prehipertansiyon devam ediyorsa ve şişmanlık ve patolojik durumlar varsa ayırıcı tanı ve hedef organ incelemeleri
Evre1 hipertansiyon (>95y- <99y+5 mmHg)	1-2 hafta içinde veya belirtiler varsa daha kısa sürede kontrol edin	Aşırı kilo varsa diyet, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	İki ölçümde daha yükseklik sürüyorsa ayırıcı tanı ve hedef organ için ileri tetkikleri yapın ve veya ilgili bölüme yönlendirin Belirtiler ve hedef organ tutulumu ve ikincil hipertansiyon tanısı varsa ve ilaçsız tedaviye yanıt alınamıyorsa ilaç başlanır
Evre2 hipertansiyon (>99 y + 5 mmHg)	Bir hafta içinde veya belirti varsa acilen etiyoloji ve hedef organlar yönünden değerlendirin ve veya ilgili uzmana gönderin	Aşırı kilo varsa diyet, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü Kilosu normal ise ve gerekirse ilaç tedavisine başlanabilir	Altta yatan hastalık ve belirtilere göre yakın izlem ve gerekli tedaviler yapılır

Çocuklarda ölçülen kan basıncının cins, yaş ve boya göre hazırlanmış kan basıncı tablosuna (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents 2004) bakılarak değerlendirilmesi önerilmektedir(7).

Yaş (yıl)	KB Persentili	Sistolik Kan Basıncı, mm Hg – Boy Persentili							Diyastolik Kan Basıncı, mm Hg – Boy Persentili						
		5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
1	50.	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90.	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95.	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99.	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50.	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90.	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95.	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99.	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50.	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90.	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95.	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99.	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50.	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90.	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95.	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99.	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50.	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90.	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95.	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99.	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50.	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90.	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95.	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99.	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50.	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90.	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95.	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99.	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50.	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90.	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95.	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99.	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50.	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90.	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95.	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99.	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50.	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90.	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95.	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99.	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50.	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90.	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95.	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99.	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50.	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90.	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95.	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99.	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50.	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90.	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95.	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99.	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50.	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90.	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95.	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99.	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50.	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90.	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95.	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99.	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50.	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90.	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95.	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99.	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50.	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90.	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95.	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99.	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Şekil 13 Kız Çocuklar İçin Yaş ve Boya Göre Kan Basıncı Değerleri (7)

Yaş (yıl)	KB Persentili	Sistolik Kan Basıncı, mm Hg – Boy Persentili							Diyastolik Kan Basıncı, mm Hg – Boy Persentili						
		5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
1	50.	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90.	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95.	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99.	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50.	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90.	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95.	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99.	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50.	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90.	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95.	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99.	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50.	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90.	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95.	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99.	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50.	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90.	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95.	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99.	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50.	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90.	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95.	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99.	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50.	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90.	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95.	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99.	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50.	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90.	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95.	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99.	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50.	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90.	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95.	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99.	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50.	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90.	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95.	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99.	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50.	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90.	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95.	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99.	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50.	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90.	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95.	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99.	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50.	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90.	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95.	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99.	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50.	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90.	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95.	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99.	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50.	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90.	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95.	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99.	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50.	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90.	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95.	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99.	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50.	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90.	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95.	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99.	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Şekil 14 Erkek Çocuklar İçin Yaş ve Boya Göre Kan Basıncı Değerleri (7)

2.6.5.11.Hiperlipidemi Taraması

Aterosklerotik değişikliklerin çocukluk ve adolesan dönemde başladığı bilinmektedir. Erişkin hayatta koroner arter hastalığı riskini azaltmak için çocukluk dönemlerinden itibaren diyetin düzenlenmesi, aktivitenin artırılması, sigara içiminin engellenmesi alınan önlemler arasındadır(5).

Amerikan Pediatri Akademisi, ailede 55 yaşından önce koroner arter hastalığı olan, anne babasının kolesterol düzeyi 240 mg/dl.üzerinde olan, ailede hipertansiyon, obezite ve diyabet öyküsü olan, anevrizma ile ilerleyen kawasaki hastalık öyküsü olan, fazla kilolu ya da obez olan 2 yaşından büyük çocuklarda açlık lipid düzeylerine bakılmasını önermektedir. Bu çocuklarda total kolesterol düzeyi 200 mg/dl.üzerinde ise lipoprotein analizi önerilir(69).

Tablo 9 Yüksek Riskli Çocuk ve Adolesanlarda Kolesterol Düzeyleri (7)

	Total kolesterol (mg/dl)	**LDL kolesterol (mg/dl)**
Kabul edilebilir	<170	<110
Sınırda	170-199	110-129
Yüksek	>|200	130

LDL kolesterol 110 mg/dl altında ise beş yılda bir test tekrarlanır. LDL kolesterol 110-129 mg/dl arasında ise yılda bir bakılmalıdır. LDL kolesterol 130 mg/dl ise hasta beslenme tedavisine alınır. İlk tanıdan 1-2 ay sonra beslenme önerilerine rağmen lipid düzeylerinde düşme gözlenmiyorsa ailesel lipid hastalıklarının tanısı ve tedavisi açısından hasta uygun merkeze sevk edilir(7).

2.6.5.12.Obezite Taraması

Obezite vücut yağ kitlesinin artması anlamına gelmektedir. Obezite tanısı ağırlık ve boy ölçümleriyle konulmaktadır. Bu amaca hizmet eden en güvenilir parametre VKI'dir. Eğer çocuğun VKI yaşı ve cinse göre 95 persentilden fazlaysa obez, 85–95 persentil arasında bir değerde ise fazla kilolu (obezite için riskli grupta veya gürbüz) olarak gruplandırılır(20).

2 yaşından itibaren çocuk sağlığı izlemleri sırasında vücut kitle indeksi (VKİ/MBI) hesaplanıp uygun eğriler kullanılarak yorumlanmalıdır. Normal çocuk sağlığı izleminde obez ya da fazla kilolu olduğu belirlenen çocukların 3 ile 6 ayda bir izlenmesi gerekmektedir.

6-18 yaş arası okul döneminde obezitenin önlenmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, beden kitle indeksi (BKI) ölçümlerinin yapılması, bu ölçümler sonrasında gerekli görülen durumlarda sağlıklı beslenme, psikososyal destek (davranış tedavisi) ve fiziksel aktivite danışmanlığı almak üzere yönlendirilmesi önemlidir(57).

Fazla kilo ve obeziteye aşağıdaki durumlar eşlik ettiğinde bir üst merkeze sevk edilmesi gerekir.

• Ailenin boy ortalamasına göre kısa boy, yetersiz büyüme,
• Dismorfizm
• Gelişme geriliği, öğrenme güçlüğü
• Hipertansiyon
• Uykuda apne sendromu
• Akantozis nigrikans
• Polikistik over hastalığı (kıllanma artışı, adet düzensizliği)
• Psikolojik morbiditeler (anksiyete, okula gitmek istememe, sosyal izolasyon)
•Laboratuar testlerinde bozukluk: bozulmuş açlık glukozu, dislipidemi, karaciğer fonksiyonlarında bozulma,
• VKİ>99 persentil olması(57).

2.6.5.13. Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba Motor ve İnce Motor Gelişimin Taranması

0-6 yaş grubundaki bebek ve çocuğun bilişsel gelişimi, dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişimi, kaba motor ve ince motor gelişimi ile ilgili değerlendirmelerin Bebek Çocuk İzlem Protokolüne ve Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programına (ÇPGD) uygun olarak yapılması gerekir. Gelişimsel sorunların tespit edilmesi ve ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi çok önemlidir(57).

2.6.5.14. Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması

18-36 aylar arasındaki çocuklar bir kez otizm, 48-60 aylar arasındaki çocuklar ise bir kez dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü açısından değerlendirilmelidir. Şüphe duyulan bir durum varlığında aile bilgilendirilmeli ve ilgili uzmanlık bölümüne yönlendirilmelidir(57).

i. Otizm Spektrum Bozukluğu: Otizm spektrum bozukluğu (OSB) belirtilerinin erken çocukluk döneminde başladığı nörogelişimsel bir bozukluktur. Sosyal–iletişimsel alanda

yetersizlikler, tekrarlayıcı davranışlar ve sınırlı ilgi alanları ile karakterizedir. Belirtileri yaşamın erken dönemlerinden itibaren görülmektedir(70).

Yaşa göre klinik özellikler;

0-1 yaş özellikleri: Tablo 10' da özetlenmiştir(71).

Tablo 10 0-1 Yaş Çocuklarda Otizm Taraması Özellikleri

1 aylık riskli bebeklerin özellikleri	**3 aylık riskli bebeklerin özellikleri**	**6 aylık riskli bebeklerin özellikleri**	**6-9 aylık riskli bebeklerin özellikleri**	**9-12 aylık riskli bebeklerin özellikleri**
-Yüksek seslere tepkisizlik -Gözlerle odaklanamama, etrafta hareket eden şeyleri izlememe -Parlak ışıklara tepkisizlik -Yavaş beslenme, emmede sorun -Göz teması kurmama	-Gülümsememe -Göz kontaktı eksikliği -Yeni gördüğü yüzlerle ilgilenmeme -Başını tutamama -Eliyle nesneleri kavrayamama -Hareket eden nesnelere odaklanamama -Yüksek seslere tepkisizlik	-Göz teması eksikliği -Objelere uzanmama -Çok katı veya gevşek görünüm -Kafasını düzgün tutamama -Hiç desteksiz oturamama -Ses ve gülücüklere tepkisizlik -Anne veya bakıcıyı görünce gülümsememe -Kendisine en yakın kişilere bile sevecenlik göstermeme	-Gülümsemeye karşılık vermeme -Yüksek seslere tepkisizlik -Yardım almadan dik oturamama veya kafasını dik tutamama -Yüzde sevinçli ifade gösterememe -Göz temasına karşılık vermeme -Tanıdığı kişilerin bile kucağına gitmekten hoşlanmama -7 ayın sonuna kadar sesli ve sessiz harfleri kullanamama	-Daha önce edindiği becerileri kaybetme -Sık gülümsememe -İnsanlara ilgi göstermeme -Göz teması kurmama -Parmakla işaret ya da kafasını hayır manasında sallamak gibi hiçbir el-kol-baş hareketinin olmaması -Yakın temastan, kucaklanmaktan kaçınma -30 dakikadan fazla avutulamayacak şekilde ağlama -Gösterilen hareketleri veya çıkarılan sesleri tekrar etmeye çalışmama

1-2 Yaş Özellikleri: Bu yaş aralığında da göz kontağı eksiktir ve görsel takip tipik değildir. Karşısındaki kişinin yüzü yerine objeleri uzun süre gözlemlerler. Bazılarında ise ince-kaba motor beceriler yetersizdir. Özellikle parmakları ucunda yürüme ve anormal el hareketlerinden bahsedilir. Oyunlar birbirini tekrarlar, sosyal gülümse yoktur ve olumlu duyguların paylaşımı sınırlıdır. Dil becerileri genelde ilerlememiştir(71).
2-3 Yaş Özellikleri: Çocukları için aileler en çok bu yaşta başvururlar. Daha çok konuşmada gecikme başvuru sebebidir. Bu yaş aralığında sınırlı taklit yeteneği, yalnız kalmayı tercih etme, erişkinlerin ilgisini çekmek için çaba göstermeme, başkalarına yönelmeme, sınırlı yüz ifadesi, anlamsız gülme, adını seslendiğinde bakmama, çevreden kendisini soyutlama, yaşıtlarına uygun oyun oynamama, normal olmayan bakış gibi bulgular bildirilmiştir(72).
4-5 Yaş Özellikleri: Bu yaş grubunda risk görülen çocuklar arkadaşlık kurma açısından istekleri yoktur. Aynı yaştaki çocuklar gibi oyunlarını hayal gücü ile zenginleştiremezler. Anlamsız sallanma, kendi çevresinde dönme ve kanat çırpma gibi tekrarlı hareketler bu dönemin özelliğidir(71).

OSB'nin erken tanı aldığı takdirde çocuklarda gerekli bilişsel ve davranış terapileri sayesinde olumlu yönde gelişmeler olmaktadır. Erken teşhis edilen çocuklarda gerekli eğitimler geç kalınmadan başlanabileceği için çocuklar okuma, çalışma, bağımsız yaşama gibi yetilerini geliştirebilmektedir(73).

İlk beş yaşta düzenli izlemleri yapılan çocuklar 18-36 ay arasında geldiklerinde Aile Hekimi ve ASE otizm yönünden çocuğu değerlendirir. Aile Hekimliklerinin ilk tıbbi temas noktası olması OSB'nin erken tanı alması için oldukça önemlidir. ASM de otizm konusunda erken müdahale açısından tarama amacıyla 5 soruluk anket formu uygulanmaktadır.

1. İsmi söylendiğinde bakıyor mu?
2. Göz teması kuruyor mu?
3. Parmağınızla işaret ettiğiniz bir nesneye bakıyor mu?
4. Tekrarlayıcı davranışları var mı?
5. Konuşmasında gecikme var mı?

Yukarıda yer alan 5 madde çerçevesinde çocuk otizm spektrum bozukluğu yönünden değerlendirilir. Değerlendirme cevaplarından en az birinin evet olması risk tespit edildiğini gösterir. Böyle bir durumda çocuğun en kısa sürede ayrıntılı değerlendirme için uzmana yönlendirilmesi gerekmektedir. Böylece erken tanı alınıp müdahale edilebilecek çocuklar tespit edilmiş olur(7).

ii. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Muayene için gelen bir çocuğun elleri ve ayakları sürekli hareketliyse, oturduğu halde hala hareketliliği devam ediyorsa,

çocukta çabuk sıkılma, faaliyetleri yarım bırakma, koşturduğu veya ani hareketlerde bulunduğu için sık yaralanma ve kaza geçirme, dalgın, dikkatsiz görünmesi ve karşısındakini dinleyememesi gibi durumların varlığında çocuğun DEHB erken tanısı için ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Çocukluk Çağı Periyodik Muayene Rehberine göre 48-60 aylar arasındaki çocuklar bir kez dikkat eksikliği ve hiperaktivite açısından değerlendirilmesi önerilmektedir(57).

iii. Özgül Öğrenme Güçlüğü: İlköğretim çağındaki çocuklarda %6-8 arasında değişen oranlarda görülebilmektedir. Özgül öğrenme güçlüğü, zeka geriliği bulunmamasına karşın okuma-yazma, aritmetik ve diğer akademik işlevlerde zorlanma ile ortaya çıkan yapısal ve gelişimsel bir problemdir. Okulda sıkıntı yaşayan, kendilerini yaşıtlarından farklı hisseden, anne-baba ve öğretmenleri ile ilişkileri bozulan çocukların kişilik gelişimleri de olumsuz etkilenmektedir. Depresyon ve kaygı bozuklukları, özgüvenin sarsılması ve benlik saygısının zedelenmesi gibi ikincil davranışsal-duygusal sorunlar da meydana gelen güçlükleri artırmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Çocukluk Çağı Periyodik Muayene Rehberine göre 48-60 aylar arasında 2 kez, konuşmanın gecikmesi, zamanında konuşmaya başlamış bile olsa cümle kurmaya geçememe, cümle kurarken kelimeleri doğru yerleştirememe, bazı kelime ve kavramları ısrarla öğrenememe, karıştırma; sağ-sol-yukarı - aşağı -yer - yön gibi kavramları öğrenmede zorlanma ve 60 ay ve sonrası için yazı yazmakta, harfleri, sayıları öğrenmekte zorlanma durumlarının değerlendirilmesi önerilmektedir(57).

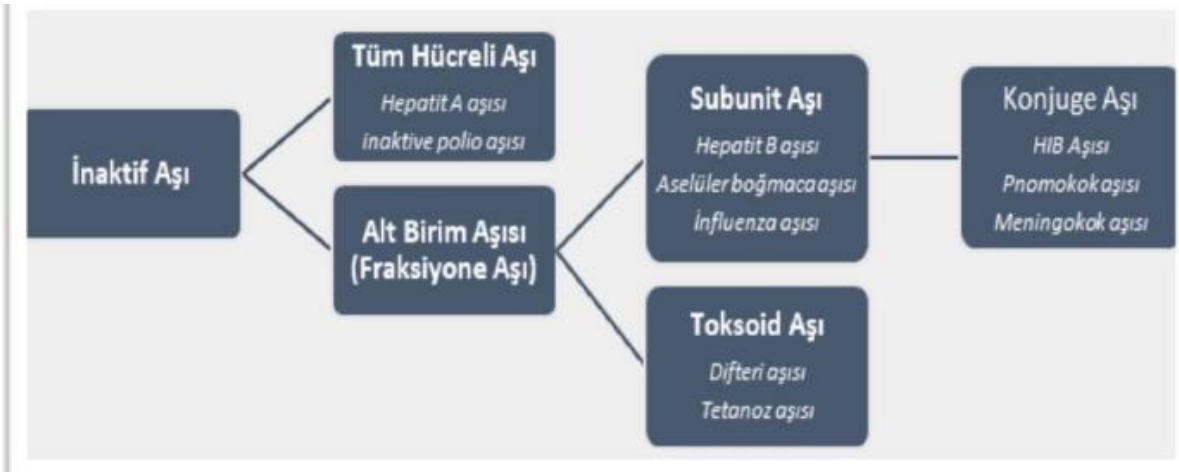
2.6.6.BAĞIŞIKLAMA VE AŞI

Bağışıklama vücuda verilen virulansı azaltılmış bir mikroorganizmaya karşı vücudun göstermiş olduğu immün yanıt olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bağışıklama; kişilerin aşı ile enfeksiyondan ya da hastalıktan korunması olarak tanımlanmıştır. Aşı; insan ve hayvanlarda hastalık oluşturabilen virüs, bakteri gibi mikroorganizmaların öldürülmesiyle, hastalık yapıcı karakterlerinin yok edilmesiyle, yapısal kısımlarının kullanılarak veya salgıladığı toksinlerin etkilerinden arındırılarak hazırlanmış çözeltilere verilen isimdir. Aşılama çocuk ve erişkin sağlığını koruma ve bulaşıcı hastalıkları engellemede en güvenli, en etkin ve en düşük maliyetli sağlık hizmetidir(74).

Bağışıklık doğal ve edinilmiş bağışıklık olarak 2 grupta incelenir. Doğal bağışıklık, genetik ve hücresel faktörler, vücut sıvılarındaki koruyucu maddeler ve anatomik bariyerler sayesinde anneden bebeğe geçen antikorlarla meydana gelen bağışıklık türüdür. Edinsel (kazanılmış) bağışıklık ise bireyin vücudunun kendini savunma gücü ile oluşan, etkene

spesifik olan ve aktifleşmesi günler süren özel bir savunma durumudur. Edinsel bağışıklık da kendi içerisinde aktif bağışıklık ve pasif bağışıklık olarak 2 gruba ayrılır. Aktif bağışıklık, geçirilmiş enfeksiyonlarla (doğal aktif bağışıklık) ya da aşılama ile (yapay aktif bağışıklık) oluşan bağışıklık tipidir. Pasif bağışıklık ise plasentadan ve anne sütünden geçen antikorlarla (doğal pasif bağışıklık) ya da bir başka organizmanın vücudunda oluşan antikorların (yapay pasif bağışıklık) bireyin vücuduna uygun yollarla verilmesi ile oluşan bağışıklık türüdür(75).

Aşılar, canlı aşı ve inaktif aşı olarak iki ana gruba ayrılır. Canlı aşılar; virüs veya bakterinin zayıflatılmış şeklidir, hastalık faktörü vücutta çoğalır fakat hastalık hali meydana getirmeden bağışıklık oluştururlar. Canlı olduklarından ısı ve ışığa duyarlıdırlar. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalara ve gebelere önerilmez. BCG, kabakulak, oral polio, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği aşıları canlı aşılara örnektir. İnaktif aşılar; enfeksiyona yol açacak mikroorganizmanın tamamı ya da parçalarından hazırlanan aşılardır. İnaktif aşılarda etken vücutta çoğalamaz. Genel olarak tek bir doz ile tam koruyuculuk sağlayamazlar, tekrarlayan dozlar ile koruyucu bağışıklık yanıtı oluşturabilirler. Zamanla antikor düzeyleri düştüğünden rapel (pekiştirme) dozu gerekebilir (76). İnaktif aşıları öncelikle tüm hücreli aşı ve alt birim aşısı şeklinde iki gruba ayrılır. Alt birim aşıları da subunit ve toksoid aşılar şeklinde iki gruptan oluşmaktadır. Bir diğer aşı türü olan konjuge aşılar ise subunit aşıların alt grubudur (77). İnaktif aşı türleri Şekil 15'de gösterilmektedir.



Şekil 15 İnaktif Aşı Türleri

Ülkemizde bulunan canlı ya da inaktive aşıların birlikte yapılması antikor yanıtında azalmaya sebep olmamaktadır. Aynı zamanda yan etkilerde de herhangi bir artış mevcut değildir. Bundan dolayı daha önce aşıları eksik yapılmış veya hiç yapılmamış bir çocuğa aynı anda birkaç aşı birlikte farklı bölgelere uygulanabilir. Böylelikle çocuğun aşıları hızlı bir şekilde tamamlanmış olur. Kızamık veya (kızamık-kabakulak-kızamıkçık, MMR) ve suçiçeği gibi parenteral yolla uygulanan canlı aşılar aynı anda birlikte uygulanabilir. Ancak bu aşılar birlikte yapılmayacaksa, aşının biri uygulandıktan en az dört hafta sonra diğer aşı uygulanmalıdır. Birinci aşıdan sonra dört hafta geçmeden ikinci aşı uygulanmışsa, bu iki aşı arasında oluşabilecek interferans nedeniyle ikinci aşıya karşı immun yanıt yetersiz olabilir. Bu sebeple, ikinci aşının en az dört hafta sonra tekrarlanması önerilmektedir. Kızamık ve suçiçeği gibi parenteral yolla uygulanan aşılarla OPV aşısının herhangi bir etkileşimi yoktur. İki inaktive aşı arasında ya da biri inaktive diğeri canlı iki aşı arasında bir aylık süre olmasına ihtiyaç yoktur(76).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nda asıl amaç doğmuş olan her bebeğin aşı takvimine uygun bir şekilde aşılanmasıyla bağışıklamanın sağlanması ve aşısız çocuk bırakılmamasıdır. Aşılamanın ülkenin her yerinde eşit bir şekilde yürütülmesi, aşısız ve eksik aşılı çocukların saptanıp aşılanmaları amaçlanmaktadır(78). Bazı dünya ülkelerinin ulusal aşı takviminde yer alan, fakat rutin aşılama takvimimizde yer almayan (riskli gruplara ücretsiz olarak temin edilebilen) ücretli olarak temin edilebilen rotavirüs, meningokok, influenza ve human papilloma virüs aşıları da ülkemizde bulunmakta ve isteyen ailelerin çocuklarına uygulanmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay[3]	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suiçeği[1]						I				
KKK						I			II	
Hep-A[2]							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

[1] 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.
[2] 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.
[3] 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

Hep-B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı
Suiçeği: Suiçeği Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

Şekil 16 T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

2.6.6.1. TÜRKİYE'DE UYGULANAN RUTİN AŞILAR

Hepatit B Aşısı:

Hepatit B virüsü (HBV), bir DNA virüsüdür. Hepatit B enfeksiyonu, akut hepatit, kronik hepatit, siroz ve karaciğer kanseri gibi hastalıklara sebep olabilir. Hastalık erişkin dönemde genellikle iyileşmeyle sonuçlanırken, çocukluk döneminde geçirildiğinde %90 oranında kronikleşir. Bu nedenle çocuk dönemindeki aşılama hepatit B enfeksiyonu önlenmesi ve kontrolünde önemlidir(79).

HBV cinsel ilişki yoluyla, gebelik veya doğum sırasında anneden bebeğe dikey olarak, kontamine olmuş kan veya vücut sıvılarına maruz kalmak suretiyle bulaşabilir. HBsAg-pozitif kadınlardan doğan bebekler HBV enfeksiyonu açısından yüksek risk taşımaktadır. Ergenler ayrıca cinsel davranış ya da enjeksiyon yoluyla ilaç kullanımı nedeniyle yüksek risk altındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl tahminen 25.000 bebek HBV taşıyıcısı annelerden doğmaktadır(80).

Hepatit B aşısı rekombinant bir aşıdır. Etkinliği %90- 95'dir. 1998 yılında rutin uygulamaya girmiştir. 2003 yılından itibaren 0, 2, 9. Aylarda uygulanmakta iken 2007 yılından itibaren uygulama şeması 0, 1, 6. aylar olarak değiştirilmiştir. Aşı dozu 11 yaşına kadar olan çocuklarda 0,5ml(10 mikrogram), 11 yaş üzerinde 1ml(20 mikrogram)intramüsküler uygulanır. İmmün baskılı ve hemodiyaliz hastalarına çift doz verilir. Bu hastalarda, yılda bir kez antikor bakılır. Anti HBs 10mIU/ml'nin altında olanlara 1 doz rapel yapılır. Anti- HBs en az 10 IU/ML ise kişi bağışıktır ve sağlıklı bireyler için gelecekte serolojik test ya da aşılama gereksizdir(81).

Ulusal aşı takvimimize göre, bebek doğduğunda, 1. ve 6. ayında (son doz 6 ayı doldurmadan yapılmaz) HBV aşısı yapılmaktadır. Onun dışında tüm yaş gruplarında da 0. 1. ve 6. ay şeklinde 3 dozluk bir aşı çizelgesi uygulanmaktadır. 1. doz ile 2. doz arasında en az 4 hafta, 2. doz ile 3. doz arasında en az 8 hafta 1. doz ile 3. doz arasında en az 4 ay olması gerekir. Ancak 2000 gram altında doğan preterm bebeklerde yeterli bağışıklık yanıtının oluşabilmesi için eğer annenin HBV taşıyıcısı olmadığı kesin ise ya ikinci ayda ek bir doz uygulanarak 0.- 1.- 2.- 6. ay olarak 4 doz uygulanır ya da bebek 2000 gramı aştığında veya ilk aşısı birinci ayını doldurduğunda 3 doz olarak yapılır. Anne taşıyıcı ya da taşıyıcılık durumu bilinmiyorsa beklenmeden 0.-1.-2.-6. ay şeması uygulanır. 2000 gram altında doğan term bebeklerde rutin 3 doz aşı seması uygulanır. Aşı sonrası görülebilecek yan etkiler arasında anaflaksi (çok ender), ateş, aşı bölgesinde lokal reaksiyon (ağrı,kızarıklık,şişlik) sık görülür (79).

BCG (Verem) Aşısı:

Bacille- Calmette- Guerin (BCG) aşısı, M. bovis suşunun zayıflatılması ile hazırlanmış canlı bakteri aşısıdır. Ülkemizde aşılama 1951 (4 doz) yılında başlamıştır. 1997 yılından itibaren iki doz (yenidoğan ve ilkokul birinci sınıf) olarak yapılmıştır. Daha sonra, yenidoğan döneminde deri içine uygulamanın zor olması, ikinci ayda immün yanıtın daha iyi olması ve yan etkilerin daha az olması sebebiyle BCG aşısı 2006 yılında tek doz olarak, ikinci ayın bitiminde sol omuz bölgesine 0,05 ml ,1 yaştan sonra 0.1 ml intradermal (ID)

olarak yapılır. İlk 3 ayda PPD (Saflaştırılmış Protein Türevi) deri testi yapılmadan, daha sonra PPD deri testi yapılarak ve test negatif bulunursa uygulanır(82).

Aşı yapıldıktan sonra deri üzerinde 6-8 mm çapında papül oluşur. 15-20 dakika sonra papül kaybolur. 2-6 hafta sonra aşı yerinde küçük bir papül belirir, giderek büyür, ülsere olur, kabuklanır ve 3. ayın sonunda skar oluşur(83). Aşı uygulaması sonrasında vakaların %15-20'sinde herhangi bir papül oluşumu olmaz ve bu nedenle ülser ve skar oluşumu gerçekleşmez. %10 gibi bir grupta ise, papül oluşur ancak ülser gelişimi olmaz ve yine belirgin bir skar gelişimi gerçekleşmez. Bu nedenle aşı sonrasında skar varlığı ile koruyuculuk ilişkisi bulunmamaktadır ya da aşının tutup tutmaması söz konusu değildir(84).

DaBT (Difteri-Aselüler Boğmaca-Tetanos) Aşısı:

Difteri, Corynebacterim diphteriae'nın sebep olduğu ve daha çok çocuklarda görülen bulaşıcı bir hastalıktır. Corynebacterium diphtheriae'nin toksin üretmeyen suşları hafif orta derecede farenjite neden olmaktadır. Toksijenik suşlar ise miyokardit ve nörit gibi komplikasyonlara ve ölüme neden olabilmektedir. Difteri olgularının mortalite oranı %5-10 dur. Bu oran 5 yaş altı çocuklarda ve 40 yaş üstü erişkinlerde %20 'lere ulaşmaktadır(79).

Difteri aşısı toksoid türde aşıdır. 0,5 ml ve IM olarak uygulanır. 1937 yılında difteri-boğmaca (DB), 1968 yılında difteri-boğmaca- tetanos (DBT) olarak uygulanmaya başlamış, 2008 yılında DaBT- IPA- Hib karma aşısı ile asellüler boğmaca aşısı takvime girmiş (2, 4, 6, 18. aylar), 2010 yılından itibaren, ilköğretim birinci sınıfta Td ve canlı polio aşısı yerine DaBT- İPA aşı uygulanmasına geçilmiştir(85).

Boğmaca, Bordetella pertussis'in sebep olduğu bulaşıcı akut bir solunum yolu hastalığıdır. Yenidoğanda bağışıklık sistemi gelişmediği için bu dönemde aşının yapılması çok önemlidir. Her yaşta görülebilen bu hastalık yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir(86). Boğmaca aşısı ömür boyu bağışıklık sağlamadığı için sonradan geliştirilmiş olan asellüler boğmaca aşısı 2005 yılında kullanılmaya başlanmıştır(87).

Tetanoz, anaerobik bir basil olan Clostridium tetani'nin salgıladığı tetanospazmin adı verilen bir nörotoksinin etken olduğu akut başlayan tonik spazmlar ile karakterize, çene kilitlenmesi ve solunum yetmezliği şeklinde ciddi komplikasyonlara hatta mortaliteye neden olan bir hastalıktır(88).

Daha önce difteri-tetanoz-boğmaca aşısı sonrası anaflaksi hikayesi varsa oluşan alerjik reaksiyonun hangi aşıya ait olduğu tespit edilip diğer aşılar uygulanabilir. TB veya DTaB aşısı sonrası 7 gün içinde uzun sureli tonik-klonik nöbet veya koma geçiren hastalara aşı

dışında başka bir sebep bulunamadığı takdirde Boğmaca aşısı bir daha uygulanmamalıdır(81).

DaBT-IPA-Hib 5'li karma formu içerisinde 2, 4 ve 6. Aylarda ilk dozlar, 18. ayda rapel doz; 48.ay DaBT-IPA ve 8. sınıfta bir doz erişkin tip difteri-tetanoz aşısı (dT) uygulanır ve 10 yılda bir rapel önerilir(82).

Haemophilus İnfluanzae Tip B Konjuge Aşısı:

H. İnfluenza tip B (Hib); gram-negatif bir kokobasildir. İnsanlarda septik artrit, selülit, menenjit, pnömoni, otitis media, endokardit ve osteomiyelit gibi enfeksiyonlar yapar. Aşı, konjuge bir aşı olup Türkiye Ulusal Bağışıklama Programına 2006 yılında DBT aşısı ile aynı anda ancak ayrı bir bölgeden yapılmak üzere eklenmiş, 2007 yılında beşli aşı (DaBT- İPV- Hib) içinde yer almaya başlamıştır. Güncel aşı programında, 2,4,6 ve 18. aylarda uygulanmaktadır. 5 yaş sonrası yalnız riskli gruplara uygulanır.

Risk Grupları:

- Orak hücre hastalığı olanlar
- Splenektomi olanlar
- Doğumsal immün yetmezlikliler
- Kemoterapi alanlar
- HIV enfeksiyonu olanlar
- Kemik iliği transplantasyonu uygulananlar(81).

Kızamık kızamıkçık kabakulak (KKK) Aşısı:

Kızamık, çocukluk döneminde sık olmakla birlikte her yaşta görülebilen bulaşıcı bir hastalıktır. Başlıca bulaş yolu; temas, solunum ve damlacık yolu ile olup inkübasyon süresi 10-14 gündür(89). Kızamık aşısı 1970'li yıllardan beri aşı programındadır.

Kızamıkçık, rubella virüsünün sebep olduğu bebek, çocuk ve ergenlerde hafif seyreden makülopapüler döküntülerle karakterizedir. Gebelikte geçirildiğinde fetal düşüklere ve anomalili çocukların doğmasına sebebiyet veren bulaşıcı bir hastalıktır. Türkiye'de kızamıkçık aşısı 2006 yılıyla beraber Ulusal Aşı Programına eklenmiştir(90).

Kabakulak, Mumps virüsünün neden olduğu ve parotis bezini tek veya çift taraflı tutup infertilite yapabilen bulaşıcı bir hastalıktır. Kabakulak enfeksiyonundan korunmada tek yöntem aşıdır. Kabakulak aşısı 2006'da Ulusal Aşı Takvimine girmiştir(90).

KKK aşısı attenüe canlı aşıdır. KKK hastalıklarından birini geçiren kişiye aşı tek ya da üçlü olarak uygulanır. Bağışıklığı olmayan genç erişkinlere ve adölesanlara bir ay aralıkla iki doz aşı yapılmalıdır. KKK aşısı Ulusal Aşı Takvimine 2006 yılından itibaren girmiş olup

12. ayda 1 doz ve 48.ayda 1 doz aşı olacak şekilde uygulanmaktadır. Aşı, kızamık hastası ile temas sonrası 72 saat içinde yapılırsa koruyucu olabilmektedir(91).

Konjenital ya da kalıtımsal immün yetmezlik durumlarında, immün süprese olan kişilerde, immünosupressif tedavi görenlerde, hematolojik malignitelerde ve aktif tüberküloz varlığında, neomisin dahil aşı içerisinde bulunan maddelerden herhangi birine yönelik alerji varlığında, hamilelerde (aşı sonrasında 1 ay süreyle hamile kalınmamalıdır)KKK aşısının uygulanması kontrendikedir.

Kan/kan ürünü/immunglobulin gibi bileşikler KKK aşısının etkinliğini azaltabilir. Bu yüzden KKK aşısı uygulandıktan en az iki hafta sonrasına kadar bu ürünler verilmemelidir. Eğer daha önce verilmiş ise; KKK aşısı yapılmadan önce, tam kan veya eritrosit suspansiyonu verilenlerde 6 ay, taze donmuş plazma verilenlerde 7 ay, 400 mg/kg intravenöz immunglobulin (IVIG) verilenlerde 8 ay, 1000mg/kg IVIG verilenlerde 10 ay, 2000 mg/kg IVIG verilenlerde ise 11 ay kadar beklenmelidir(92).

Tablo 11 Kan ya da Kan Ürününün Türüne ve Verilen Doza Göre Kızamık ve Suçiçeği İçeren Aşıları Uygulamadan Önce Beklenmesi Gereken Süreler

Kan ürününün adı / Verilme endikasyonu	Kan ürününün genellikle uygulandığı doz	KKK, kızamık ya da suçiçeği aşı uygulamadan önce beklenmesi gereken süreler
Monoklonal respiratuar sinsityal virus antikoru (Synagis)	15 mg/kg	Beklenmesine gerek yok
Tetanoz immünglobulin	250 ünite (10 mg/kg)	3 ay
Hepatit A immunglobulin - Temas sonrası proflaksi	0.02 ml/kg (3.3mg/kg)	3 ay
Hepatit B immunglobulin	0.06 ml/kg (10mg/kg)	3 ay
Kuduz immunglobulin	20 IU/kg (22 mg/kg)	4 ay
Kızamık immunglobulini - Sağlıklı bireylerde standard proflaksi dozu - Bağışıklık baskılı bireylerde proflaksi dozu	0.25 ml/kg (40 mg/kg) 0.50 ml/kg (80 mg/kg)	5 ay 6 ay
Kan transfüzyonu - Yıkanmış eritrosit - Adenin salin içindeki eritrosit suspansiyonu - Eritrosit suspansiyonu - Tam kan - Plasma/trombosit	10 ml/kg 10 ml/kg 10 ml/kg 10 ml/kg 10 ml/kg	Beklemeye gerek yok 3 ay 6 ay 6 ay 7 ay
Sitomegalovirus (CMV) immunglobulini	150 ml/kg	6 ay
Intravenöz immunglobulin (IVIG) - Bağışıklık yetmezliklerinde replasman tedavisi	300-400 mg/kg	8 ay (bağışıklık durumu izin verirse uygulanabilir)
- İmmun trombositopenik purpura - Temas sonrası suçiçeği proflaksisi	400 mg/kg 1000 mg/kg 400 mg/kg	8 ay 10 ay 8 ay
- Kawasaki	2 g/kg	11 ay

Konjuge Pnömokok Aşısı:

Pnömokok enfeksiyonlarının neden olduğu pnömoni; menenjit, ensefalit gibi komplikasyonlara, hatta ölüme neden olabilen bir hastalıktır(82). Ülkemizde Konjuge Pnömokok Aşısı (KPA) 2008 Kasım'dan beri ulusal aşı takviminde yer almaktadır. 2011 yılından beri aşısı tüm sağlıklı çocuklara uygulanmaktaydı. Ulusal Aşı Takviminde yapılan son düzenleme ile 01.01.2019 tarihinden itibaren doğan çocuklara 13 serotipi kapsayan PCV13 aşısı, primer doz olarak 2. ve 4. aylarda, rapel doz olarak da 12-15. Aylarda olacak şekilde, 3 (2+1) doz uygulanmaktadır. Mevcut aşı takviminde 01.01.2019 tarihi öncesinde doğmuş olup KPA aşılaması bu tarihten önce başlamış olan çocukların ise 3+1 şeması (2, 4. 6. ve 12. aylarda) ile aşılamasının tamamlanması gerektiği belirtilmiştir(92).

Çocuk Felci Aşısı (IPA, OPA):

Poliomyelit çoğunlukla sonbahar ve yaz aylarının başında görülen, polio virüslerinin sebep olduğu bulaşıcı hastalıktır. İnsandan-insana bulaş, fekal-oral bulaş ya da virüsün bulaştığı su veya besinlerle olur. Poliomyelit aşısının çocuklara aralıklı dozlarla yapılmasıyla çocukta kalıcı bağışıklık sağlanır. Çocuk felci aşısı canlı ve inaktif olmak üzere ikiye ayrılır. Canlı oral polio aşısı (OPA) ağızdan bir kerede iki damla olarak verilir. Cansız inaktif polio aşısı (İPA) ise enjeksiyon yoluyla uygulanmaktadır(93).

İmmün yetmezliği olduğu bilinen veya tahmin edilen kişilerde, lenfoma, lösemi, malign hastalıklar ve alkilleyici ajan, kortikosteroid, radyasyon tedavisi nedeniyle bağışıklığı baskılanmış kişilerde OPV kontrendikedir. Bu hastalara IPV önerilir(92).

Türkiye'de 2008'den beri cansız polio aşısı beşli karma aşısı içinde 4 doz olarak intramusküler olarak ve canlı OPA aşısı ise 6. ve 18. aylarda 2 doz şeklinde oral uygulanmaktadır(81). Bebek anne sütü alıyorsa aşı sonrası emzirilmesinde sakınca yoktur. Aşı uygulamasının ardından kusma olması durumunda aşı tekrarlanması gerekli değildir.

Su Çiçeği Aşısı:

Suçiçeği, Varicella zoster virüsünün (VZV) sebep olduğu veziküllü ve döküntülü, çocukluk çağında geçirilen bulaşıcı bir hastalıktır. Çoğunlukla kış ve ilkbahar aylarında görülür. Hastalık özellikle damlacık yolu ve temas yoluyla da bulaşmaktadır. Bulaşıcılık döküntü oluşumundan 2 gün öncesi ve kurumaya başladıktan 4-5 gün sonrasına kadardır. Suçiçeği geçiren biri ile temas edilir ve temasdan sonra 3 gün içerisinde aşı yapılırsa hastalık önlenebilir. Türkiye'de suçiçeği aşısı 2013 yılı itibariyle 12. ayda tek doz olacak şekilde aşı takvimine eklenmiştir(94).

Aşının yan etkileri arasında uygulama yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik gibi lokal reaksiyonlar vardır. Suçiçeği aşısının uygulanmasının sakıncalı olduğu durumlar:

• Aşı bileşenlerine karşı allerjisi olan bireyler
• Şiddetli immun baskılanma
• Kortikosteroid tedavisi alan çocuklar
• İmmunglobulin ve kan ürünü alan çocuklar
• Salisilat kullanan çocuklar (Reye Sendromu) (Aşı uygulanmasından sonra 6 hafta süresince salisilat kullanımından kaçınılmalıdır.)
• Gebelik(81).

Hepatit A Aşısı:

Hepatit A aşısı inaktif bir aşıdır. Hepatit A enfeksiyonuna karşı korunmada en etkin yöntem aşılamadır. Ülkemizde 2012 yılından beri ulusal aşı takviminde hepatit A aşısı yer almaktadır. İki doz şeklinde 18. ay ve 24. ayların sonunda intramüsküler olarak uygulanır. Aşının klinik HAV enfeksiyonundan koruyuculuğu %94-100'dür(81).

Aşının yan etkileri arasında, aşı sonrası anaflaksi, enjeksiyon uygulama yerinde ağrı kızarıklık şişlik, baş ağrısı, ateş görülebilir. Aşıya ve içeriğine karşı anaflaksi/hipersensitivite durumlarında aşı uygulanması kontrendikedir(79).

2.6.6.2. TÜRKİYE'DE UYGULANAN ÖZEL AŞILAR

HPV Aşısı:

İnsan papillomavirüsü (HPV) anatomik olarak vulva, vajina, serviks, penis, rektum, anüs ve orofarinks bölgelerinde kansere yol açabilen, cinsel yolla bulaşı olan bir DNA virüsüdür. 15 HPV tipinin (HPV16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82) servikal kanser açısından yüksek riskli olduğu, 3'ünün de (26, 53, 66) muhtemel karsinojenik olduğu bildirilmiştir. HPV 16 ve 18 tipleri yüksek risk grubunda en sık rastlanan tiplerdir ve kadınlardaki servikal kanserlerin %70'inden bu tipler sorumludur. Düşük risk grubundaki HPV'ler içinde de en sık HPV 6 ve 11 görülür ve genital siğillerin %90'ından fazlasından bu tipler sorumludurlar(95).

Dünya piyasasında rekombinasyon tekniği ile üretilen üç çeşit aşı bulunmaktadır: bivalan (ikili)- Cervarix, kuadrivalan(dörtlü) – Gardasil ve nonavalan (dokuzlu) – Gardasil-9. İkili aşı HPV Tip 16 ve 18'e, dörtlü aşı HPV Tip 6, 11, 16 ve 18'e, dokuzlu aşı ise HPV Tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı profilakside kullanılmak üzere üretilmiştir. Türkiye'de sadece ikili ve dörtlü aşı bulunmaktadır(96). Dörtlü aşı Türkiye'de 2007 yılında, ikili aşı ise 2008 yılında ruhsat almıştır.

HPV aşısı birçok gelişmiş ülkenin ulusal aşı takviminde bulunmaktadır. Fakat henüz ülkemizde rutin aşılama programına dâhil edilmemiştir. HPV aşısının adölesan dönemde uygulandığında daha etkili olduğu ve 9-15 yaş aralığında uygulandığında antikor cevabının en yüksek düzeyde bulunduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak dokuz yaş altına önerilmez. Tetravalan aşı (gardasil®) hem erkek hem kızlara önerilmektedir. 11-12 yaşındaki kızlara tetravalan aşı sıfır, iki ve altıncı aylarda, bivalan aşı (cervarix®) sıfır, bir ve altıncı aylarda uygulanır. İlk ve ikinci doz arası en az bir ay, ikinci ve üçüncü doz arası en az üç ay olmalıdır. 11-12 yaşlarında yapılmadıysa 13-18 yaşlarında aşı tamamlanmalıdır.

HPV ile ilgili ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir ancak gelişmiş ülkelerdeki çalışmalarda etkinliği gösterilen bir aşı olduğu için sağlık bakanlığı tarafından önerilir(74).

Rotavirüs Aşısı:

Akut gastroenteritlerde etken bakteriyel, viral, paraziter veya fungal olabilmekle birlikte 5 yaş altı çocuklarda görülen AGE'nin en sık etkeni virüslerdir ve virüslerden de en sık görülen etken rotavirüstür. Rotavirüs, fekal-oral ve damlacık yolu ile bulaşarak gastroenterite neden olur. Enfeksiyonun bulaşması ve yayılması sosyoekonomik koşullardan ve hijyenik şartlardan bağımsız bir şekilde gerçekleşir ve bu yönüyle diğer gastroenteritlerden farklıdır(97). DSÖ'nün, 2013 yılı raporunda aşıyla önlenebilen rota virüs enfeksiyonu nedeniyle her yıl yaklaşık 215.000 çocuğun (5 yaş altı) hayatını kaybettiği bildirilmiştir(98).

Rotavirus aşısı, oral uygulanan insan canlı attenue aşıdır ve 6-24 haftalık çocuklar icin yapılması uygundur. İlk doz 6. haftadan itibaren verilip 2. Doz ile ilk doz arası en az 4-10 hafta ara olmalıdır. Ayrıca aşının ilk dozu çocuk 15 haftalık olmadan verilmeli ve aşının bütün dozları 8 aylık olmadan bitirilmelidir(97).

Rotarix®; yaban tipte bir insan rotavirüs serotipinin doku kültürüne geçmesi ile elde edilmiştir. Sadece en sık görülen serotip P(8)G1'i içermesine rağmen diğer suşlara karşı da etkili bulunmuştur. 2008'de ABD'de lisans almıştır. RV1 canlı aşısı 2 doz şeklinde oral uygulanmaktadır. İlk doz 6-14 hafta arasında, ikinci doz ilk dozla arasında en az dört hafta olacak şekilde 14-24 haftalar arasında yapılmaktadır. RV-1 (Rotarix) kullanılmışsa 2 ve 4 aylıkken 2 doz şeklinde uygulanması uygundur(99).

RotaTeq® 5 human-bovin reassortant virüsten oluşmuş, pentavalan, sodyum sitrat ve fosfatla tamponlanmış, sukroz ile stabilize edilmiş, oral uygulanan canlı bir aşıdır. Oral uygulamaya hazır, her biri 2 ml'lik canlı aşı; G1, G2, G3,G4 ve P1 infeksiyöz ünitelerini bulundurur(97). Aşı 2006 yılında lisans almıştır. Aşılamaya 6- 12 haftalar arasında başlanmaktadır. Her bir doz arasında 4-10 hafta olacak ve son doz 32 haftalıktan sonra yapılmayacak şekilde 2, 4 ve 6 aylıkken 3 doz uygulanmaktadır(99).

Her iki aşı için de aşı sonrası kusma durumunda aşının tekrarlanması gerekmez. Aşılama tablosuna hangi rotavirus aşısıyla başlandıysa aynı aşıyla devam edilmesi gerekir. Fakat aynı aşının bulunamadığı durumlarda aşı uygulamasına diğer aşıyla devam edilebilmektedir.

Meningokok Aşısı:

Neisseria Menengitis; aerob, gram negatif, ortalama 0,8 μm çapında, birbirine bakan yüzleri yassı diplokoklardır. Meningokoklar, sahip oldukları kapsülün polisakkarit yapısına

göre 13 subgrupa ayrılmıştır. Bu serogruplardan beşi olan A, B, C, W-135 ve Y; hayatı tehdit eden hastalıklara neden olmaktadır(100).

Meningokok hastalığı asemptomatik taşıyıcılıktan, gizli bakteriyemiye; sepsisten, hızla ilerleyen ve doku kaybı ile karakterize olan meningokoksemiye yol açan geniş bir hastalık spektrumuna sahiptir. Menenjit, septisemi, pnömoni, otitis media, epiglottit, miyokardit, perikardit, artrit, üretrit ve konjunktivit meningokok un invaziv meningokok hastalığı (IMH) olarak karşımıza çıktığı tablolardandır. IMH'de görülebilen meningokoksik menenjitte; fotofobi, kusma, baş ağrısı ense sertliği, bilinç değişikliği, meninks iritasyon bulguları gibi semptomlar gözlenir. Serebral ödem ve meningoensefalite yol açabilir(101).

MenACWY-DT (MenactraTM); kapsül polisakkaritleri (A, C, W-135, Y) ile difteri toksoidi konjuge edilerek elde edilen aşıdır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) (Food and Drug Administration), 2011 yılında MenACWY-DT için 9 aydan büyükler için uygulanmasına onay vermiştir. Aşı, 9-23 ay yaş aralığındaki çocuklar için en az 3 ay ara ile 2 doz, 2-55 yaş için tek doz olarak önerilmiştir(102).

MenACWY-TT (NimenrixTM); meningokok A, C, W-135 ve Y serogruplarının tetanoz toksoidi ile konjüge edilmesi ile geliştirilmiş diğer bir aşıdır. Ülkemizde 6 haftalıktan itibaren uygulanır. 6 ila 12 haftalık bebeklere 2 ay ara ile 2 primer aşı ve 12. ayda rapel olarak üç doz (2+1), 12 ay ve üzeri bebeklere ise tek doz olarak uygulanır. 3 Nisan 2019 tarihinde 6 hafta- 6aylık bebekler için 2+1, 6ay-12 aylık bebekler için 1+1 doz şeklinde kullanımı EMA(Avrupa İlaç Ajansı) tarafından onaylanmıştır(103).

Menveo (ACWYCRM197) Neisseria meningitidis kapsüler içeren dört değerli A,C,W135 ve Y serogruplarının difteri toksoidi ile konjüge edilmesi ile geliştirilmiş bir aşıdır. 2-6 ayda başlanması durumunda 2,4,6,12.aylarda,6-24 ayda başlanırsa 2 ay ara ile 2 doz,2 yaş sonrası tek doz önerilmektedir(104).

Serogrup B için OMV ve dış membranında bulunanan 3 adet proteinin kullanıldığı (4CMenB) (Bexsero) aşı, ülkemizde kullanım için 06.09.2018 tarihinde ruhsat almıştır. Uygulama şekli; 2-5 ay arası bebeklere; ilk doz 2. ayda verilmek üzere en az 1 ay ara ile 3 doz primer aşı ve 12-23 ay arası 1 doz rapel uygulanır (3+1). 6-11 ay arası bebeklere; en az 2 ay ara ile 2 doz primer aşı ve 2. yılında 1 doz rapel uygulanır (2+1). Son doz primer aşı ile rapel doz arasında 2 aylık süre olmalıdır. 12-23 ay arası çocuklara; en az 2 ay ara ile 2 doz primer aşı ve 1 doz rapel aşı (2+1) uygulanmalıdır. 2- 10 yaş arası çocuklara; en az 2 ay ara ile 2 doz primer aşı uygulanmalıdır, rapel aşıya gerek yoktur(105).

Meningokok aşıları ulusal aşı takviminde rutin olarak uygulanan aşılardan değildir. Dünya sağlık örgütü ülkemizdeki meningokok hastalığı taşıyıcılığı oranını %1-21 olduğunu

raporlamış ve ülkemizi meningokok açısından orta-düşük endemik bölge olarak belirlemiştir. Dünyada ve ülkemizde hastalığın görülme sıklığı en fazla 1-2 yaş altındadır. Ülkemizde görülen meningokok serogrupları yıllara ve bölgelere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Yüksek risk gruplarında konjuge meningokok aşısı tercih edilmektedir. Konjuge meningokok aşısı ayrıca sağlıklı çocuklara da önerilebilir ve isteyen ailelerin çocuklarına uygulanır.

İnfluenza (Grip) Aşısı:

Dünya geneli oldukça yaygın kullanılan influenza aşıları, kas içi uygulanan inaktif ve intranazal uygulanan canlı aşılar olmak üzere 2 tipdir ve içerdikleri suşlara göre trivalan ve quadrivalan olarak ikiye ayrılırlar(106). Daha önce aşılanmamış 6 ay-3 yaş arasındaki çocuklarda aşı yarım doz (0.25 ml) yapılır ve 4 hafta sonra ikinci doz yapılır.
Eğer geçen yıl aşı yapıldı ise 3 yaşın altındaki çocuklarda tek doz ve yarım doz aşı yeterlidir. Daha önce hiç grip aşısı yaptırmamış olan 3-8 yaş arası çocuklara 4 hafta ara ile iki tam doz aşı (0.5 ml) yapılır. 9 yaşın üzerindeki çocuklarda tek doz ve tam doz aşı yeterlidir. 65 yaş üstü kronik hastalığı olan riskli gruplara, sağlık çalışanlarına, immün yetmezliği olanlara ve bakım evinde yaşayanlara önerilmektedir(75).

2.6.7. SAĞLIK EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK

Hastalıkların önlenmesinde oldukça etkin, çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası olmasına rağmen çoğu zaman ihmal edilen bir bölümüdür. Danışmanlık ve sağlık eğitimi çocuğun yaşına göre verilmeli, çocuk ve ailenin özellikleri gözardı edilmeden ihtiyaçlara yönelik olmalıdır. Bu hizmet verilirken iletişim becerilerinden uygun şekilde yararlanılmalıdır(4).

2.6.7.1. Sağlık Eğitiminde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar:

• Anne-babanın eğitim düzeyine bakılmaksızın tıbbi terminoloji kullanılmamalıdır. Söylenenler kolay anlaşılır olmalı, tıbbi terimler kullanılırsa açıklaması mutlaka yapılmalıdır.

• Anne-babalara karşı emreden ve otoriter tavırlardan kaçınılmalı ve yaklaşımları daha çok dostça ve yumuşak olmalıdır. Doktor ve aile arasındaki saygı daima korunmalıdır.

• Anamnez ayrıntılı olarak alınmalı, uygun sorular sorarak çocuğun sorunlarını anlamaya çalışarak çocukla ilgilenildiği aileye hissettirilmelidir. Doktor sorunu ayrıntılı öğrendikten sonra aileye mantıklı bir açıklamada bulunmalıdır.

• Yapılan öneriler ailenin durumuna uygun olmalıdır. Yapılamayacak ve ailenin üstesinden gelemeyeceği öneriler yapılmamalıdır.

• Öneriler çocuğun yaşı ile ilgili olmalıdır. Örneğin yenidoğan bir bebeğin anne-babasına, iki yaşında olabilecek sorunlardan bahsetmek doğru değildir.
• Öneriler belirgin, açık ve anlaşılır olmalıdır, uzun olduğunda ise yazılı olarak verilmeli ve açıklanmalıdır.
• Uygulamaya dayalı öneriler sadece anlatarak değil mümkünse uygulama şeklinde gösterilmelidir.
• Aile ile konuşurken negatif tutumlardan kaçınılmalıdır. Mesela "çocuğuna bağırma" olarak değil de "çocuğuna bağıracak gibi hissediyorsan odayı terk et" şeklinde ifade edilmelidir.
• Konuşulanların doğru anlaşıldığı kontrol edilmelidir. Anne-babaların anlatılanlarla ilgili tedirgin oldukları bir konunun olup olmadığı sorulmalı, başka sorular da sormalarına imkân verilmelidir(5).

2.6.7.2. Sağlık Eğitiminde Üzerinde Durulması Gereken Konular:

i. Bebek Bakımı:

Bebek bakımı ile ilgili eğitim aileye özellikle gebelik ve yenidoğan döneminde verilmelidir. Alt temizliği ve bakımı, göbeğin kuru ve temiz tutulması, banyo, giyim, emzirme, gaz çıkarma teknikleri, bebeğin yaşayacağı odanın özellikleri ve ısısı, uyku, kundaklamanın yapılmaması, bebeğe emzik ve biberon verilmemesi gibi konularda anneye destek olunmalıdır. Bebek bir yaşına gelene kadar bebeğin istek ve ihtiyaçları ağlatmadan karşılanmalıdır. Bir yaşından sonra ise disipline başlanmalıdır(5).

ii. Sigara içilmemesi:

Çocuğun yaşadığı ortamda kesinlikle sigara içilmemelidir. Pasif sigara içiciliğinin de sağlığa olumsuz etkileri oldukça fazladır. Sık geçirilen solunum yolu hastalıklarına, gelişim geriliğine yol açabilmektedir. Ebeveynin sigara kullanması, çocuğun örnek almasıyla ileriki hayatında sigara kullanmasına yol açabilmekte ve bu da çocuğun erişkin dönemdeki sağlığını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini azaltmaktadır. Ayrıca sigara çocuğun yaşadığı evin hiçbir odasında ve hatta balkonunda bile içilmemelidir(4).

iii. Aile Planlaması:

Çocuk sağlığı izlemlerinde yenidoğan bebeğin bakımının en güzel şekilde yapılabilmesi için ailenin istenmeyen erken bir gebeliğe karşı korunması adına danışmanlık hizmetinin verilmesi oldukça önemlidir(4).

iv. Hastalık Bulguları:

Aileye, yenidoğan döneminden itibaren her yaş grubuna göre önemli olan hastalık bulguları (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs) konusunda bilgi

verilmelidir. İlk müdahale, ev bakımı ve ne zaman sağlık kuruluşuna başvurmalarının gerektiği anlatılmalıdır(5).

v. Beslenme:

Emzirmenin ne kadar önemli olduğu ve ilk altı ay sadece anne sütünün verilmesi gerektiği anneye anlatılmalıdır. Emzirme pozisyonları, sıklığı, süresi, ek gıdaya geçiş zamanı, ek gıdaya başlanırken dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Bebeğin aile sofrasına oturtulma zamanı ve kendi kendini beslemesi hakkında bilgi verilmelidir(5).

vi. Diş Sağlığı:

Çoğu bebek 6-8 aylıkken diş çıkarır. Bebeğin diş çıkaracağının belirtileri; ağız çevresini ve çenesini tahriş edecek kadar çok salya akıtması, bağırsak bozukluğu, hafif ateş ve sert bir şeyler çiğneme ve ısırma isteğidir. Bebekler diş çıkarırken ona yardımcı olunabilir. Anneler küçük parmaklarıyla diş etlerini ovuşturabilirler. İçi suyla dolu, buzdolabında soğutulan diş kaşıyıcıları da bu dönemde bebeklere yardımcı olabilir. Dişler çıkarken dikkat edilmesi gereken bir nokta da oynadığı oyuncakların sivri çıkıntıları olup olmadığıdır. Sivri çıkıntılar bebekler her şeyi ısırmak istediğinden diş etini zedeleyebilir(16).

Bebeklerde diş çıkarma ile birlikte diş temizliğine dikkat edilmeli ve bunun için su kullanılmalıdır. Diş çürüklerine neden olduğu için süt biberon ile verilmemelidir(5).

vii. Tuvalet Eğitimi:

Tuvalet eğitimi uyanık ve uyur durumlarda dışkı ve idrar kontrolünün kazanılmasıdır. Bu dönem bir çocuğun hayatındaki önemli gelişim basamaklarından biridir. Ailelere tuvalet eğitimine ne zaman başlamaları gerektiği, bu dönemin normal bir süreç olduğu, hiçbir eğitim verilmese de çocuğun zaman içinde kendiliğinden bu alışkanlığı kazanacağı ve bu konuda acele etmemeleri anlatılmalıdır.

Tuvalet eğitimi; tuvalete gitme, soyunma, uygun süre oturma, temizlenme, giyinme gibi çocuk için öğrenmesi karmaşık çeşitli basamakları içerir. Bunların öğretilebilmesi için çocuğun gönüllü olarak katılımı gereklidir. Eğitime erken yaşta başlamak, baskı yapmak, cezalandırmak, alay etmek gibi olumsuz tutumlar çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir; idrar ve dışkısını tutma, kabızlık, enkoprezis, sık ve az idrar yapma, enürezis, üriner enfeksiyon gibi patolojilere neden olabilir.

Çocuğun hazır olması ailelerin tuvalet eğitimine başlaması için önemli işarettir. Eğer çocuk çişini yapmadan önce anne-babasıyla iletişim kuruyor ve bir süre kendini tutabiliyorsa tuvalet eğitimine hazır demektir. Bu gelişimin 18-30 aylar arasında gerçekleşebileceği klinik çalışmalarla saptanmış ve 2 yaşından önce tuvalet eğitimine

başlanmaması önerilmektedir. Uykuda ve gece tuvalet eğitiminin tamamlanması gündüz eğitimiyle eş zamanlı olabileceği gibi bir yıl kadar daha geç olabilir(16)

viii. Kazalar:

Bebeğin yatağı ilk aylarda çok yumuşak olmamalıdır. Bebeğin yüzüstü yatırılmaması ve küçük çocuklarla yalnız bırakılmaması gerektiği ebeveyne söylenmelidir. 6 -9 ay arası yaş grubundan itibaren ilaç ve kimyasalların kilitli dolaplara kaldırılması gerekmektedir. Çocuğun poşet ve balonlarla oynamasına izin verilmemelidir. Elektrik prizlerinin kapatılması, ısıtıcı ve sobaların çevrelerine engeller konulması önerilmelidir. Ayrıca ağzı açık su kapları da bulundurulmamalıdır. 12-24 ay yaş grubundaki çocukların sürekli izlenmesi, kibrit ve diğer yanıcı maddelerden uzak tutulması ve çocukların hiçbir yerde yalnız bırakılmaması konusunda ebeveyn uyarılmalıdır. Üç yaşından sonra ise çocukların oyun alanı güvenliği sağlanmalı ve çocuklar yabancılar hakkında uyarılmalıdır(5).

2.6.8. ANNENİN SORULARI VE ÖZETLEME

Çocuğun şu anki yaşına ve bir sonraki izleme kadar olan zaman için gerekli olan bilgiler ailesine verilir ardından anne ve babanın soruları cevaplanır. Verilen tavsiyeleri içeren broşürlerin temin edilmesi sağlık eğitiminin verimliliğini artıracaktır(5).

2.6.9.RANDEVU BELİRLEME

İzlem sona erdirilirken bir sonraki görüşme için zaman belirlenir, gerekli durumlarda hekime nasıl ulaşabileceği konusunda aile bilgilendirilir ve görüşme sonlandırılır(5).

3. MATERYAL METOD

3.1. Çalışmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel tipte bir anket araştırmasıdır.

3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye genelindeki tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi görmekte olan hekimler, Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) öğrencileri, Aile Hekimliği uzmanları ve sertifikalı Aile Hekimleri oluşturmuştur. Etki büyüklüğü=0,25; α=0,05 ve Güç (1-β)=0,95 şeklinde alınarak, G*Power programı ile yapılan güç analizi sonucunda; 4 grup (tam zamanlı aile hekimliği asistanı, SAHU öğrencisi, aile hekimliği uzmanı, aile hekimi) için toplam örneklem büyüklüğü minimum 280 olarak hesaplanmıştır. Araştırma veri toplama formu Google formlar üzerinden oluşturulan elektronik ortamda aile hekimliği eğitimcileri ve asistan temsilcileri ile internet üzerinden ve Whatsapp gruplarında paylaşılarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar veri toplama formunu doldurmuştur. Anket 10.07.2021 – 10.10.2021 tarihleri arasında onar günlük aralarla hatırlatma yapılarak doldurmaya açık tutulmuştur. Bu süre içinde verilen yanıtlar veri olarak değerlendirilmiştir. Bu sürede 580 katılımcı tarafından anket soruları yanıtlanmış olup, süre sonunda hedeflenen örneklem büyüklüğüne de ulaşılması ile anket doldurmaya kapatılmıştır.

3.3. Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri

Tam zamanlı Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi görmekte olan hekimler, SAHU öğrencileri, Aile Hekimliği uzmanları ve sertifikalı Aile Hekimi olmak çalışmaya alınma kriterimiz olmuştur.

Araştırmamızda dışlama kriteri bulunmamaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma öncesi yapılan geniş bir yazın (literatür) taraması ışığında sorumlu araştırmacı ile yardımcı araştırmacı tarafından, katılımcıların 2018' de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri" adlı kitapçıkta Bebeklik ve Çocukluk Döneminde belirtilen bilgileri bilme durumlarının sorgulandığı araştırmaya özgün yapılandırılmış anket soruları hazırlanmıştır. Veri toplanması için oluşturulan ankette toplam 36 sorudan oluşan 3 bölüm bulunmaktadır. İlk bölümde anket hakkında genel bilgilendirme ve katılım onayı bulunmaktadır. İkinci bölümde sosyodemografik bilgiler ile ilgili 8 soru bulunmaktadır. Üçüncü bölümde yer alan çocuk sağlığı izlemi ile ilgili anket soruları literatürden yapılan

araştırmalar sonucu hazırlanmıştır. Bu bölüm çocuk sağlığı izleminin temel konularındaki bilgiler ve uygulamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma veri toplama formu Google formlar üzerinden oluşturulan elektronik ortamda aile hekimliği eğitimciler ve asistan temsilcileri ile internet üzerinden ve whatsapp gruplarında paylaşılarak katılımcılara ulaştırılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler Ortalama +/- standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler medyan (min-max), kategorik değişkenler ise frekans (yüzdelikler) olarak verilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Kruskal Wallis Testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler de Pearson Ki-Kare ve Fischer Exact testi ile belirlenmiştir. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile elde edilmiştir. $p<0,05$ istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

3.6. Etik Onay

Çalışmamızın etik kurul izni Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08.07.2021 tarihinde 2021/13.21 sayılı karar numarası ile alınmıştır (Bkz. EK 2).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmamızda tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı asistanı, SAHU asistanı, aile sağlığı merkezinde görev yapan aile hekimliği uzmanı ve aile sağlığı merkezinde görev yapan pratisyen aile hekimleri olmak üzere dört gruba hazırlanan 36 soruluk anket internet ortamı ile gönüllülük esasına göre uygulanmış olup toplamda 580 kişinin verileri analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerden 277'si (%47,8) erkek, 303'ü (%52,2) kadındı. Evli olan katılımcı sayısı 399 (%68,8) iken katılımcıların 181'i (31,2) bekar olduğunu bildirmişti. Katılımcıların 338'i (%58,4) ASM' de çalıştığını belirtmiş, 242 kişi (%41,6) ilçe sağlık müdürlüğü, üniversite hastanesi, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, cezaevi, il sağlık müdürlüğü, özel hastane ve özel laboratuvarda çalıştıklarını belirtmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo-12'de verilmiştir.

Tablo 12 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

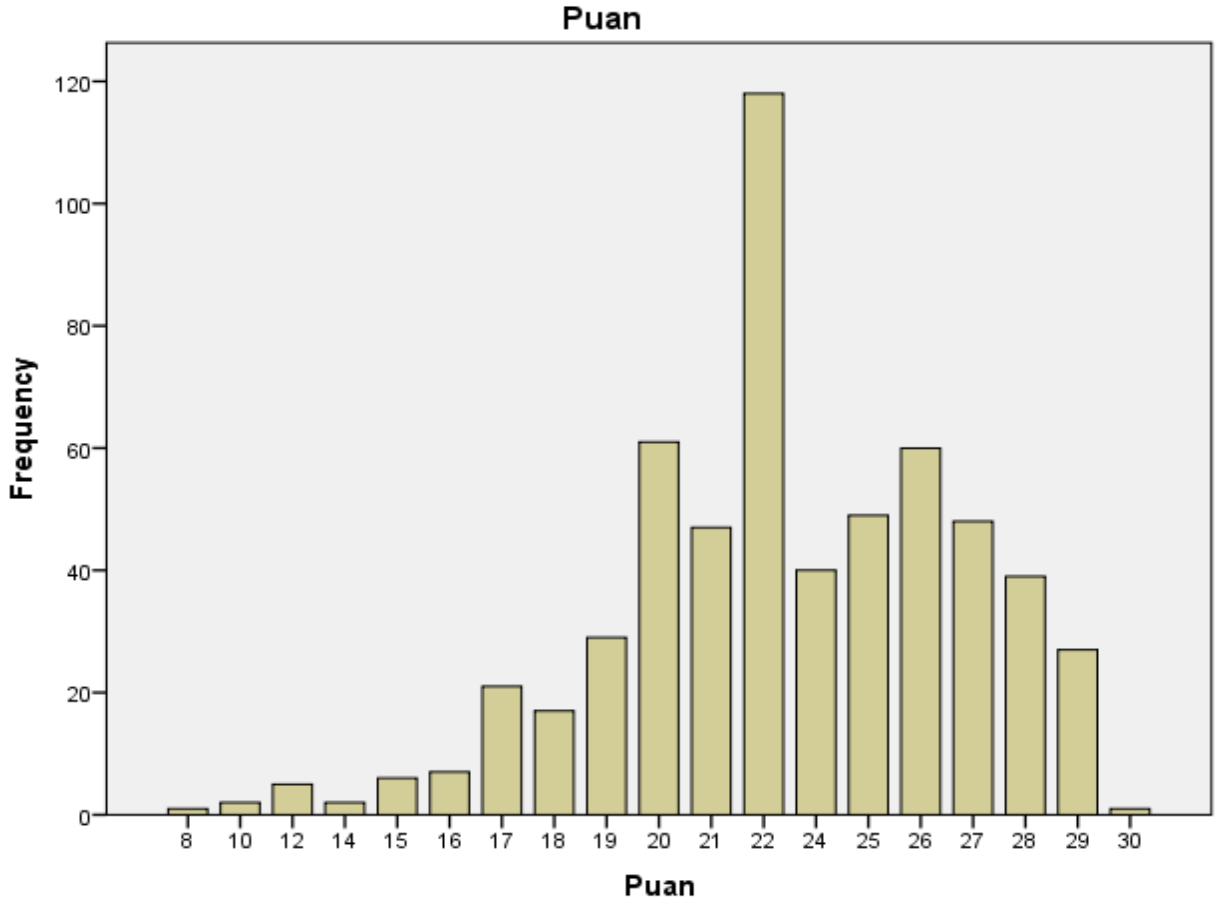
Katılımcıların sosyodemografik özellikleri		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	303	52,2
	Erkek	277	47,8
Medeni durum	Evli	399	68,8
	Bekar	181	31,2
Görev tanımı	Tam zamanlı AHU asistanı	192	33,1
	SAHU	81	14
	AHU	106	18,3
	Aile hekimi	201	34,7
Aktif olarak çalıştığınız yer	ASM	338	58,4
	Diğer	242	41,6

Ankete katılan hekimlerin yaş ortalaması 30,42 olup minimum yaş 24 yıl iken maksimum yaş 61 yıl idi. 580 katılımcıya yöneltilen 'Mezuniyet sonrası geçen süreniz?' sorusuna minimum 0 maksimum 29 yıl (ortalama 9,35), 'Meslekte aktif olarak poliklinik hizmeti yaptığınız süreniz?' sorusuna minimum 0 maksimum 29 yıl (ortalama 7,40) cevabı verilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13 Katılımcılarla İlgili Diğer Veriler

Katılımcılarla ilgili diğer veriler	n	Min.	Maks.	Ortalama	Standart sapma
Kaç yaşındasınız? (yıl)	580	24	61	30,42	10,486
Mezuniyet sonrası geçen süreniz? (yıl)	580	0	29	9,35	6,864
Aktif olarak poliklinik hizmeti yaptığınız süreniz? (yıl)	580	0	29	7,40	6,631

Katılımcılara yöneltilen 36 soruluk anket neticesinde puanlandırma sistemi yapılmış olup katılımcıların cevaplarına göre tüm sorulara doğru yanıt veren kişiler 34 puan alabilirdi. Katılımcıların almış oldukları puanlara bakıldığında en düşük puan alan 8 puan alırken en yüksek puan alan 30 puan almıştır. Katılımcıların aldığı puanların istatistiğine bakıldığında medyan değer 22,00 bulundu. Ortalama değer 22,98, standart sapma değeri ise ± 3,738 dir. (Şekil 17)



Şekil 17 Katılımcıların Puan Dağılımı

Ankete katılan hekimlere ‘Daha önce çocuk sağlığı izlemi ile ilgili seminer, kurs veya online eğitim aldınız mı?’ sorusu soruldu. Ankete katılan hekimlerin %49,1’i (n=285) ‘Evet’ yanıtını, %50,9’u (n=295) ‘Hayır’ yanıtını verdi.

Çalışmaya katılan hekimlerin %33,1’i (n=192) tam zamanlı AHU asistanı, %14’ü (n=81) SAHU eğitimi alan hekim, %18,3’ü (n=106) Aile hekimliği uzmanı, %34,7’si (n=201) pratisyen aile hekimi olarak işaretlemişti. Çalışmaya katılan hekimlerin görev tanımlarına göre sayıları ve anket puanları Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14 Hekimlerin Görev Tanımlarına Göre Sayıları ve Anket Puanları

Görev Tanımları ve Anket Puanları	Kişi Sayısı (%)	Puan Ortalaması (standart sapma)
Tam zamanlı AHU asistanı	192 (33,1)	22,97 (3,26)
SAHU	81 (14)	24,31 (3,36)
AHU	106 (18,3)	24,01 (3,45)
Aile hekimi	201 (34,7)	21,67 (4,06)

Yapılan anket üzerinden alınan puanlara bakıldığında pratisyen aile hekimleri ile AHU ve SAHU asistanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
Yine aile hekimleri ile tam zamanlı AHU asistanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı zamanda tam zamanlı aile hekimliği asistanları ile SAHU asistanları ve AHU arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. (Tablo 15)

Tablo 15 Hekimlerin Görev Tanımları ile Anket Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

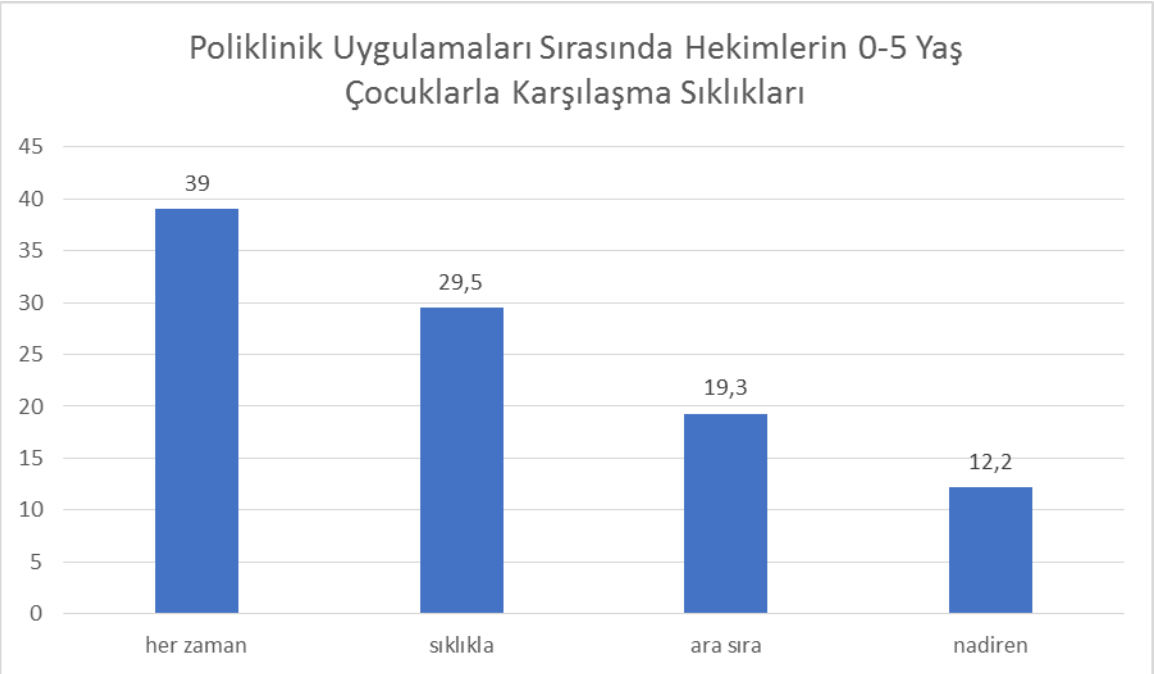
Görev tanımları ve puan arasındaki ilişki	İstatistik
Aile hekimi- AHU	**p<0,0001**
Aile hekimi - SAHU	**p<0,0001**
Aile hekimi – tam zamanlı AHU asistanı	**p=0,013**
Tam zamanlı AHU asistanı - SAHU	**p=0,017**
Tam zamanlı AHU asistanı - AHU	**p=0,045**

Katılımcılara yöneltilen bazı sosyodemografik özellikler ile onlara yöneltilen anket sorularından almış oldukları puan arasındaki ilişki incelendiğinde; medeni durumunu ‘evli’ olarak belirten 399 (%68,8) kişinin ortalama puanı 22,70±3,715 iken ‘bekar’ olduğunu belirten 181 (%31,2) kişinin ortalama puanı 23,33±3,764 olarak görülmüştür. Burada bakılan medeni durum ve anket puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Detaylı inceleme Tablo-16’da mevcuttur.

Tablo 16 Sosyodemografik Özellikler ile Anket Toplam Puanı Arasındaki İlişki Durumu

Bazı sosyodemografik özelliklerin puan ile ilişkisi		N (%)	Min.	Maks.	Ortalama	Standart sapma	P değeri
Medeni durum	Evli	399 (68,8)	8	29	22,70	3,715	**p=0,041**
	Bekar	181 (31,2)	10	30	23,33	3,764	
Cinsiyet	Kadın	303 (52,2)	8	29	23,19	3,570	p=0,052
	Erkek	277 (47,8)	10	30	22,58	3,896	

Hekimlere ‘Poliklinik uygulamalarınızda 0-5 yaş grubu çocuk hasta ile karşılaşmanız ne sıklıkta oluyor?’ sorusuna hekimlerin %39’u (n=226) ‘her zaman’ karşılaştığını söylerken, %29,5’i (n=171) ‘sıklıkla’, %19,3’ü (n=112) ‘ara sıra’, %12,2’si (n=71) ise ‘nadir’ olarak 0-5 yaş grubu çocuk hasta ile karşılaştığını belirttiler (Şekil 19).

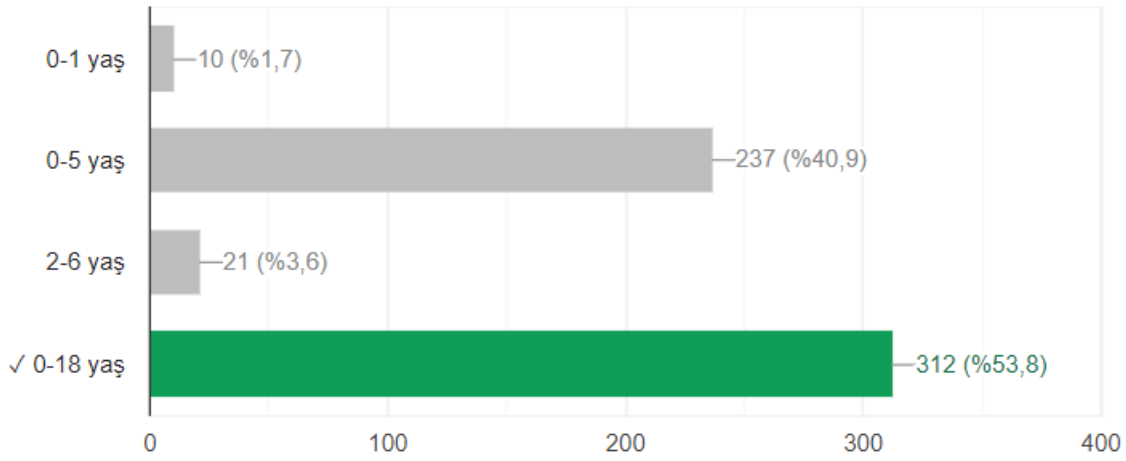


Şekil 18 Poliklinik Uygulamaları Sırasında Hekimlerin 0-5 Yaş Çocuklarla Karşılaşma Sıklıkları

Çalışmaya alınan kişilere yöneltilen 'çocuk sağlığı izlemine hangi yaş grubu dahil edilir?' sorusuna verdikleri cevaplar, katılımcıların görev tanımlarına göre değerlendirildiğinde tam zamanlı AHU asistanları en yüksek oranda doğru cevap vermiştir. Tam zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlığı asistanlarının doğru cevaplama yüzdesi (%60,9) ve Aile Hekimliği Uzmanlarının doğru cevaplama yüzdesi (%58,5), aile hekimlerinin doğru cevaplama yüzdesi (%47,3) ve SAHU'nun doğru cevaplama yüzdesine göre (%46,9) daha yüksektir. Burada bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür (p=0,02). Katılımcıların en yüksek oranda yanlış cevabı '0-5 yaş' grubu olduğu görülmüştür. Ayrıntılı durumlar Tablo-17 ve Şekil-20' de mevcuttur.

Tablo 17 Görev Tanımı ve Sağlam Çocuk İzlemi Bilgi Düzeyi

Görev Tanımı ve Sağlam Çocuk Takibi Hangi Yaş Grubunda Yapılır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	117 (60,9)	75 (39,1)	192 (33,1)	p=0,020
SAHU	38 (46,9)	43 (53,1)	81 (14)	
AHU	62 (58,5)	42 (41,5)	106 (18,3)	
Aile hekimi	95 (47,3)	106 (52,7)	201 (34,7)	



Şekil 19 Katılımcıların 'Çocuk Sağlığı İzlemine Hangi Yaş Grubu Dahil Edilir?' Sorusuna Verdikleri Cevaplar

'Ülkemizde Yenidoğan Tarama Programına göre topuk kanında hangi hastalıklar taranmaktadır?' sorusuna SAHU asistanları en yüksek oranda doğru cevap vermiştir (%75,3). Tam zamanlı aile hekimliği asistanları %72,9 oranında, AHU %69,8 oranında, Aile hekimleri %64,7 oranında doğru cevap vermiştir. Gruplar arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir(p=0,207) (Tablo 18)

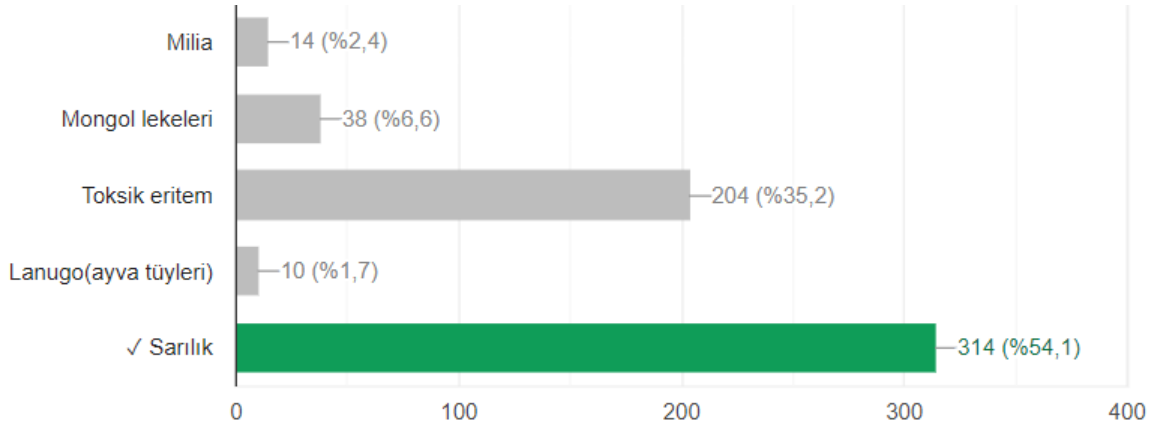
Tablo 18 Görev Tanımı ve Topuk Kanı ile Taranan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyi

Görev Tanımı ve Topuk Kanı ile Taranan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyi	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	140 (72,9)	52 (27,1)	192 (33,1)	p=0,207
SAHU	61 (75,3)	20 (24,7)	81 (14)	
AHU	74 (69,8)	32 (30,2)	106 (18,3)	
Aile hekimi	130 (64,7)	71 (35,3)	201 (34,7)	

Katılımcılara yenidoğanlarda normal kabul edilen muayene bulguları sorulduğunda Aile Hekimliği Uzmanlarının 70'i (%66) ve tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı asistanlarının 122'si (%63,5) doğru cevap verirken aile hekimlerinin 75'i (%37,3) doğru cevap vermişti. Burada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. Tüm katılımcıların cevapları incelendiğinde toplamda 314 kişi (%54,1) 'sarılık' cevabını vererek doğru cevabı vermiş, 204 kişi (%35,2) 'toksik eritem', 38 kişi de (%6,6) mongol lekeleri cevapları ile yanlış şıkkı işaretlemişti. Ayrıntılı durumlar Tablo-19 ve Şekil-21'de mevcuttur.

Tablo 19 Görev Tanımı ve Yenidoğanda Normal Kabul Edilen Muayene Bulguları

Görev Tanımı ve yenidoğanda normal kabul edilen muayene bulguları	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	122 (63,5)	70 (36,5)	192 (33,1)	**p<0,0001**
SAHU	47 (58)	34 (42)	81 (14)	
AHU	70 (66)	36 (34)	106 (18,3)	
Aile hekimi	75 (37,3)	126 (62,7)	201 (34,7)	
Toplam	314 (54,1)	266 (45,9)	580 (100)	

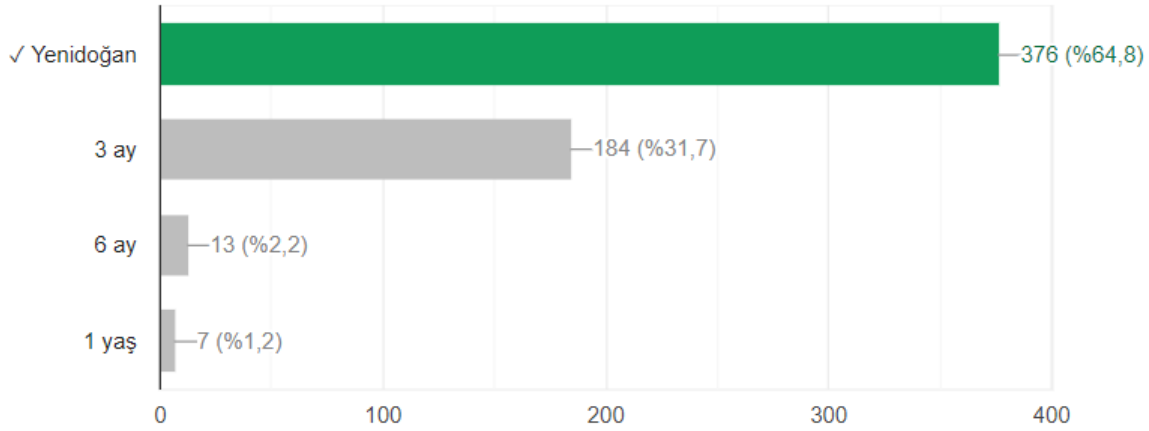


Şekil 20 Yenidoğanda Normal Kabul Edilen Muayene Bulguları Bilgi Düzeyi

Ankete dahil olan hekimlere yöneltilen 'Ulusal Görme Tarama Programına göre kırmızı refle testi en erken ne zaman yapılmalıdır?' sorusuna aile hekimliği uzmanları (%72,6), SAHU (%67,9), tam zamanlı aile hekimliği uzmanlığı asistanları (%65,6) ve aile hekimleri (%58,7) sırasıyla doğru yanıt vermişlerdir. Burada gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo-20). Şekil 22'de ayrıntılı olarak görüldüğü üzere ankete katılan 580 hekimden 376'sı (%64,8) 'yenidoğan' doğru yanıtını vermiştir. 184 hekim (%31,7) '3 ay' şıkkını işaretleyerek en yüksek yanlış yanıtı vermiştir. Ayrıntılar Tablo-20 ve Şekil-22'de bulunmaktadır.

Tablo 20 Görev Tanımı ile Kırmızı Refle Testi En Erken Ne Zaman Yapılmalıdır Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Görev Tanımı ve kırmızı refle testi en erken ne zaman yapılmalıdır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	126 (65,6)	66 (34,4)	192 (33,1)	p=0,088
SAHU	55 (67,9)	26 (32,1)	81 (14)	
AHU	77 (72,6)	29 (27,4)	106 (18,3)	
Aile hekimi	118 (58,7)	83 (41,3)	201 (34,7)	



Şekil 21 Katılımcıların 'Kırmızı Refle Testi En Erken Ne Zaman Yapılmalıdır?' Sorusuna Verdikleri Cevaplar

'Kırmızı refle testinde aşağıdaki bulgulardan hangisi ya da hangileri patolojiktir?' sorusuna 'Yansıma olmaması, asimetrik olması, beyaz yansıma, bulanık kırmızı yansıma' maddelerinin tamamını işaretleyerek en yüksek doğru yanıtı tam zamanlı AHU asistanları (%54,7) vermiştir. Sırasıyla doğru yanıt yüzdeleri bakıldığında SAHU asistanları %50,6 Aile hekimleri %45,8 AHU %39,6 idi. Ayrıntılı değerlendirme Tablo 21'de verilmiştir.

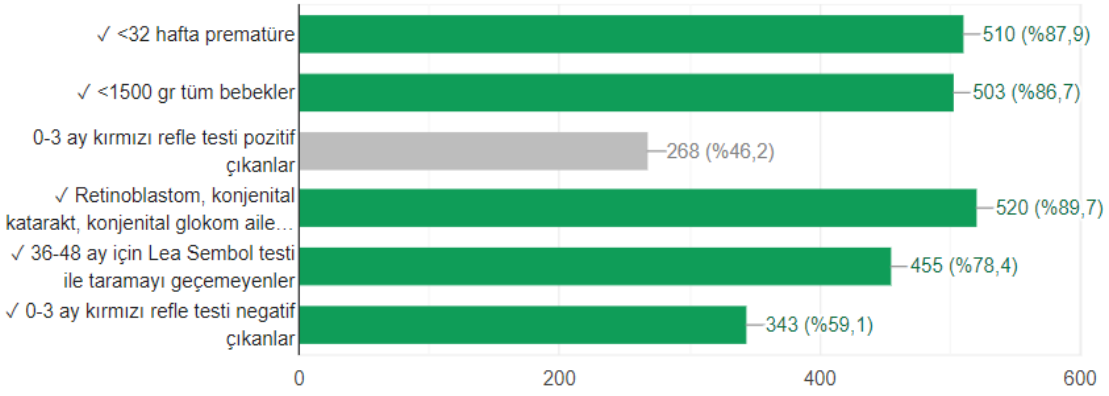
Tablo 21 Görev Tanımı ve Kırmızı Refle ile İlgili Patolojik Bulgular

Görev Tanımı ve kırmızı refle ile ilgili patolojik bulgular	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	105 (54,7)	87 (45,3)	192 (33,1)	p=0,071
SAHU	41 (50,6)	40 (49,4)	81 (14)	
AHU	42 (39,6)	64 (60,4)	106 (18,3)	
Aile hekimi	92 (45,8)	109 (54,2)	201 (34,7)	

Katılımcılara sorulan ‘ulusal görme tarama programı kapsamında aşağıda verilen hangi durumlarda sevk gerekmektedir?’ sorusuna SAHU asistanları (%44,4), AHU (%36,8), aile hekimleri (%35,8), tam zamanlı AHU asistanları (%23,4) oranlarında doğru cevap vermişlerdir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Detaylar Tablo-22 ve Şekil 23’de yer almaktadır.

Tablo 22 Görev Tanımı ve Ulusal Görme Tarama Programı Kapsamında Sevk Kriterleri

Görev Tanımı ve ulusal görme tarama programı kapsamında sevk kriterleri	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	45 (23,4)	147 (76,6)	192 (33,1)	p=0,003
SAHU	36 (44,4)	45 (55,6)	81 (14)	
AHU	39 (36,8)	67 (63,2)	106 (18,3)	
Aile hekimi	72 (35,8)	129 (64,2)	201 (34,7)	



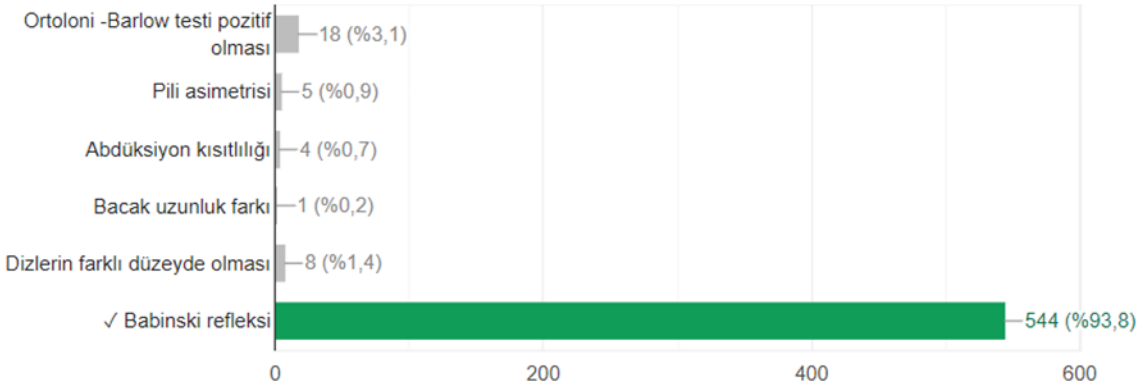
Şekil 22 ‘Ulusal Görme Tarama Programı Kapsamında Sevk Kriterleri Nelerdir?’ Sorusuna Verilen Cevaplar

Ankete katılan hekimlere yöneltilen bir diğer soru ‘gelişimsel kalça displazisi taramasına göre riskli muayene bulgularından değildir?’ olup SAHU asistanları %96,3 tam zamanlı

AHU asistanları %95,8 AHU %95,3 Aile hekimleri %90 oranında doğru cevap vermiştir (Tablo 23 -Şekil 24).

Tablo 23 Görev Tanımı ve Gelişimsel Kalça Displazisi Taramasına Göre Riskli Muayene Bulguları

Görev Tanımı ve gelişimsel kalça displazisi taramasına göre riskli muayene bulguları	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	184 (95,8)	8 (4,2)	192 (33,1)	p=0,058
SAHU	78 (96,3)	3 (3,7)	81 (14)	
AHU	101 (95,3)	5 (4,7)	106 (18,3)	
Aile hekimi	181 (90)	20 (10)	201 (34,7)	



Şekil 23 Gelişimsel Kalça Displazisi Taramasına Göre Riskli Muayene Bulguları

Hekimlerin ASM'de görev alıp almamaları ile Yenidoğan Tarama Programı kapsamında bazı bilgilere verdikleri cevaplar Tablo 24 de karşılaştırıldı. 'Ağızdan beslenme başladıktan en az 48 saat sonra topuk kanı alınmalıdır.' bilgisine ASM de görev alan hekimlerin %59,8 doğru %48,8 i yanlış, ASM de görev almayan hekimlerin %40,2 si doğru %51,2 si yanlış şıkkını işaretlemiş olup tüm hekimlerin %86,2 si doğru cevaplamıştır. Topuk kanı almadan

önce ebeveyn rıza beyan formu doldurulması gerektiği bilgisine ASM de çalışanların %56,6 sı doğru %67,8 i yanlış; ASM de çalışmayanların %43,4 ü doğru %32,2 si yanlış yanıtını işaretlemiş olup tüm hekimlerin %85 i bu bilgiyi doğru bilmektedir. 'Topuğun lateral kısmı en uygun bölgedir' bilgisini tüm hekimlerin %80,2 si doğru, %19,8 i yanlış bilmiştir. Alınan kan örneği yatay pozisyonda oda ısısında en az 3 saat kurutulmalıdır maddesine ASM de olanların %61,7 si doğru %35,1 i yanlış olarak işaretlerken ASM de olmayanlar %38,3 ü doğru %64,9 u yanlış olarak işaretlemiştir. Bilgiyi doğru bilme oranı %87,2'dir. 'Doğumdan sonra tüm bebeklere işitme taraması yapılmalıdır.' bilgisine tüm hekimlerin %98,1 i doğru cevap vermiştir. 'Bilier atrezi erken tanısı için dışkı rengi kartları kullanılmaktadır.' , maddesine ASM de çalışan hekimlerin %56,5 doğru yanıtını, %66,7 yanlış yanıtını seçerken ASM de çalışmayan hekimlerden %43,5 i doğru %33,3 ü yanlış yanıtını seçmiştir. '0-6 ay arası en az bir kez testis muayenesi yapılmalıdır.' bilgisini hekimlerin %96,7 si doğru cevaplamıştır. '0-3 ayda genel göz muayenesi, kırmızı refle testi, kornea ışık refleksi bakılmalıdır.' maddesine ASM de çalışan hekimlerin %58,7'si, ASM'de çalışmayan hekimlerin %41,3'ü doğru cevap vermişlerdir. 'Yenidoğanda konjenital kalp hastalığı taraması için nabız oksimetre kullanılır.' bilgisinin tüm hekimlerin %60,2 si doğru bilgi olduğunu %39,8 i yanlış bilgi olduğunu düşünmektedir.

Tablo 24 Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinde Çalışıp Çalışmama Durumuna Göre Bazı Sorulara Verdikleri Cevaplar ve İstatistiksel Analizi

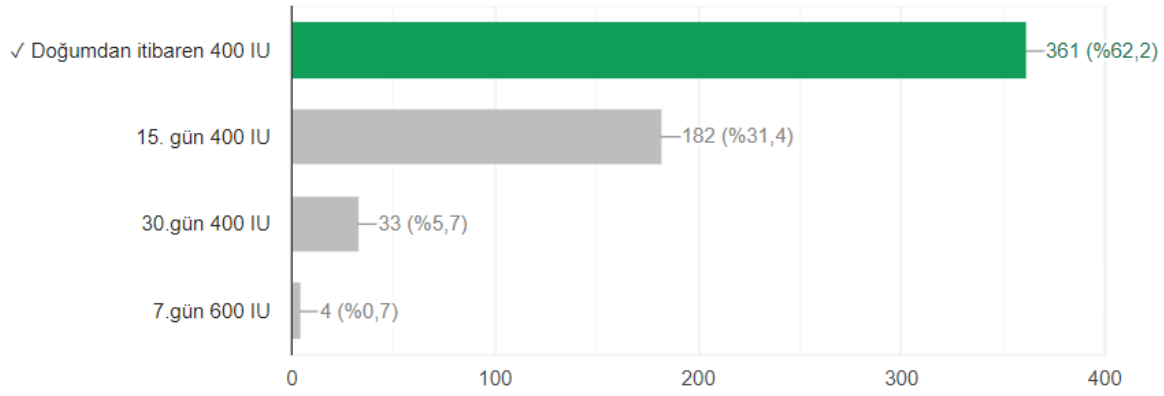
Sorular		ASMde görev alanlar Sayı (%)	ASMde görev almayanlar Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Ağızdan beslenme başladıktan en az 48 saat sonra topuk kanı alınmalıdır	Doğru	299 (59,8)	201 (40,2)	500 (86,2)	p=0,063
	Yanlış	39 (48,8)	41 (51,2)	80 (13,8)	
Topuk kanı almadan önce ebeveyn rıza beyan formu doldurulmalıdır	Doğru	279 (56,6)	214 (43,4)	493 (85)	p=0,048
	Yanlış	59 (67,8)	28 (32,2)	87 (15)	
Topuğun lateral kısmı en uygun bölgedir	Doğru	274 (58,9)	191 (41,1)	465 (80,2)	p=0,524
	Yanlış	64 (55,7)	51 (44,3)	115 (19,8)	
Alınan kan örneği yatay pozisyonda, oda ısısında en az 3 saat kurutulmalıdır	Doğru	312 (61,7)	194 (38,3)	506 (87,2)	p<0,0001
	Yanlış	26 (35,1)	48 (64,9)	74 (12,8)	

Yenidoğanda topuk kanı dışında venöz kan da tarama için kullanılır	Doğru	175 (59,7)	118 (40,3)	293 (50,5)	p=0,474
	Yanlış	163 (56,8)	124 (43,2)	287 (49,5)	
Doğumdan sonra tüm bebeklere işitme taraması yapılmalıdır	Doğru	332 (58,3)	237 (41,7)	569 (98,1)	p=0,800
	Yanlış	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (1,9)	
İşitme tarama testi sadece yenidoğan döneminde yapılması yeterlidir	Doğru	244 (56,5)	188 (43,5)	432 (74,5)	p=0,134
	Yanlış	94 (63,5)	54 (36,5)	148 (25,5)	
Bilier atrezi erken tanısı için dışkı rengi kartları kullanılmaktadır	Doğru	272 (56,5)	209 (43,5)	481 (82,9)	p=0,063
	Yanlış	66 (66,7)	33 (33,3)	99 (17,1)	
0-6 ay arası en az 1 kez testis muayenesi yapılmalıdır	Doğru	327 (58,3)	234 (41,7)	561 (96,7)	p=0,973
	Yanlış	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (3,3)	
0-3 ayda genel göz muayenesi,kırmızı refle testi, kornea ışık refleksi bakılmalıdır	Doğru	326 (58,7)	229 (41,3)	555 (95,7)	p=0,287
	Yanlış	12 (48)	13 (52)	36 (4,3)	
Yenidoğanda KKH taraması için nabız oksimetre kullanılmalıdır	Doğru	188 (53,9)	161 (46,1)	349 (60,2)	p=0,008
	Yanlış	150 (64,9)	81 (35,1)	231 (39,8)	

Birinci basamak hekimlerine yöneltilen ‘Yenidoğan bebeğe D vitamini ne zaman hangi dozda başlanmalıdır?’ sorusuna, SAHU asistanlarının %76,5’i, tam zamanlı AHU asistanlarının %68,2’si, AHU’ların %62,3’ü, Aile hekimlerinin %50,7 si doğumdan itibaren 400 IU cevabını işaretlemiştir. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,0001) (Tablo 25). Tüm hekimlerin %62,2 si doğru cevabı işaretlerken %31,4 ü 15.gün 400IU cevabını işaretleyerek en yüksek yanlış cevabı vermiştir (Şekil 25).

Tablo 25 Görev Tanımına Göre Yenidoğan Bebeğe D Vitamini Başlama Zamanı ve Dozu Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

Görev tanımına göre yenidoğan bebeğe D vitamini ne zaman hangi dozda başlanır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	131 (68,2)	61 (31,8)	192 (33,1)	
SAHU	62 (76,5)	19 (23,5)	81 (14)	p<0,0001
AHU	66 (62,3)	40 (37,7)	106 (18,3)	
Aile hekimi	102 (50,7)	99 (49,3)	201 (34,7)	

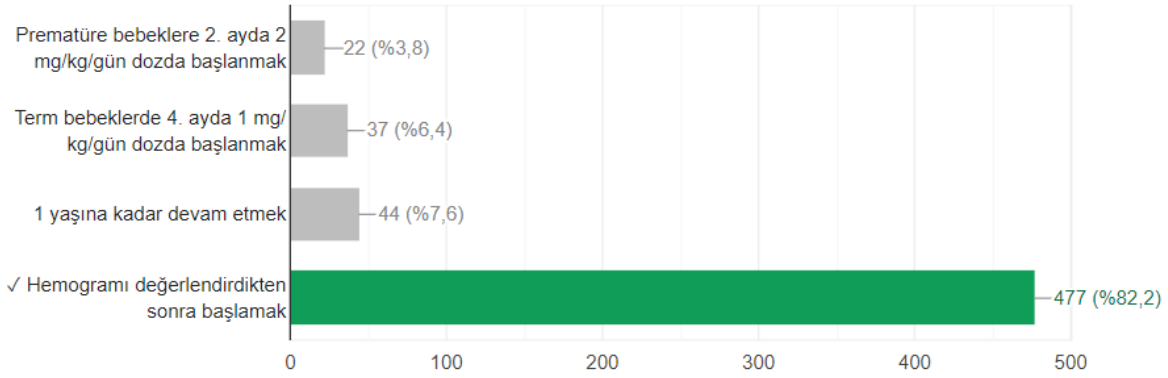


Şekil 24 Katılımcıların 'Yenidoğan Bebeğe D Vitamini Ne Zaman Hangi Dozda Başlanır? Sorusuna Verilen Yanıtlar

Ankete katılan hekimlere yöneltilen 'Demir proflaksisi hakkında yanlış bilgiyi işaretleyiniz' sorusuna SAHU asistanları %90,1 ile en yüksek doğru yanıtını vermiştir. Doğru cevaplama yüzdeleri sırasıyla AHU %89,6, Aile hekimleri %81,6, tam zamanlı AHU asistanları %75,5 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,004). Tüm hekimlerin %82,2'si hemogramı değerlendirdikten sonra başlamak yanlış şıkkını işaretleyerek soruya doğru yanıt vermiştir (Şekil 26).

Tablo 26 Görev Tanımına Göre Demir Profilaksisi Hakkında Bilgi Düzeyi

Görev tanımına göre demir profilaksisi hakkında bilgi düzeyi	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	145 (75,5)	47 (24,5)	192 (33,1)	
SAHU	73 (90,1)	8 (9,9)	81 (14)	p=0,004
AHU	95 (89,6)	11 (10,4)	106 (18,3)	
Aile hekimi	164 (81,6)	37 (18,4)	201 (34,7)	



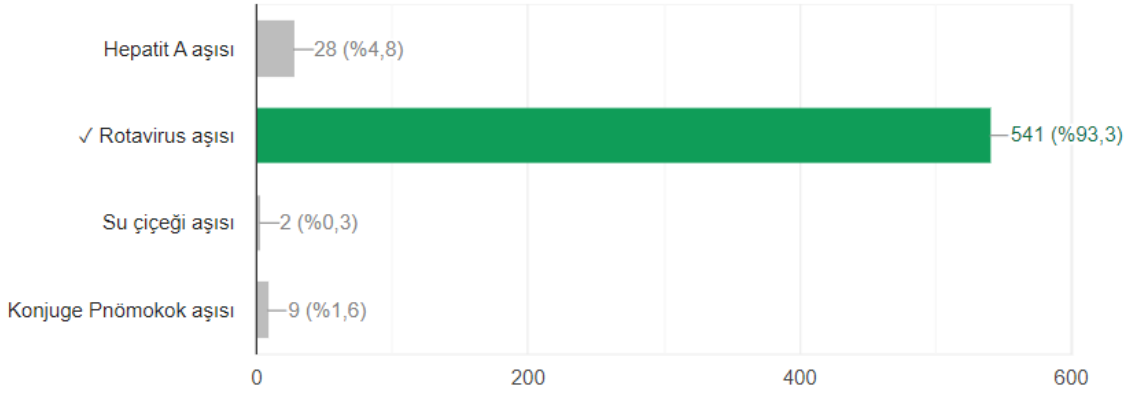
Şekil 25 Demir Profilaksisi Hakkında Bilgi Düzeyi

Ankette yer alan bir diğer soru ‘Ulusal Aşı Takviminde yer almayan aşı hangisidir?’ olup görev tanımına göre doğru cevaplama yüzdeleri SAHU %98,8, Aile hekimleri %97, AHU %93,4, tam zamanlı AHU asistanları %87 idi. Görev tanımına göre ayrılan gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur($p<0,0001$). Ayrıntılı durumlar Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27 Görev Tanımı Göre Ulusal Aşı Takviminde Yer Almayan Aşılar Bilgi Düzeyi

Görev tanımına ve ulusal aşı programına göre aşı programında bulunmayan aşı hangisidir	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	167 (87)	25 (13)	192 (33,1)	
SAHU	80 (98,8)	1 (1,2)	81 (14)	p<0,0001
AHU	99 (93,4)	7 (6,6)	106 (18,3)	
Aile hekimi	195 (97)	6 (3)	201 (34,7)	

Tüm hekimlerin %93,3 ü Rotavirüs aşısı şıkkını işaretleyerek doğru cevap vermiştir. En yüksek oranda yanlış cevap Hepatit A aşısı (%4,8) olmuştur (Şekil 27).



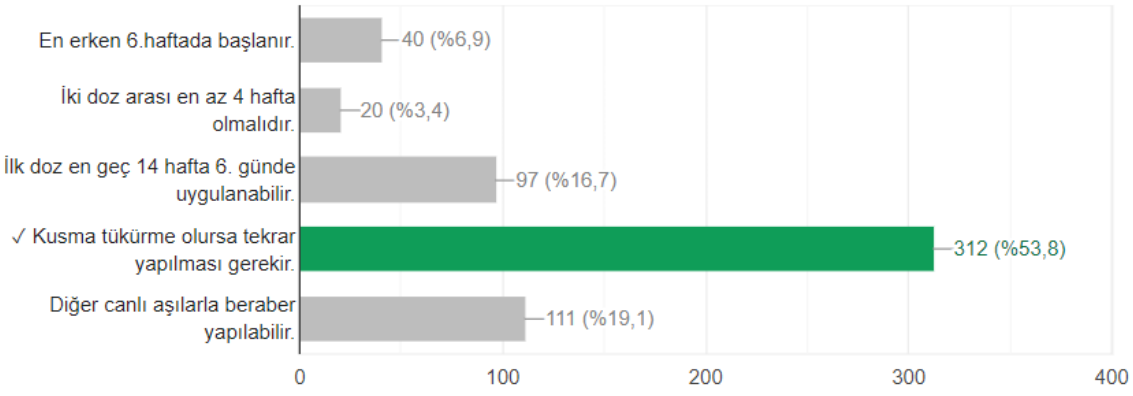
Şekil 26 'Ulusal Aşı Programına Göre Aşı Programında Bulunmayan Aşı Hangisidir?' Sorusuna Verilen Cevaplar

Rotavirüs aşısı hakkında yanlış bilgiyi sorgulayan bir diğer anket sorusuna göre AHU %59,4, Aile hekimleri %55,7, SAHU asistanları %51,9, AHU asistanları %49,5 oranında doğru cevap vermişlerdi. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,359).

Tablo 28 ‘Görev Tanımına Göre Rotavirüs Aşısı Hakkında Hangisi Yanlıştır?’ Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

Görev tanımına göre rotavirüs aşısı hakkında hangisi yanlıştır?	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	95 (49,5)	97 (50,5)	192 (33,1)	p=0,359
SAHU	42 (51,9)	39 (48,1)	81 (14)	
AHU	63 (59,4)	43 (40,6)	106 (18,3)	
Aile hekimi	112 (55,7)	89 (44,3)	201 (34,7)	

Ankete katılan tüm hekimler işaretlediği şıklara göre değerlendirildiğinde; %53,8 oranında ‘Kusma tükürme olursa tekrar yapılması gerekir.’ şıkkını işaretleyerek soruyu doğru yanıtlamıştır. ‘Diğer canlı aşılarla beraber yapılabilir.’ şıkkı %19,1 yüzdesiyle en yüksek oranda yanlış yapılan bilgi olmuştur (Şekil 28).



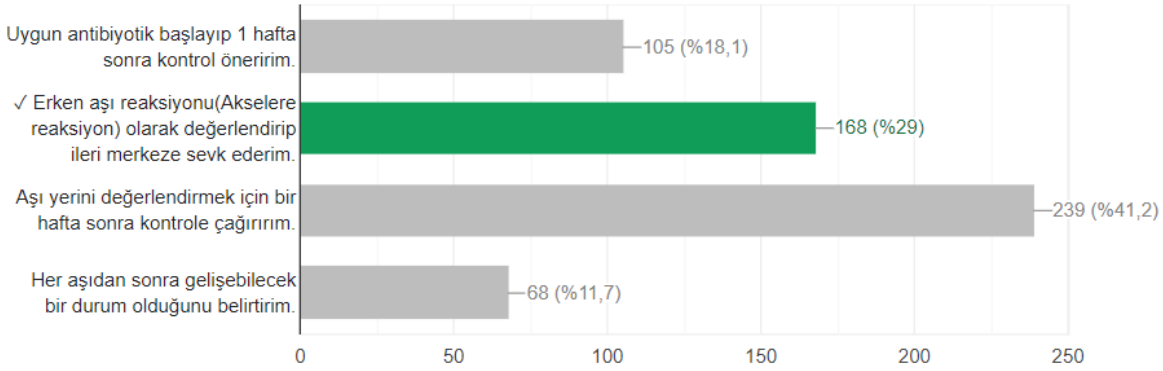
Şekil 27 Rotavirüs Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi

İki aylık bebek BCG aşısı sonrası 3. günde aşı yerinde akıntı şişlik ülserasyon gelişen vakaya yaklaşım sorusuna verilen yanıtlar görev tanımına göre karşılaştırıldığında AHU asistanları %34,9, Aile hekimleri %28,4, AHU %23,6, SAHU %23,5 oranında doğru yanıt vermişti. Tablo 29'da gösterildiği gibi gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı (p=0,111).

Tablo 29 Görev Tanımı ile BCG Aşısı Sonrası 3.Gün Aşı Yerinde Akıntı Şişlik Ülserasyon Gelişen Vakaya Yaklaşımla İlgili Yanıtların Karşılaştırılması

Görev tanımına göre vaka sorusuna yaklaşım	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	67 (34,9)	125 (65,1)	192 (33,1)	
SAHU	19 (23,5)	62 (76,5)	81 (14)	p=0,111
AHU	25 (23,6)	81 (76,4)	106 (18,3)	
Aile hekimi	57 (28,4)	144 (71,6)	201 (34,7)	

Ankette yer alan vaka sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde 'Erken aşı reaksiyonu olarak değerlendirip ileri merkeze sevk ederim.' doğru cevabını hekimlerin %29 u işaretlemiştir. En yüksek yanlış yanıt %41,2 oranla 'Aşı yerini değerlendirmek için bir hafta sonra kontrole çağırırım.' olmuştur (Şekil 29).

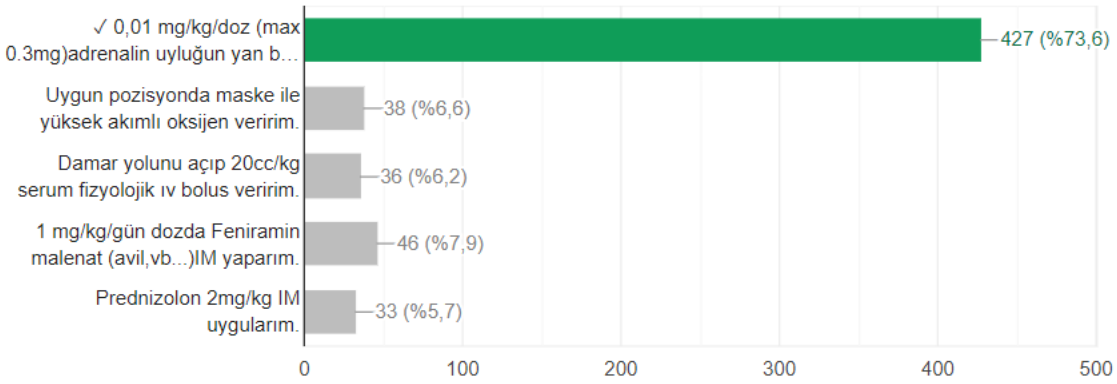


Şekil 28 İki Aylık Bebek BCG Aşısı Sonrası 3. Gün Aşı Yerinde Akıntı Şişlik Ülserasyon Oluşan Vaka Sorusuna Verilen Cevaplar

‘1 yaş sağlıklı bebek ASM de aşı yapıldıktan 5 dakika sonra vücutta kızarıklık, döküntü, göz kapağında şişlik gelişen hasta için aile sağlığı elamanınız 112 sağlık ekibini ararken hastaya ilk yaklaşımınız nasıl olmalıdır?’ sorusuna tam zamanlı AHU asistanları %79,2, SAHU asistanları %79, AHU %72,6 ve Aile hekimleri %66,7 oranında ‘0,01 mg/kg/doz adrenalin uyluğun yan bölgesinden uygularım.’ doğru yanıtını işaretlemiştir. Verilen şıklar arasında %7,9 ile en yüksek oranda yanlış cevaplanan bilgi ‘1 mg/kg/gün dozda Feniramin malenat (Avil,vb..) IM yaparım.’ oldu. Görev tanımına göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,025). Ayrıntılı durumlar Tablo 30 ve Şekil 30’da gösterilmiştir.

Tablo 30 Görev Tanımı ile Aşı Sonrası Anaflaksi Gelişen Vakaya Yaklaşım Arasındaki İlişki

Görev tanımına göre 1 yaş sağlıklı bebek aşı sonrası 5. Dakikada anafilaksi	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	152 (79,2)	40 (20,8)	192 (33,1)	p=0,025
SAHU	64 (79)	17 (21)	81 (14)	
AHU	77 (72,6)	29 (27,4)	106 (18,3)	
Aile hekimi	134 (66,7)	67 (33,3)	201 (34,7)	

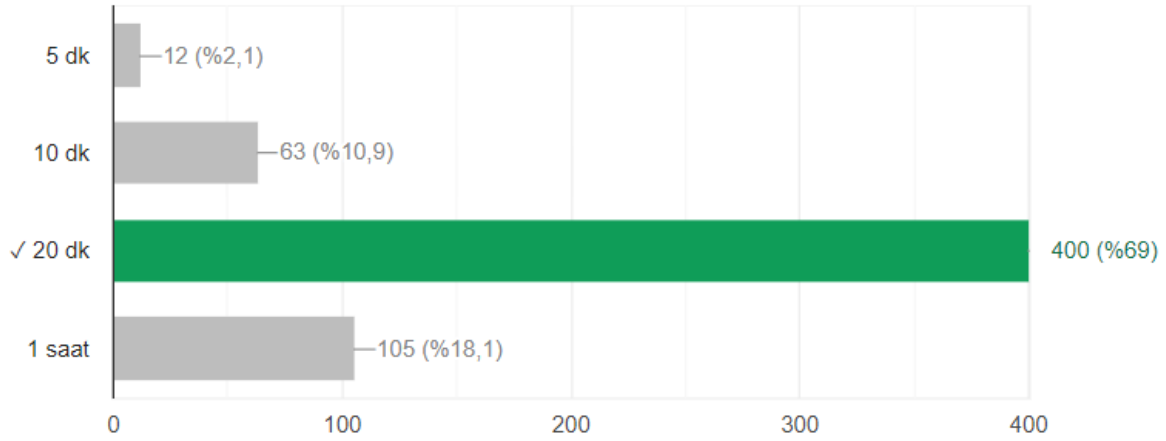


Şekil 29 Hekimlerin 1 Yaş Sağlıklı Bebekte Aşı Sonrası 5. Dakikada Anafilaksi Gelişmesi Durumuna Yaklaşımı

Ankete katılan birinci basamak hekimlerine yöneltilen aşı sonrası hastaların anaflaksi riski açısından takip edilmesi gereken süre ile ilgili soru %69 oranında doğru cevaplanmıştır. AHU %76,4 ile en yüksek oranda doğru yanıt veren grup olmuştur. SAHU %72,8, Aile hekimleri %69,7 Tam zamanlı AHU asistanları %62,5 oranında doğru yanıt vermiştir. En yüksek oranda yanlış cevap 1 saat (%18,1) olarak işaretlenmiştir (Tablo 31 ve Şekil 31).

Tablo 31 Görev Tanımına Göre Aşı Uygulaması Sonrası Hastalar Anaflaksi Riski Açısından Takip Süresi Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

Görev tanımı ile aşı sonrası anaflaksi riski açısından takip süresi	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	120 (62,5)	72 (37,5)	192 (33,1)	p=0,068
SAHU	59 (72,8)	22 (27,2)	81 (14)	
AHU	81 (76,4)	25 (23,6)	106 (18,3)	
Aile hekimi	140 (69,7)	61 (30,3)	201 (34,7)	



Şekil 30 Ankette Yer Alan 'Aşı Sonrası Anaflaksi Riski Açısından Ne Kadar Süre Takip Edilmelidir?' Sorusuna Verilen Cevaplar

Aşılama öncesi çocuğa, anne babaya ya da bakım veren kişiye sorulması gereken tarama soruları hakkında bilgi düzeyi ile görev tanımına göre ayrılan gruplar kıyaslandığında doğru yanıt oranları SAHU asistanları %84, Tam zamanlı AHU asistanları %78,1, AHU %77,4, Aile hekimleri %67,2 idi. Tüm gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark çıkmıştır (p=0,010) (Tablo 32).

Tablo 32 Görev Tanımı ile Aşılama Öncesi Sorulması Gereken Tarama Soruları Hakkında Bilgi Düzeyi Karşılaştırılması

Görev tanımına göre aşılama öncesi bakım verene sorulması gereken sorular	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	150 (78,1)	42 (21,9)	192 (33,1)	
SAHU	68 (84)	13 (16)	81 (14)	p=0,010
AHU	82 (77,4)	24 (22,6)	106 (18,3)	
Aile hekimi	135 (67,2)	66 (32,8)	201 (34,7)	

Ankete katılan hekimlerin büyüme gelişmeyi değerlendirmek için kullanılan parametreler hakkında bilgi düzeyi incelendiğinde; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi, kol çevresi ölçümü, vücut bölümlerinin birbirine oranı, deri kıvrım kalınlığı, vücut kitle indeksi maddelerinin tamamını işaretleyen hekimler arasında Aile hekimleri %38,3, Tam zamanlı AHU asistanları %33,9 AHU %31,1 SAHU %28,4 idi. Ayrıntılı değerlendirme Tablo 33'de verilmiştir.

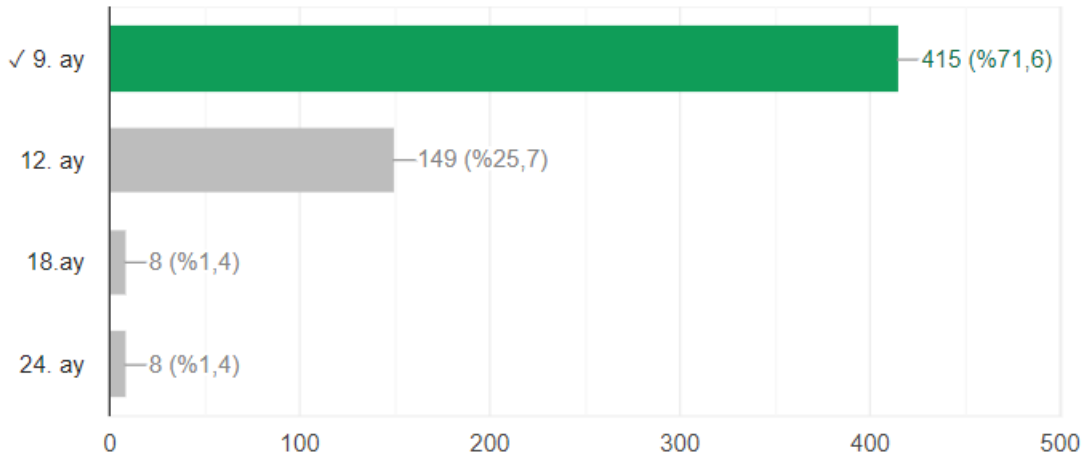
Tablo 33 Büyüme Gelişmeyi Değerlendirmek için Kullanılan Parametreler Hakkında Bilgi Düzeyi ile Görev Tanımı Karşılaştırılması

Görev tanımına göre büyüme gelişme değerlendirilirken nelere bakılır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	65 (33,9)	127 (66,1)	192 (33,1)	
SAHU	23 (28,4)	58 (71,6)	81 (14)	p=0,365
AHU	33 (31,1)	73 (68,9)	106 (18,3)	
Aile hekimi	77 (38,3)	124 (61,7)	201 (34,7)	

Hekimlere 'ASM de hemoglobin değerine ilk ne zaman bakılmalıdır?' sorusu yöneltildi. Hekimlerin %71,6' sı '9.ay' seçeneğini işaretleyerek doğru cevap verirken %25,7 oranında'12. ay', %1,4 oranında '18.ay', %1,4 oranında'24.ay'seçeneklerini işaretledikleri görüldü. Görev tanımına göre AHU %76,4, SAHU %72,8, Aile hekimleri %69,7, tam zamanlı AHU asistanları %62,5 oranında doğru yanıt vermiştir. Gruplar arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır(p=0,068) (Tablo 34 -Şekil 32)

Tablo 34 Görev Tanımına Göre ASM'de Bebeğin Hemoglobin Değerine İlk Bakılma Zamanı Sorusunun Yanıtlarının Kıyaslaması

Görev tanımına göre ASMde hemoglobin ilk ne zaman bakılır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	120 (62,5)	72 (37,5)	192 (33,1)	
SAHU	59 (72,8)	22 (27,2)	81 (14)	p=0,068
AHU	81 (76,4)	25 (23,6)	106 (18,3)	
Aile hekimi	140 (69,7)	61 (30,3)	201 (34,7)	

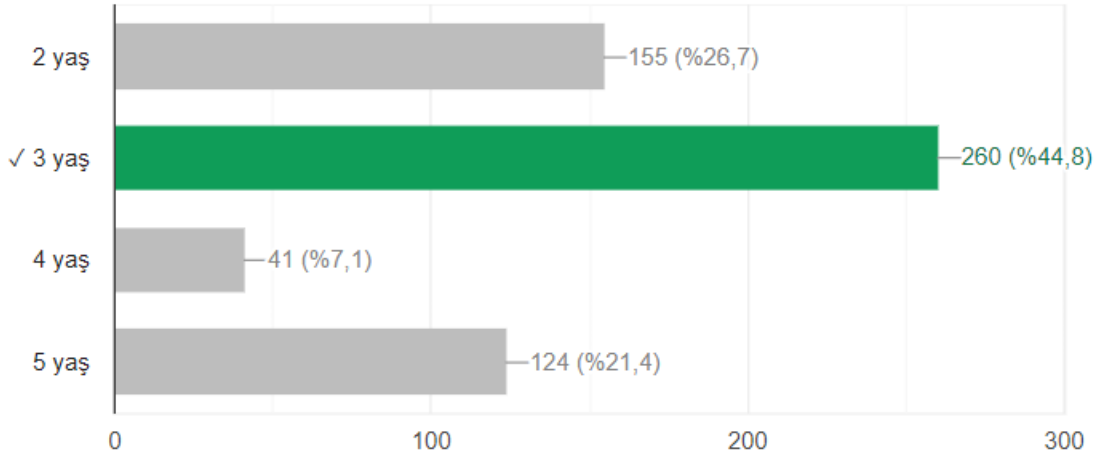


Şekil 31 'ASM'de Hemoglobin İlk Ne Zaman Bakılır?' Sorusu Bilgi Düzeyi

Ankete katılan hekimlere 'Hipertansiyon taraması için kaç yaşından itibaren yılda bir kez bakılmalıdır?' diye soruldu. Doğru cevap olan '3 yaş' yanıtını hekimlerin %44,8'i işaretlerken %26,7'si '2 yaş', %21,4'ü '5 yaş', %7,1'i '4 yaş' olarak yanıtladı. Görev tanımına göre ayrılan gruplar incelendiğinde Tam zamanlı AHU asistanları %55,7 oranında, AHU %52,8 oranında, SAHU %51,9 oranında, Aile hekimleri %39,8 oranında doğru yanıtlamıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,011) (Tablo 35-Şekil 33).

Tablo 35 Görev Tanımına Göre HT Taraması Sorusuna Yanıtların Karşılaştırılması

Görev tanımına göre HT taraması kaç yaşından itibaren yılda bir kez yapılır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	107 (55,7)	85 (44,3)	192 (33,1)	
SAHU	42 (51,9)	39 (48,1)	81 (14)	p=0,011
AHU	56 (52,8)	50 (47,2)	106 (18,3)	
Aile hekimi	80 (39,8)	121 (60,2)	201 (34,7)	



Şekil 32 'HT Taraması Kaç Yaşından İtibaren Yılda Bir Kez Yapılır?' Sorusu Bilgi Düzeyi

Ankette yer alan diğer bir soru, 2 yaş sonrası dislipidemi taraması gerektiren risk faktörleri bilgi düzeyi sorgulandığında Aile hekimleri tüm maddeleri işaretleyerek en yüksek oranda (%48,8) doğru yanıtlayan grup olmuştur. SAHU %46,9 Tam zamanlı AHU asistanları %44,3 AHU %37,7 oranında doğru yanıt vermiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır(p=0,312) (Tablo 36).

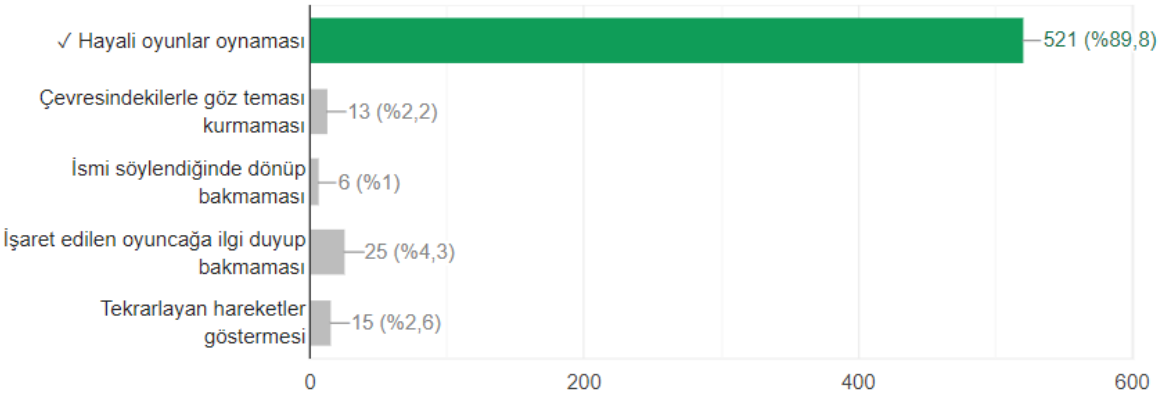
Tablo 36 Görev Tanımına Göre Dislipidemi Taraması Sorusuna Yanıtların Karşılaştırılması

Görev tanımına göre dislipidemi taraması	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	85 (44,3)	107 (55,7)	192 (33,1)	p=0,312
SAHU	38 (46,9)	43 (53,1)	81 (14)	
AHU	40 (37,7)	66 (62,3)	106 (18,3)	
Aile hekimi	98 (48,8)	103 (51,2)	201 (34,7)	

‘Hangisi Otizm Spektrum Bozukluğunun erken tanısında kullanılan gözlem bulgularından değildir?’ sorusuna hekimlerin %89,8’i ‘Hayali oyunlar oynaması’ doğru cevabını işaretlemiştir. Görev tanımına göre SAHU asistanları %93,8 ile en yüksek doğru cevap veren grup olmuştur. Sırasıyla AHU asistanları %89,6 Aile hekimleri %89,1 AHU %88,7 oranında doğru yanıtlamıştır. İstatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,634) (Tablo 37- Şekil 34).

Tablo 37 Görev Tanımına Göre Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Tanısında Kullanılan Gözlem Bulguları Bilgi Düzeyi

Görev tanımına göre otizm spektrum bozukluğu erken bulgusu olmayan	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	172 (89,6)	20 (10,4)	192 (33,1)	p=0,634
SAHU	76 (93,8)	5 (6,2)	81 (14)	
AHU	94 (88,7)	12 (11,3)	106 (18,3)	
Aile hekimi	179 (89,1)	22 (10,9)	201 (34,7)	
Toplam	521 (89,8)	59 (11,2)	580 (100)	

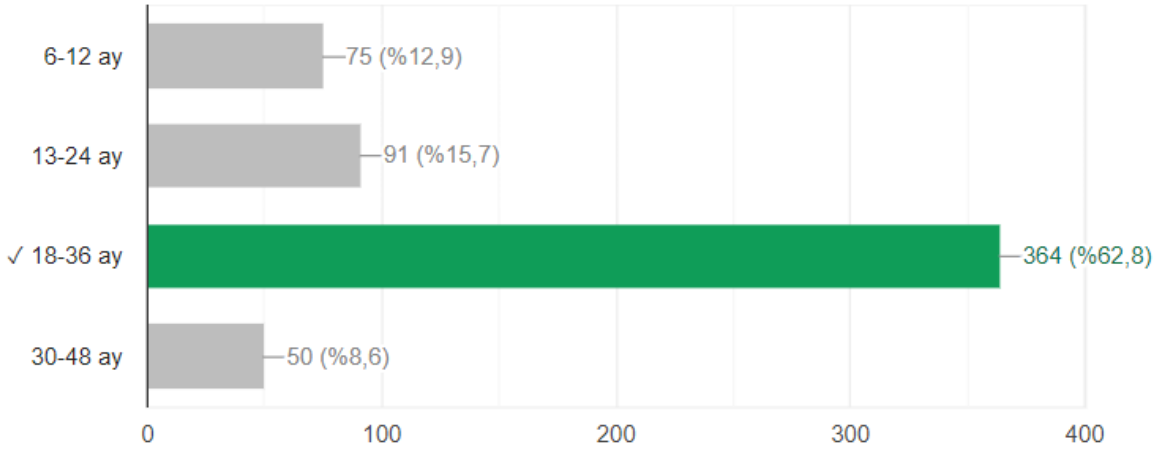


Şekil 33 Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Tanısında Kullanılan Gözlem Bulguları

Sağlık Bakanlığı İzlem Rehberine göre OSB tarama testini 18-36 ay aralığında en az bir kez yapılması gerekliliğini SAHU asistanları %81,5 ile en yüksek oranda doğru yanıt vermiştir. Görev tanımına göre sınıflandırılan gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark çıkmıştır (p<0,0001) (Tablo 38). Şekil 35'de yer alan ayrıntılı grafiğe göre tüm hekimlerin %62,8'i doğru yanıtladığı görülmektedir.

Tablo 38 Görev Tanımı ile Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Testi Hangi Aylar Arasında Yapıldığı Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

Görev tanımına göre otizm spektrum bozukluğu tarama testi hangi aylarda yapılmalıdır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	92 (47,9)	100 (52,1)	192 (33,1)	p<0,0001
SAHU	66 (81,5)	15 (18,5)	81 (14)	
AHU	71 (67)	35 (33)	106 (18,3)	
Aile hekimi	135 (67,2)	66 (32,8)	201 (34,7)	



Şekil 34 Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Testi Hangi Aylar Arasında En Az Bir kez Yapılması Gerekir? Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

Ankette hekimlerin muayene sırasında fiziksel istismar şüphesi uyandıran yaralanmaların işaretlenmesi istenmiş olup %88,9 oranı ile SAHU asistanları en yüksek oranda doğru yanıtladı. Sırasıyla AHU asistanları %78,5 AHU %77,4 Aile hekimi %70,1 oranında doğru yanıt verdi. Görev tanımına göre kıyaslandığında p=0,007 ile gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Ayrıntılı yüzdeler Tablo 39 'da verilmiştir.

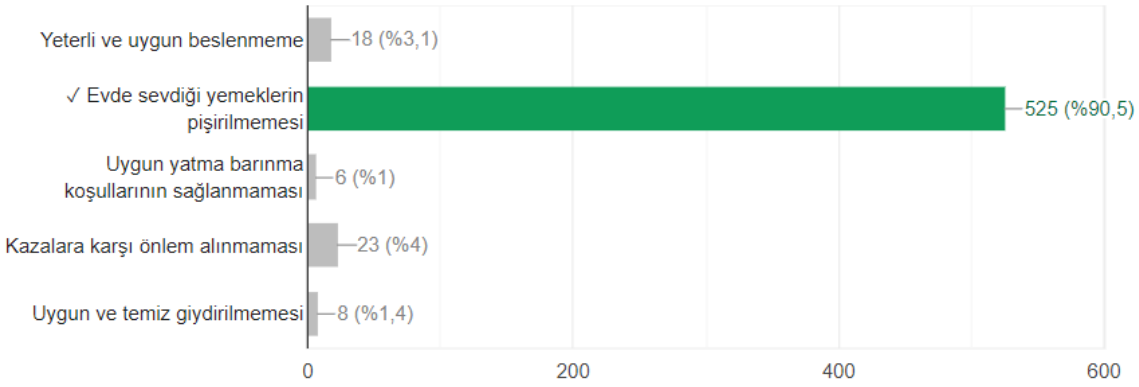
Tablo 39 Görev Tanımına Göre Muayene Sırasında Fiziksel İstismar Şüphesi Uyandıran Yaralanmaların Farkındalığı ile Karşılaştırılması

Görev tanımına göre hangi durumlarda istismar şüphesi vardır	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	150 (78,5)	41 (21,5)	192 (33,1)	p=0,007
SAHU	72 (88,9)	9 (11,1)	81 (14)	
AHU	82 (77,4)	24 (22,6)	106 (18,3)	
Aile hekimi	141 (70,1)	60 (29,9)	201 (34,7)	

Ankete katılan hekimlere 'Aşağıdakilerden hangisi fiziksel ihmal değildir?' sorusu yöneltildi. Fiziksel ihmal durumlarından olmayan 'Evde sevdiği yemeklerin pişirilmemesi' doğru cevabını AHU %95,3 ile en yüksek oranda yanıtlamıştır. Tam zamanlı AHU asistanları %91,1 SAHU asistanları %88,9 Aile hekimleri %88,1 oranında doğru yanıt vermiştir. Tüm hekimlerin %90,5 i soruyu doğru yanıtlamıştır (Şekil 36-Tablo 40).

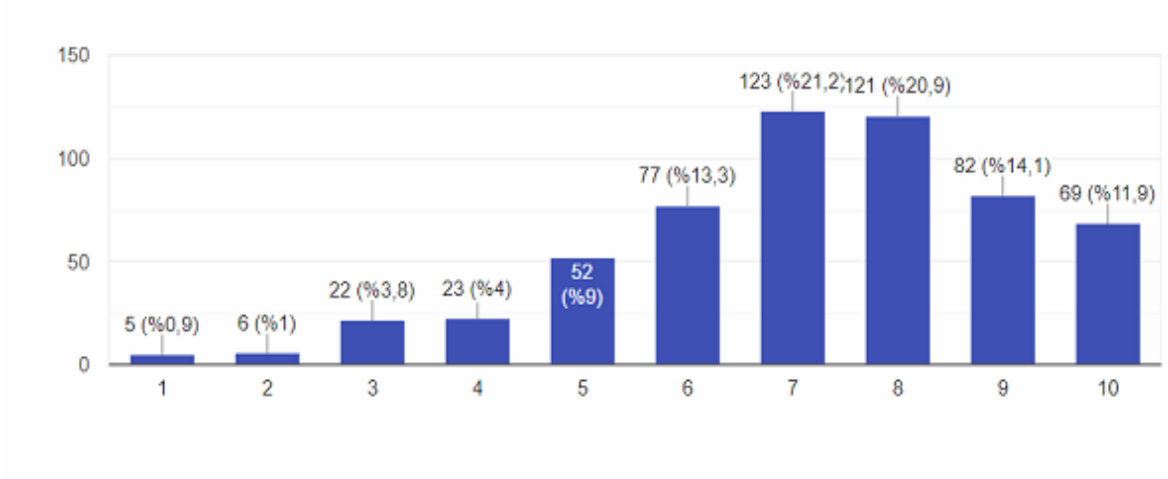
Tablo 40 Görev Tanımı ile Fiziksel İhmal Hakkında Bilgi Düzeyi Karşılaştırması

Görev tanımına göre hangisi fiziksel ihmal değildir	Doğru Sayı (%)	Yanlış Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı	175 (91,1)	17 (8,9)	192 (33,1)	
SAHU	72 (88,9)	9 (11,1)	81 (14)	p=0,207
AHU	101 (95,3)	5 (4,7)	106 (18,3)	
Aile hekimi	177 (88,1)	24 (11,9)	201 (34,7)	



Şekil 35 Fiziksel İhmal Hakkında Bilgi Düzeyi

Ankete katılan hekimlerden çocuk sağlığı izlemi ile ilgili eğitim ihtiyacını nasıl değerlendirdikleri sorusunu eğitim ihtiyacına göre 1 ile 10 arasında puan vermeleri istendi. Çalışmaya katılan hekimlerin verdiği yanıtlar ayrıntılı olarak Şekil 37'da verilmiştir.



Şekil 36 ‘Çocuk Sağlığı İzlem ile İlgili Eğitim İhtiyacınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?’ Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Çocuk sağlığı izlemi birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmakta olup aile hekimliğine verilen önemli bir sorumluluktur (2). Yapmış olduğumuz bu çalışmada Türkiye genelinde birinci basamak hekimlerinin ilk 5 yaş çocuk sağlığı izlemi hakkındaki bilgi tutum ve davranışları değerlendirildi. Bizim çalışmamıza benzer puanlandırma sistemi kullanılmış olan Yılmaz ve arkadaşlarının Ankara ilinde yapmış oldukları çalışmada 21 soru 21 puan şeklinde değerlendirilirken bizim çalışmamızda 580 katılımcıya yöneltilen 36 soruluk anket neticesinde puanlandırma sistemi yapılmış olup katılımcıların cevaplarına göre tüm sorulara doğru yanıt veren kişiler 34 puan alabilirdi. Bizim çalışmamızda ortalama puan 22,98 ± 3,738 iken Yılmaz ve ark'larının çalışmasında 13,5±3,2 idi. Bizim çalışmamızda tam puan alan yokken, diğer çalışmada 7 kişi tam puan almıştı (107). Çocuk sağlığı izlemi bilgi düzeyi ile ilgili diğer bir çalışmada 21 soru için 21 puan üzerinden değerlendirme sonucu ortalama puan 7,32±2,63 idi (107). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara paralel olarak Aile hekimlerinin bilgi düzeylerini belirleyen puanların beklenilenden daha düşük olduğu görüldü. Bunun nedeni olarak uzmanlık eğitimi sırasında ve kurum içi eğitimlerde çocuk sağlığı izlemi konusuna yeterince yer verilmediği söylenebilir.

Türkiye geneli 580 hekime yapılan çalışmamızda katılımcıların 303'ü (%52,2) kadın, 277'si (%47,8) erkek, 399'u (%68,8) evli, 181'i (%31,2) bekar idi. Çalışmamızda medeni durum ile puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkarken literatürdeki diğer çalışmalarda cinsiyete göre ve medeni duruma göre puanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ((108),(107)). Bizim çalışmamızda farklı çıkmasını çocuk sağlığı izlemine ilgi düzeyinin artmasına bağladık.

Çalışmamızda ankete katılan hekimlerin görev tanımı ile puan kıyaslaması yapıldı. Yapılan anket üzerinden alınan puanlara bakıldığında sahada görev alan pratisyen aile hekimleri ile sahada görev alan SAHU asistanları ve AHU arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,0001$). Yine AHU asistanları ile pratisyen Aile hekimleri arasında istatistiksel açıdan fark vardır ($p=0,013$). Bu durum ile uzmanlık eğitimi alan hekimlerin çocuk sağlığı izlemi hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.Yılmaz ve ark'nın Ankara ilinde Aile hekimlerine yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak bilgi düzey toplam puanları ile ünvanları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır ($p=0,110$) (107).

Daha önce sağlam çocuk izlemi ile ilgili seminer, kurs veya online eğitim alanların aldıkları

ortalama puan 22,22 iken herhangi bir eğitim almayanların ortalama puanı 23,60 olması oldukça dikkat çekici idi. Sağlam çocuk izlemi ile ilgili eğitim almış olmanın bilgi düzeyinde olumlu bir etkisi olmadığı görüldü. Bu durum eğitim sıklığının ve içeriğinin zenginleştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Literatürdeki diğer bir çalışmada Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerine sağlam çocuk izlemi hakkında uygulanan anket çalışmasında Pediatri stajı yapmanın sağlam çocuk izlemi bilgi düzeyinde olumlu bir etkisi olmadığı görüldü (p=0,987) (108).

Çalışmamızda Aile hekimlerinin poliklinik uygulamalarında 0-5 yaş grubu hasta ile 'her zaman' karşılaştıklarını ifade etmesi, 0-18 yaş grubunun dahil edildiği çocuk sağlığı izleminin birinci basamakta aile hekimleri için çok önemli olduğunu göstermektedir. Ancak çalışmamızda ankete katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun çocuk sağlığı izleminin 0-5 yaş aralığını kapsadığını belirtmesi dikkat çekici bir sonuç oldu. Yılmaz ve ark'nın çalışmasında bizim çalışmamıza paralel olarak yakın sonuçlar verilmiştir. Katılan hekimlerin %21,5'i sağlam çocuk izleminin 0-18 yaş aralığını kapsadığını bilirken %63,4'ü ise 0-5 yaş olarak biliyordu (107). Amerika verilerine göre infant dönemde çocuk sağlığı izlemine getirilenlerin oranı, okul öncesi dönemde çocuk sağlığı izlemine getirilenlerin 5 katı, okul çağındaki çocukların 3 katı olarak bulunmuştur (109). Topal ve ark"nın 0-6 yaş arası 3025 çocuk ile yaptığı çalışmada sağlıklı olduğu dönemde izlem için 12 ay içinde hekime başvurma oranı %30,5 olarak görüldü. Ülkemizde 18 yaşın altındaki tüm çocukların SGK kapsamında olup tüm masrafları kurum tarafından karşılanmakta olmasına rağmen, çocukların sağlıklı olduğu dönemde hekime kontrol amaçlı olarak getirilme oranı oldukça düşüktür (110). Goedken ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir diğer çalışmaya göre ailelerin aşılama dışında bir sorun olmadıkça hekime gitmenin gerekmediğine inanmaları da çocuk sağlığı izleminin eksiksiz yapılmasını etkileyen diğer faktörlerden olduğu görülmüştür (111). Uddin ve ark"nın yaptığı çalışmada hekime başvuran toplam 171 milyon kişi incelendiğinde izlem için 1-5 yaş arası %74, 6-11 yaş arası %31, adolesan dönemi 12-17 yaş arasında bu oran %29 olduğu görülmüştür (112). Çalışmamıza göre Aile hekimlerinin belli bir kısmının 6-18 yaş grubundaki hastaların takibini düzenli yapmadığı kanaatine varılabilir.

Yenidoğan döneminde topuk kanında taranan hastalıklar (Fenilketonüri, Kistik Fibrozis, Biyotinidaz Eksikliği, Konjenital Adrenal Hiperplazi, Konjenital Hipotiroidi, SMA) erken tanı alıp tedavi edilmediği takdirde ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olmalarından dolayı halk sağlığı tehdidi oluşturmaktadır. Konjenital Adrenal Hiperplazi taraması ve SMA taraması 2022 itibariyle Yenidoğan Tarama Programına dahil edildiğinden dolayı anket

çalışmamızda bilgi düzeyi değerlendirilemedi. Aile hekimlerinin büyük çoğunluğu topuk kanı alınma zamanını doğru bilirken (%86,2), hangi hastalıklar açısından tarama yapıldığı konusunda Fenilketonuri taramasını (%100) tamamı işaretlemiş olup Kistik Fibrozis taraması (%89,8) en az sayıda bilinen tarama oldu. Literatürdeki diğer çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak en yüksek oranda Fenilketonuri ve Konjenital Hipotroidi taramaları bilinmişti. Bu durumun ortaya çıkmasında KF hastalığının tarama programına sonradan (01.01.2015 tarihinde) eklenmesinin etkili olduğu söylenebilir. Topuk kanında yapılan taramaların çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından bilinmesi, taramaların düzenli olarak takip edilebildiği kanaatini vermektedir. Bu duruma İlçe Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri (ÇEKÜS) biriminin takipleri de katkı sağlamaktadır.

Amerikan Pediatrik Oftalmoloji Birliği ile Amerikan Oftalmoloji Akademisi yenidoğana genel göz muayenesi ve kırmızı refle testinin uygulanmasını önermektedir (58). Amerikan Aile Hekimliği Akademisi de doğumdan itibaren çocuk sağlığı izlemlerinin tümünde kırmızı refle testinin uygulanmasını önermektedir (113). Yeni Zelanda'da bir çalışmada aile hekimlerinin %98'inin 6. haftada kırmızı refle testini uyguladığı görülmüştür (114). Yıldırım ve ark. 'nın 2009 yılında Van ilinde yaptıkları çalışmada birinci basamak hekimlerin sadece %18'i, yenidoğan dönemi itibariyle yapılması gereken kırmızı refle testini bildiği saptanmıştır (115). Coşkun ve ark'nın Ankara ilinde yaptıkları çalışmada %74,4 oranında kırmızı refle testini ilk yenidoğan döneminde yaptığı saptanmıştır (116). Çalışmamızda ise birinci basamak hekimlerinin %64,8'i kırmızı refle testini en erken yenidoğan döneminde yaptığı saptanmıştır. Görev tanımı-bilgi düzeyi karşılaştırmamızda Aile Hekimliği uzmanları %72,6 ile en yüksek oranda doğru cevaplamış olması, Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin sahaya entegre edilerek yenidoğan, bebek ve çocukluk döneminde rutin göz taramalarında yeterli farkındalık sağlanması amaçlanabilir. Gupta ve ark. yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinde uygulanan oftalmolojik eğitim sonrası bilgi düzeylerinin önemli derecede arttığı saptanması çalışmamızı destekler niteliktedir (117). Çalışmamızda kırmızı refle testinde patolojik muayene bulguları sorgulandığında hekimlerin yarısına yakını beyaz yansıma, yansıma olmaması, asimetrik yansıma, bulanık kırmızı yansıma olarak yanıtladıkları saptanmıştır. Farklı bir çalışmada yenidoğanlarda kırmızı refle ile tarama sonuçlarında patolojik muayene bulguları siyah yansıma, beyaz yansıma, yansıma olmaması ve opasite azalması benzer olarak bulunmuştur (118). Diğer çalışma sonuçlarında saptanan patolojik bulguların bizim çalışmamızda düşük oranda bilinmesi; hekimlerin kırmızı refle testini uygulamak için zaman ayırmamalarına, uygulayan

hekimlerin de oftalmoskop pratiğinde yetersiz olmalarına bağlanabilir.
Ulusal Görme Tarama Programı kapsamında üst basamağa sevk gereken durumlar sorgulandığında hangi hafta (%87,9), ağırlıkta (%86,7) ve aile öyküsü (%89,7) olan bebeklerin göz hastalıkları hekimine yönlendirilmesi gerektiğinin aile hekimlerinin çoğunluğu tarafından doğru olarak bilinmesine rağmen 0-3 ay kırmızı refle testinin pozitif olması (%46,2) durumunun sevk kriterlerinden olduğu bilgisinin düşük oranda bilindiği görüldü. Bu durum da hekimlerin tüm bebeklere izlem sırasında kırmızı refle testi uygulamadıklarını düşündürebilir.
Övet ve ark.'nın çalışmasında 19464 yenidoğanın 1484'sı (%76) birinci basamak işitme tarama testinden geçmiştir (119). Bizim çalışmamıza paralel olarak (%98,1) diğer bir çalışmada işitme taramasının yapılması gereken dönem sorgulandığında %81,4 oranında doğru cevaplandığı görülmüştür (108). İlçe Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki ÇEKÜS biriminin takiplerinde aile hekimlerine, yapılmamış işitme tarama testlerinin belirli aralıklarla her aile hekimliği birimi için geri bildirimi olmaktadır. Bu tür takiplerin sahada aile hekimlerinin bu konular hakkındaki farkındalıklarını arttırdığı söylenebilir. Sadece işitme tarama testinin yapılıp yapılmadığının sorgulanması tek başına yeterli olmadığı gibi bu noktada işitme ile ilgili sorunun erken saptanması, testi geçemeyen hastaların takibinin yapılması bireyin konuşma ve kognitif gelişimi açısından önemli yer tutmaktadır. Bu konuda hekimlere farkındalık oluşturacak ve bilgilerini güncelleyecek eğitimlerin verilmesi faydalı olabilir.
Kutlu ve ark.'ı ortopedik şikayeti olmayan, yaşları 3-24 ay arasında olan 4231 bebekten pozitif muayene bulgusu olan 403 bebeğe yapılan USG sonucu 56 bebekte patoloji saptayarak GKD sıklığını %1,3 olarak ve kız bebeklerin erkeklere göre 3 kat daha fazla etkilendiğini bildirmişlerdir (120). Farklı bir çalışmada altın standart ultrasonografi kabul edilip diğer testlerin ve risk faktörlerinin duyarlılık ve spesifiteleri değerlendirilmiş. Sonuç olarak, fizik muayene bulgularının sensitivitesi %51, spesifitesi %73, Ortolani-Barlow testlerinin sensitivitesi %9, spesifitesi %99, ilk kız çocuk risk faktörü sensitivitesi %37, spesifitesi %63, aile öyküsü sensitivitesi %8, spesifitesi %87 olarak tespit edilmiştir (121).Bizim çalışmamızda GKD taramasında riskli muayene bulguları sorgulanmış olup hekimlerin büyük çoğunluğu (%93,8) doğru yanıtlamıştır. Ancak yapılan diğer bir çalışmada GKD taranmasının öykü ve klinik muayene ile olması gerektiğini katılımcıların yalnızca %4,8'i bilmiştir (108). Bu durum GKD takibinin; riskli muayene bulgularının yüksek oranda bilinmesine rağmen pratikte uygulanmadığını veya anamnez ve FM'den ziyade, kalça USG'si ile yapıldığını düşündürmektedir.

Sağlık Bakanlığının 2011'de 6 ile 17 ay arası 2504 çocukta yaptığı araştırmada; çocukların %26,8'inde D vitamini eksikliği, %66,7'sinde D vitamini yetersizliği saptanmıştır (122). Yılmaz'ın çalışmasında hekimlerin %9,4'ü term yenidoğanda D vitaminin 1. günde başlanması gerektiğini bilirken D vitamini profilaksi dozunun 400 IU olduğunu ise hekimlerin %76,9'u biliyordu. D vitamini profilaksisinin 12. aya kadar devam etmesi gerektiğini bilen sayısı %82,1 idi (107). Diğer bir çalışmada da katılımcıların %51'inin D vitamini profilaksi dozunun 400 IU/gün olarak bildiği görüldü (108). Bizim çalışmamızda hekimlerin yarısından fazlası doğumdan itibaren 400IU dozda proflaksi başlanması gerektiğini biliyordu. Ancak hekimlerin %31,4'ü dozu doğru bilmesine rağmen başlangıç zamanını yanlış biliyordu. Buna istinaden bu konunun biraz daha güncel literatür bilgisi ışığında irdelenmesinin gerektiği düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda görev tanımı ile D vit. proflaksi bilgi düzeyi karşılaştırmasında; SAHU asistanlarının en yüksek oranda doğru yanıt vermesi ile gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. SAHU asistanlarının D vit proflaksi bilgi düzeyinin daha yüksek olması ASM'de çalışırken günlük pratikte çokça karşılaşmaya bağlanabilir.

Çağlar ve ark'nın yaptığı çalışmada 654 bebek katılımcının 331'ine 4.aydan itibaren 1 mg/kg/gün demir profilaksisi verilmiş 323 bebeğe verilmemiş 12.ay sonunda yapılan değerlendirmede demir destekli grupta anemi oranı %5,43 iken demir desteksiz grupta %13,9 oranında olduğu gözlenmiş(123). Farklı bir çalışmada aile hekimlerinin %85,3'ü 4.ayda demir profilaksisinin başlanması gerektiğini, %83,2'si de ilk hemoglobin değerine 9. ayda bakılması gerektiğini bilmiştir (107). Çalışmamızda birinci basamak hekimlerinin büyük çoğunluğunun demir proflaksisi hakkında bilgi düzeyi yüksekti. Bu anket sorumuzda da gruplara göre irdelediğimizde SAHU asistanları en yüksek doğru yüzdeliğini oluşturmuştur. Bu da hekimlikte bilginin pratik uygulamayla ilişkisinin bir göstergesi olabilir.

Büyüme ve gelişmeyi değerlendirmek, çocuk sağlığı izleminin önemli bileşenlerinden biridir. Büyüme geriliği erken tespit edilirse kalıcı değişikliklere (bilişsel gelişmede gerilik, öğrenme güçlüğü, davranış bozuklukları, dil gelişimi ve okuma yaşında gerileme gibi) yol açması engellenebilir. Ankara'da Çelik ve ark'nın çalışmalarına göre takip edilen 739 çocuğun sadece 290'ının (%39,3) başladığı persentilde normal büyümeye devam ettiği, 188'inde (%25,4) herhangi bir ayda 2 ve daha fazla persentilde gerilik gözlenmiştir (124). Bu çalışmada görüldüğü üzere çocuk sağlığı izleminde büyüme parametrelerini değerlendirip persentilleri takip etmek büyük önem arz etmektedir. Bir diğer çalışmada izlemlerde büyüme ve gelişmeyi değerlendirmek için vücut tartısı ve tartı alma hızı, boy

uzunluğu ve boy uzama hızı ve büyüme eğrilerinin kullanıldığını 145 katılımcıdan 38 kişi (%26,2) bilmiştir (108). Bizim çalışmamızda büyüme ve gelişmeyi değerlendirmek için kullanılan parametrelerden (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi, kol çevresi ölçümü, vücut bölümlerinin birbirine oranı, deri kıvrım kalınlığı, vücut kitle indeksi)tümünü işaretleyenler katılımcıların %34,1'i (198 kişisi) olup bu oran ile büyüme geriliği erken tespitinde kullanılan parametreler hakkında bilgi düzeyinin düşük olduğu söylenebilir.
3-18 yaş grubundaki çocuklara muayene ya da izlem için başvuru sırasında yılda en az bir kez kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Literatür incelendiğinde birinci basamak sağlık hizmeti verenlerin sıklıkla kan basıncını ölçmede başarısız olduklarını ve çoğu zaman Hipertansiyonu tanımada yetersiz kaldıklarını göstermektedir (125). Bizim çalışmamıza paralel olarak Yılmaz ve ark'nın yaptığı çalışmada aile hekimlerin yalnızca %39,79'unun bu bilgiye sahip olduğu görülmüştür (107). Bu sonuç hekimlerin büyük çoğunluğunun izlem ya da muayene sırasında kan basıncı ölçümünü ihmal ettiğini göstermektedir. Bu konuda hekimlere bilgi güncelleme eğitimi verilerek farkındalığın artırılması planlanabilir.
Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), belirtilerinin erken çocukluk döneminde başladığı nörogelişimsel bir bozukluktur. Erken tanı ile ekonomik, akademik ve sosyal kazanımların olduğunun gösterilmesi sonucunda yüksek risk grubundaki çocukların tespit edilmesinde ve izlenmesinde Aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. 2015 yılında yapılan bir çalışmada Aile hekimliği asistanlarının OSB ve DEHB hakkındaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (126). Diğer bir çalışmada aile hekimlerinin otizm taramalarını yeterli düzeyde yapmadıkları ve ebeveynlerin büyük çoğunun genel olarak OSB konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir (127). Aydın'da yapılan bir çalışmada OSB taramasında çocukların çevresiyle ve çevresindeki kişilerle ilişki durumunu sorgulayan sorulara ('hayali oyun kurgulayıp oynayabilme (%33,6)', 'ne olduğunu merak ettiği bir şeyi işaret parmağıyla gösterme (%29,8)', 'bir şeyin ilgisini çektiğini belirtmek için işaret parmağıyla gösterme (%28,8)', 'bazı şeyleri (eşyalar, oyuncaklar gibi) getirme (%29,9)') genel olarak düşük oranda doğru cevap verilmiştir (128). Bizim çalışmamızda OSB erken tanısında kullanılan gözlem bulguları yüksek oranda bilinirken (%89,8) OSB tarama testini 18-36 ay arasında en az bir kez yapılması gerektiği düşük oranda bilindi. Bu durum da hekimlerinin çoğunun gözlem bulgularını bilmesine rağmen uygulamada eksik olduklarını göstermektedir. Ayrıca görev tanımına göre karşılaştırmada SAHU asistanları en yüksek doğru yanıtlama oranı ile gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı sonuç çıkması
Gölge ve ark.'nın çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından çoğu bu konuyla ilgili eğitim gördüklerini belirtmiş olup

doktorların % 86,5'i, yardımcı sağlık personellerinin %90,6'sı çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgiye ihtiyaçları olduğunu ifade etmiştir (129). Diğer bir çalışmada çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerini tanımlama genel ölçeğinin alt ölçeklerinden en yüksek puanı çocuk istismar ve ihmalinin fiziksel bulguları kısmı almıştır (130). Kara ve ark.'nın yaptığı çalışmada hekimlerin bilgi düzeyinin bayanlarda, evlilerde, eğitim alanlarda, istismar şüphesi ya da olayıyla karşılaşanlarda ve bildirimde bulunanlarda diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (131). Bizim çalışmamızda fiziksel istismar şüphesi uyandıran durumlar sorgulandığında hekimlerin büyük çoğunluğunun doğru yanıtlamış olması bu konu hakkında farkındalığın artmış olduğunu göstermektedir. Aşılama çalışmaları koruyucu hekimlik hizmetlerinin en önemli unsurlarındandır. Arlı ve ark.'nın çalışmasında çocuğuna aşılarını aile sağlığı merkezinde yaptıranların oranı %83,3 olarak saptanmıştır (132). Köseoğlu ve ark. araştırmasında aşıların yapıldığı yer %98 oranında aile sağlığı merkezi olarak tespit edilmiştir (133). Aşılama, büyük oranda birinci basamakta aile hekimleri tarafından takip edilmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin aşılar hakkındaki bilgilerini güncellemesi gerekmektedir. Bizim çalışmamızda hekimlerin Ulusal Aşı Takviminde yer almayan aşılar hakkında bilgi düzeyi incelendiğinde yüksek oranda (%93,3) Rotavirus aşısı cevabı verilmişti. Yılmaz ve ark.'nın ın çalışmasında güncel aşı takviminde olmayan aşıları hekimlerin %87,4'ü bilirken %6,3"ü Hepatit A, %2,6'sı ise Suçiçeği aşısının güncel aşı takviminde olmadığını belirtmişti (107). Kurşun ve ark.'nın çalışmasında katılımcılara yöneltilen özel aşılardan hangilerini bildikleri sorusuna verilen yanıtlar %56,3 ile rotavirüs, %45,8 ile meningokok, %44 ile influenza ve %18,1 ile HPV olmuştur (134). Diğer bir çalışmada ebeveynlerin %70,2'si rotavirüs aşısı, %32,5'i grip aşısı, %48,1'i menenjit, %13,3'ü HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir(131). Ancak çalışmamız diğer çalışmalarla beraber değerlendirildiğinde hekimlerin özel aşılar hakkında bilgi düzeyinin yüksek olmasına rağmen ebeveynlere yeterli aktarım yapılmadığı sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda Tıp Fakültesinden mezuniyet sonrası geçen süre ortalaması 9,35 ± 6,864 olup anket puanlaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu (p=0,439). Ayrıca hekimlerin meslekte aktif poliklinik hizmeti yaptıkları süre ile alınan puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,579). Bu durum kurum içi eğitim sıklığının ve sayısının arttırılması gerekliliğini göstermektedir.

Newcomb ve ark'nın tarafından Amerika'da yapılan bir çalışmada ebeveynlerin birincil bilgi kaynağının sağlık çalışanları (%65) olduğu bildirilmiştir(135). Knowledge ve ark'ı tarafından Irak'ta yapılan bir çalışmada annelerin testler hakkındaki birincil bilgi

kaynaklarının birinci basamak sağlık çalışanları (%46,1) olduğu bildirilmiştir (136). Elde edilen bu veriler, ebeveynlerin bilgiye ulaşmasında ülkelerin gelişmişlik düzeyi fark etmeksizin sağlık çalışanlarının önemli rol oynadığını göstermektedir. Başta anne olmak üzere tüm aile fertlerinin çocuk sağlığı konusunda eğitilmesi, çocukların sağlık birimlerine düzenli bakım için getirilmesine önemli ölçüde yardımcı olabilir. Çocukların periyodik olarak izlenmesi ve kayıtlarının düzenli tutulmasıyla hastalığa neden olan etkenlerin erken tanınması ve gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir. Çocuk sağlığı takibi konusunda da birinci basamak hekimlerine yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, eğitim içeriğinin güncel literatür bilgilerine göre güncellenmesi gerekmektedir. Ayrıca bilgilerin pratik uygulama ile daha kalıcı olacağından dolayı Eğitim ASM'lerin sayısının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetinin kolay ulaşılabilir olması ve ilk temas noktası olarak hizmet sunması nedeniyle hastalıkların önlenmesi açısından aile hekimine önemli bir görev düşmektedir. Birinci basamakta aile hekimleri, hastalıkların önlenmesi amacıyla büyüme-gelişmenin takibini yapmakta, yaşa uygun beslenmenin sağlanması için rehber olmakta, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yapılan aşıların takibini yapmakta ve çocukların sağlıklı bir şekilde büyümelerini sağlamak için aile bireylerine sağlık eğitimleri vermektedir. Ülkemizde görülen birçok çocukluk çağı hastalıkları erken dönemde tespit edilip gerekli tedavi, rehabilitasyon, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verildiğinde topluma daha faydalı, fiziksel ve ruhsal anlamda daha sağlıklı bireyler kazandırılmış olacaktır.

Çocukluk çağında görülen birçok sağlık problemi erken teşhis edilmeyip gerekli tedavi, danışmanlık ve eğitim hizmetleri yetersiz yapıldığında ilerleyen süreçte birçok problemle karşılaşılmaktadır. Örneğin özgül öğrenme güçlüğünün çocukluk döneminde erken saptanıp, bu çocukların gerekli eğitimi ve desteği almaları gerekmektedir. Erken tespit edilemeyip geç müdahale edilen çocuklar özel eğitim hizmetlerinden de geç yararlanmış olmaktadırlar. Bunun sonucunda ise özel eğitimin süresi uzamakta, eğitim giderleri artmakta bireyin eğitimlerden yeterli düzeyde faydalanma durumu azalmaktadır. Ayrıca erken tanı alamayan çocuklarda okula devam etmede sıkıntılar sosyal ve psikolojik problemlerde ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye genelinde 580 Aile hekimine çocuk sağlığı izlemi hakkında bilgi düzeyleri ve uygulamalarını değerlendirmeye yönelik anket uygulandı. Araştırma evreni G*Power programı ile yapılan güç analizi sonucunda örneklem büyüklüğü minimum 280 olarak hesaplanmıştır. Bizim bu çalışmamızda toplamda 580 hekime ulaşarak çalışmaya dahil edilmesi sağlanmış ve böylece çalışmanın gücü ve güvenilirliğinin arttığını düşünmekteyiz. Katılımcılara internet aracılığıyla anket uygulandığından dolayı yüz yüze anket uygulamasına kıyasla verilerin güvenilirliği düşük olabilmektedir. Alınan puanlara göre değerlendirme yapıldığında görev tanımına göre gruplar arasında anlamlı fark olmasına rağmen genel olarak anket puanları düşüktü. Ankete katılan hekimlerin bireysel olarak eğitim ihtiyaçlarını değerlendirmeleri istenmiş olup hekimlerin büyük çoğunluğu ‘Eğitime çok ihtiyacım var’ maddesini işaretlemiştir. Bu duruma istinaden çocuk sağlığı izlemleri hakkında Aile hekimlerine yönelik verilecek eğitimlerin sayısının artırılması ve eğitim içeriğinin güncel literatür bilgilerine göre düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca Aile

Hekimliği Uzmanlığı eğitiminde pediatri rotasyonun da katkısıyla çocuk sağlığı izleminin önemi vurgulanmalıdır. Alınan eğitimlerin pekiştirilmesi için pratik uygulamalara ihtiyaç olduğundan dolayı Eğitim ASM'lerin sayısının artırılması gerekmektedir.

Daha sağlıklı nesiller yetiştirmek için Aile hekimine büyük görev düşmektedir. Bu yüzden hekim, çocuğu içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevre ile birlikte değerlendirip hemşire ya da yardımcı sağlık personeli ile aile arasında işbirliği içinde olmalıdır.

Çocuk sağlığı izlemi konusunda tüm hekimlerin birlikte hareket edip, başvuru sebebi ne olursa olsun gelen hastaları veya aileleri izlemler hakkında bilgilendirmeleri, aile farkındalığının ve izlem oranının artmasında etkili rol oynayacaktır. Ayrıca herhangi bir nedenle başvuran çocuk hastalar için sağlık kurumundaki bilgi sisteminde uyarıların çıkması, hatırlatıcı öğelerin bulunması izlem oranlarının artmasını sağlayacağını düşünmekteyiz.

Türkiye genelinde çocuk sağlığı izleminin yeri ve yeterli sayıda izlem yapılmasını engelleyen nedenleri kapsayan bu tarz çalışmaların artması temel sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan çocuk sağlığı izlemlerinin yaygınlaştırılması ve farkındalığın artırılması konusunda yönlendirici olacaktır. Ayrıca sosyal medya ve internetin de yaygınlaştığı günümüz koşullarında bu platformlardan yapılacak bilgilendirmelerin arttırılması için de çalışmalar yürütülmelidir.

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bu çalışmada birinci basamak hekimlerinin ilk 5 yaş çocuk sağlığı izlemi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek eğitim ihtiyacını saptanmak, Aile hekimlerinin üzerine düşen sorumluluklarına dikkat çekmek, bilgilerini güncellemek, çocuk sağlığı izleminin önemini ve gerekliliğini vurgulamak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel tipte bir anket çalışması olarak planlandı. 10.07.2021 – 10.10.2021 tarihleri arasında, Türkiye genelindeki tam zamanlı AHU asistanları, SAHU asistanları, Aile Hekimliği uzmanları ve sertifikalı Aile Hekimlerini kapsayan birinci basamak hekimlerinden çalışmaya katılmayı kabul eden 580 hekime, alt seçenekler içeren literatür taranarak oluşturulmuş olup toplam 36 soru ile hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, özgeçmişleri ve ilk 5 yaşta çocuk sağlığı izlemi hakkında bilgi düzeyi ve farkındalığı sorgulayan anket formları Aile hekimliği eğitimciler ve asistan temsilcileri ile internet üzerinden ve whatsapp grupları üzerinden onar günlük aralarla hatırlatma yapılarak dağıtılmıştır. Katılımcıların verdiği cevaplar puan olarak hesaplanmış olup görev tanımına göre gruplar arasında puanlar karşılaştırılmıştır. İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Kruskal Wallis Testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler de Pearson Ki-Kare ve Fischer Exact testi ile belirlenmiştir. $p<0.05$ istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken ortalama, standart sapma, oran, minimum, maksimum değer gibi tanımlayıcı metodlar kullanıldı, sonuçlar tablo ve grafiklerle gösterildi.

BULGULAR:

Araştırmaya katılan 580 hekimin 303(%52,2)'ü kadın,277(%47,8)'si erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 30,42±10,486 yıl idi. Katılımcıların %49,1'i daha önce sağlam çocuk sağlığı izlemi ile ilgili eğitim almışken %50,9'u eğitim almamıştı. Katılımcılara yöneltilen 36 soruluk anket neticesinde puanlandırma sistemi yapılmış olup katılımcıların cevaplarına göre en düşük puan alan 8 puan alırken en yüksek puan alan 30 puan almıştır. Katılımcılar

ortalama puanı 22,98 ± 3,738 idi. Görev tanımına göre 192(%33,1) tam zamanlı AHU asistanı, 81(%14) SAHU asistanı, 106(%18,3) AHU, 201(%34,7) sözleşmeli Aile hekimi ankete katılmıştır. Gruplara göre ankete katılan hekimlerin aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sözleşmeli Aile hekimlerinin aldıkları bilgi puanı AHU, SAHU ve tam zamanlı AHU asistanlarının aldıkları puanlara göre düşük saptanmıştır ($p<0,0001$, $p<0,0001$, $p=0,013$). Aynı şekilde tam zamanlı AHU asistanlarının aldıkları bilgi puanı AHU ve SAHU asistanlarına göre düşük bulunmuştur ($p=0,045$, $p=0,017$).

SONUÇ:

Bu çalışmada birinci basamak hekimlerinin çocuk sağlığı izlemi ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları ve pratik uygulamada eksiklikler olduğu sonucu çıkmıştır. Bu duruma istinaden sağlıklı nesiller yetiştirmek adına, çocuk sağlığı izlemleri hakkında Aile hekimlerine yönelik verilecek eğitimlerin sayısının artırılması ve eğitim içeriğinin güncel literatür bilgilerine göre düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitiminde pediatri rotasyonun da katkısıyla çocuk sağlığı izleminin önemi vurgulanmalıdır. Alınan eğitimlerin pekiştirilmesi için pratik uygulamalara ihtiyaç olduğundan dolayı Eğitim ASM'lerin sayısının artırılması gerekmektedir. Ayrıca sosyal medya ve internetin de yaygınlaştığı günümüz koşullarında bu platformlardan yapılacak bilgilendirmelerin arttırılması için de çalışmalar yürütülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk sağlığı izlemi, taramalar, aile hekimliği, koruyucu hekimlik

ABSTRACT

INTRODUCTION AND PURPOSE:

In this study, it was aimed to determine the education need by evaluating the knowledge, attitudes and behaviors of primary care physicians about the first 5-year-old child health follow-up, to draw attention to the responsibilities of family physicians, to update their knowledge, and to emphasize the importance and necessity of child health follow-up.

MATERIALS AND METHODS:

The research was planned as a descriptive cross-sectional survey study. Between 10.07.2021 and 10.10.2021, from primary care physicians including full-time AHU residents, Contracted Family Medicine Specialist (SAHU) assistants, Family Medicine specialists and certified Family Physicians across Turkey to 580 physicians who agreed to participate in the study, the literature containing sub-options was searched. Questionnaires questioning the socio-demographic characteristics of the physicians, their backgrounds, and the level of knowledge and awareness about the monitoring of child health in the first 5 years with a total of 36 questions were distributed to family medicine educators and assistant representatives over the internet and whatsapp groups at 10-day intervals. The answers given by the participants were calculated as points, and the scores were compared between the groups according to the job description. Statistical evaluation was done with IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) package program. The normal distribution test was evaluated with the Kolmogorov-Smirnov Test. When the number of groups was two, the difference between the groups was evaluated with the Mann Whitney U Test for numerical variables that did not have a normal distribution. When the number of groups was more than two, the difference between the groups was evaluated with the Kruskal Wallis Test for numerical variables that did not have a normal distribution. Relationships between categorical variables were also determined by Pearson Chi-Square and Fischer Exact tests. $p<0.05$ was considered sufficient for statistical significance. While evaluating the study data, descriptive methods such as mean, standard deviation, ratio, minimum and maximum value were used, and the results were shown in tables and graphs.

RESULTS:

Of the 580 physicians participating in the study, 303 (52.2%) were female and 277 (47.8%) were male. The mean age of the participants was 30.42±10,486 years. While 49.1% of the

participants had previously received training on healthy child follow-up, 50.9% did not. As a result of the 36-question survey directed to the participants, a scoring system was made and according to the answers of the participants, the lowest score received 8 points, while the highest score received 30 points. The mean score of the participants was 22.98 ± 3.738. According to the job description, 192 (33.1%) full-time AHU assistants, 81 (14%) SAHU assistants, 106 (18.3%) AHUs, 201 (34.7%) contracted family physicians participated in the survey. A statistically significant difference was found between the scores of the physicians participating in the survey according to the groups. According to the results of the pairwise comparison made to determine the difference; The knowledge score of contracted family physicians was found to be lower than the scores of AHU, SAHU and full-time AHU residents ($p<0.0001$, $p<0.0001$, $p=0.013$). Likewise, the knowledge score of full-time AHU residents was found to be lower than that of AHU and SAHU residents ($p=0.045$, $p=0.017$).

CONCLUSION:

In this study, it was concluded that primary care physicians do not have sufficient knowledge about child health monitoring and there are deficiencies in practical application. Based on this situation, in order to raise healthy generations, the number of trainings to be given to family physicians about child health monitoring should be increased and the content of the training should be arranged according to current literature information. In addition, the importance of child health follow-up should be emphasized with the contribution of pediatric rotation in Family Medicine Specialization training. Since there is a need for practical applications to consolidate the training received, the number of Training ASMs should be increased. In addition, in today's conditions, where social media and the internet have become widespread, studies should be carried out to increase the information to be made from these platforms.

Keywords: Follow-up of healthy children, screenings, family medicine, preventive medicine

KAYNAKÇA

Uncategorized References

1. Programı AHUEÇ. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu 2013. 2017.

2. Basak O, Akturk Z, Topsever P. Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Wonca Europe. 2002.

3. TIRAŞ Ü, DİLLİ D, DALLAR Y. Ankara Eğitim ve araştırma hastanesi sağlam çocuk ünitesinde izlenen olguların değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi. 2007;29(6):444-50.

4. Vitrinel A, Erdağ GÇ. Sağlam çocuk izlemi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2008;11(3):101-6.

5. Gür E, İzlemi SÇ. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi. 2003(35):9-16.

6. Neyzi O ET, Sağlam Çocuk İzlemi. pediatri cilt 1, sağlam çocuk izlemi. 2002: Nobel Tıp Kitabevi.

7. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf. (Erişim: 23.04.2022)

8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The milbank quarterly. 2005;83(3):457-502.

9. Rakel RE. Textbook of family medicine e-book: Elsevier Health Sciences; 2007.

10. Party LW. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, the Netherlands. 1974.

11. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. Bmj. 2000;320(7231):354-7.

12. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002.

13. Tanımı AHA. WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan. 2011.

14. Gazete R. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği,(25.01. 2013, sayı: 28539). Ankara; 2013.

15. Bakanlığı S, Konuk BDS, Hatipoğlu UDS, Koordinatörü AH. SAĞLAM ÇOCUKLARIN DÜZENLİ TAKİPLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.

16. Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi Derleme. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(11):6-10.

17. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Dokumanlar/rehberler/psm_2019.pdf. (Erişim:20.04.2022)

18. ÖZKAN S. Aile hekimliği Uygulamasında Önerilen periyodik sağlık Muayeneleri ve tarama Testleri. 2015.

19. Özkaya E, Sazak S, Güzelçicek A, SAMANCI NI. Farklı beslenme modellerinin hayatın ilk 12 ayındaki fiziksel büyüme üzerine etkileri. Dicle Tıp Dergisi. 2010;37(4):339-45.

20. İNCE OT, KONDOLOT M, YALÇIN SS. Büyümenin izlenmesi ve büyüme duraklaması. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2011;5(3):181-92.

21. İzlenmesi EOB. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi. (35):251-60.

22. SS Y. Büyümenin izlenmesi. Katkı Pediatri Dergisi. 2003;25:43-63.

23. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51(1):1-14.

24. Hatipoğlu S. 9-72 Aylık Çocuklarda Antropometrik Ölçümler ve Antropometrik Ölçümlere Etki Eden Parametrelerin Araştırılması, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2006.

25. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Acta Medica. 2004;35(2):82-6.

26. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004;47(2):140-51.

27. Hizmetler TBS, Kurumu ÇE, UNICEF. Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. Ankara: SHÇEK. 2010.

28. Tunçel EK, Dündar C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2007;17(2):105-10.

29. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. 2006.

30. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Akkan A, Ferhat İ. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(4):591-614.

31. KOÇ EM, DAĞLI FŞ, KAHVECİ R, AYHAN BAŞER D, ÖZKARA A. Çocuk İstismar ve İhmaline Birinci Basamakta Yaklaşım. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2014;23(6):2014236242-8.

32. YETİŞ O, ZİYALAR N. Çocuk istismarı ve ihmalinin bildirimine yönelik öğretmen tutumları. Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi. 2018;15(1):10-23.

33. Anlar B. Motor-mental gelişme ve Denver testi. Katkı Pediatri Dergisi. 2003;25:63-70.

34. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principles and practice of screening for disease. 1968.

35. İçke S, Genç RE. Topuk kanı örneği ile yapılan ulusal yenidoğan tarama testleri ve önemi. The Journal of Pediatric Research. 2017;4(4):186-90.

36. Altunhan H, FH Y. Yenidoğanın değerlendirilmesi ve yenidoğan taramaları. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2018;9(1):28-32.

37. Akova İ, KILIÇ E, KOŞAROĞLU NE. Yenidoğan metabolik ve endokrin hastalıkların 10 yıllık tarama programı sonuçlarının değerlendirilmesi: Sivas ili, Türkiye örneği. Turkish Journal of Public Health. 2022;20(3):410-22.

38. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenido%C4%9Fan-metabolik-ve-endokrin-hastal%C4%B1k-tarama-program%C4%B1-ntp/fenilketon%C3%BCri.html. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Fenilketonüri. . (Erişim:10.12.2022)

39. Blau N, Van Spronsen FJ, Levy HL. Phenylketonuria. The Lancet. 2010;376(9750):1417-27.

40. Ataş A, Çakmak A, Karazeybek H. Konjenital hipotiroidizm. 2007.

41. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenido%C4%9Fan-metabolik-ve-endokrin-hastal%C4%B1k-tarama-program%C4%B1-ntp/konjenital-hipotiroidi.html. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Konjenital Hipotiroidi (Erişim:08.12.2022)

42. Rastogi MV, LaFranchi SH. Congenital hypothyroidism. Orphanet journal of rare diseases. 2010;5(1):1-22.

43. İçke S, Genç RE. National newborn screening tests carried out with heel lance and their importance. The Journal of Pediatric Research. 2017;4(4):186.

44. Canda E, Uçar SK, Çoker M. Biotinidase Deficiency: Prevalence, Impact And Management Strategies. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics. 2020;11:127.

45. Baykal T, Hüner G, Sarbat G, Demirkol M. Incidence of biotinidase deficiency in Turkish newborns. Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992). 1998;87(10):1102-3.

46. Wolf B. Clinical issues and frequent questions about biotinidase deficiency. Molecular genetics and metabolism. 2010;100(1):6-13.

47. Özçelik U, Karakoç F, Yüksel H, Yılmaz Ö, Gürcan KN. TER TESTİ REHBERİ.

48. YENDUR O, GÜNDOĞDU Z, GÜRKAN M. Kistik Fibrozis Tarama Testi Sonucu Yanlış Pozitif Olan Vakalarımızın Literatür Eşliğinde Değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.8(3):179-83.

49. El-Maouche D, Arlt W, Merke DP. Congenital adrenal hyperplasia. The Lancet. 2017;390(10108):2194-210.

50. Merke DP, Bornstein SR. Congenital adrenal hyperplasia. The Lancet. 2005;365(9477):2125-36.

51. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenidogan_tarama_programi.html. (Erişim:07.12.2022)

52. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenidogan_tarama_programi.html. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.SMA (Erişim:09.12.2022)

53. Shipman SA, Helfand M, Moyer VA, Yawn BP. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics. 2006;117(3):e557-e76.

54. Şen M, Kartal M, Özçakar N. Gelişimsel Kalça Displazisine Yaklaşım. Turksh Family Physician. 2012;3(4):21-5.

55. Ertürk C, Büyükdoğan H. Gelişimsel Kalça Displazisinde Etyoloji ve Tanı (I). İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST). 2019;11(2):61-9.

56. Köse N, Ömeroğlu H, Dağlar B. Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı 2010. Erişim Adresi: http://www istanbulsaglik gov tr/w/sb/cekus/docs/18-Gelisimsel_Kalca_Displazisi pdf(Erişim Tarihi: 2006 2019). 2013.

57. Bakanlığı S. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2015(991).

58. Pediatrics AAo. Section on ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Academy of ophthalmology; American Association of Certified Orthoptists. Red reflex examination in neonates, infants, and children. Pediatrics. 2008;122(6):1401-4.

59. KAYIRAN SM, ÖNAL S. Önemli bir tarama testi: Kırmızı Refle testi. Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital. 2012;2(2).

60. Aydemir C, Zinciroğlu A. Yenidoğan bebeklerde işitme tarama testleri. SürekliTıp Eğitimi Dergisi (STED). 2004;13(11):418-21.

61. Gökçay G, Boran P, Çiprut A, Bağlam T. Çocukluk dönemi işitme taramalarında ülkemizde ve dünyada güncel durum. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2014;57:265-73.

62. Genç GA, Ertürk BB, Belgin E. Yenidoğan işitme taraması: başlangıçtan günümüze. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48(2):109-18.

63. KÜÇÜKÖNER A, KÜÇÜKÖNER Ö. Yenidoğan İşitme Taraması ve Erken Tanı.

64. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste.html?view=category&id=880. (Erişim:18.04.2022)

65. Mahle WT, Martin GR, Beekman RH, Morrow WR, Rosenthal GL, Snyder CS, et al. Endorsement of Health and Human Services recommendation for pulse oximetry screening for critical congenital heart disease. Pediatrics. 2012;129(1):190-2.

66. OVALI F. Yenidoğan Taramaları. Klinik Tıp Pediatri Dergisi. 2019;11(4):193-9.

67. Wagner-Mahler K, Kurzenne JY, Delattre I, Bérard E, Mas JC, Bornebush L, et al. Prospective study on the prevalence and associated risk factors of cryptorchidism in 6246 newborn boys from Nice area, France. International journal of andrology. 2011;34(5pt2):e499-e510.

68. Hatun Ş, Bereket A, Çalıkoğlu AS, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nütrisyonel rikets. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2003;46(3):224-41.

69. Nutrition Co. Cholesterol in childhood. Pediatrics. 1998;101(1):141-7.

70. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.

71. Mukaddes N. Otizm spektrum bozuklukları tanı ve takip. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2013:5.

72. Hoshino Y, Kumashiro H, Yashima Y, Tachibana R, Watanabe M, Furukawa H. Early symptoms of autistic children and its diagnostic significance. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1982;36(4):367-74.

73. Bodur Ş, Soysal AŞ. Otizmin erken tanısı ve önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2004;13(10):394-8.

74. Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A, et al. Clinical practical recommendations for Turkish National Vaccination Schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the Schedule-2015. age. 2015;10:12.

75. İneli BU. 18 yaş üstü erişkinlerin, erişkin aşıları konusundaki bilgi, tutum ve görüşleri ile aşı yaptırma oranlarının değerlendirilmesi. 2016.

76. Akşit S. Aşılarla ilgili genel kurallar. Klinik Gelişim. 2012;25:4-11.

77. Rappuoli R, Black S, Lambert PH. Vaccine discovery and translation of new vaccine technology. The Lancet. 2011;378(9788):360-8.

78. Bakanlığı TS, TSHG M. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi. Genelge. 2009;17:2009.

79. Birliği TT. Birinci basamak sağlık çalışanları için aşı rehberi. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Nisan, Ankara. 2018.

80. Smith EA, Jacques-Carroll L, Walker TY, Sirotkin B, Murphy TV. The national perinatal hepatitis B prevention program, 1994–2008. Pediatrics. 2012;129(4):609-16.

81. http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/asilama.pdf. (Erişim:04.05.2022)

82. GÜLCÜ S, ARSLAN S. Çocuklarda aşı uygulamaları: Güncel bir gözden geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;8(1):34-43.

83. Derince D. Eskişehir ili İnönü merkez sağlık ocağı bölgesinde 0-59 aylık çocuğu olan annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

84. İD AK. Bağışıklama ve Aşı ile İlgili Sorular ve Kısa Cevaplar. 2021.

85. Özmert EN. Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51(3):168-75.

86. Özcengiz E. Boğmaca: Her zaman gündemde. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi. 2005;35(3):215-31.

87. Gülçin O, YILDIZ İs, KILIÇ A, Varkal MA, Devecioğlu E. Boğmacada korunma prensipleri. Çocuk Dergisi. 2014;14(2):52-9.

88. Organization WH. The immunological basis for immunization series: module 3: tetanus. 2018.

89. Hatipoğlu N, Hatipoğlu H, Kuzdan C, ŞANLI K, Engerek N, Şiraneci R. Kızamık. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi. 2013;5(3):105-13.

90. Özkök S. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği ve Aşılamalarında Güncel Durum. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2016;32:20-3.

91. www.thskgov.tr/kızamıkeliminasyonprogramı.

92. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf. (Erişim:06.03.2022)

93. YAPICI G, TUNÇ AY. Ülkemizde Aşı ile Korunabilen Hastalıklara Yönelik Yürütülen Eliminasyon ve Eradikasyon Programlarının Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.9(2):171-83.

94. Ceyhan M. Pediatrik aşılarda güncel yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Ankem Dergisi. 2013:33-7.

95. Doğan B, Karabudak Ö. HPV ve Herpes Zoster Aşıları. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm. 2008;42(4).

96. Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines–a review of the first decade. Gynecologic oncology. 2017;146(1):196-204.

97. Kocabaş E, Dayar GT. Rotavirus Vaccines. Journal of Pediatric Infection. 2015;9(4):166.

98. Immunization W. Vaccines and Biologicals-Rotavirus. 2016.

99. AKDENİZ M, KAVUKCU E. Çocuklarda aşılama. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2016;8(2):48-58.

100. Vogel U. Molecular epidemiology of meningococci: application of DNA sequence typing. International Journal of Medical Microbiology. 2010;300(7):415-20.

101. Jones TW, Winograd SM. Infectious Meningitis: A Focused Review. Pediatric Emergency Medicine Reports. 2018;23(5).

102. Hedari CP, Khinkarly RW, Dbaibo GS. Meningococcal serogroups A, C, W-135, and Y tetanus toxoid conjugate vaccine: a new conjugate vaccine against invasive meningococcal disease. Infection and drug resistance. 2014;7:85.

103. Dhillon S, Pace D. Meningococcal quadrivalent tetanus toxoid conjugate vaccine (MenACWY-TT; Nimenrix®): a review. Drugs. 2017;77(17):1881-96.

104. Deeks ED. Meningococcal quadrivalent (Serogroups A, C, W135, and Y) conjugate vaccine (Menveo®). BioDrugs. 2010;24(5):287-97.

105. 22.03.2022 hgccdgheCpBpET. https://gskpro.com/content/dam/global/hcpportal/en_CA/products/Bexsero/pdf Erişim Tarih 22.03.2022.

106. Dormitzer PR, Galli G, Castellino F, Golding H, Khurana S, Del Giudice G, et al. Influenza vaccine immunology. Immunological reviews. 2011;239(1):167-77.

107. 2017 BYTAdASMnÇAHSÇTBDvUDTUT. B. Yılmaz T. Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezleri'nde Çalışan Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk Takibinde Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi Tıpta Uzmanlık Tezi 2017.

108. http://libra.omu.edu.tr/tezler/130954.pdf AYMOMÜTFssösçihbddTUT. A Yılmaz M Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin sağlam çocuk izlemi hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi Tıpta Uzmanlık Tezi/2019 http://libraomuedutr/tezler/130954pdf

109. Freid VM, Makuc DM, Rooks RN. Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit. 1998.

110. TOPAL Y, TOPAL H, İNANÇ BB, ÖZKOÇ HH. Türkiye'de sağlam çocuk izlemi verilerinin değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi. 2017;4(2):6-10.

111. Goedken AM, Urmie JM, Polgreen LA. Factors related to receipt of well-child visits in insured children. Maternal and child health journal. 2014;18(3):744-54.

112. Uddin SG, O'Connor KS, Ashman JJ. Physician office visits by children for well and problem-focused care: United States, 2012. Age. 2016;231:229.

113. Bell AL, Rodes ME, Kellar LC. Childhood eye examination. American Family Physician. 2013;88(4):241-8.

114. Fry M, Wilson GA. Scope for improving congenital cataract blindness prevention by screening of infants (red reflex screening) in a New Zealand setting. Journal of paediatrics and child health. 2005;41(7):344-6.

115. YILDIRIM H, ERBAYDAR T. Van'da birinci basamakta çalışan hekimlerin göz hastalıklarına yaklaşımı ve uygulamaları. Türk Oftalmoloji Dergisi. 2009;39(3):164-71.

116. 2016 CSSçiydrgmskrtiahbdvfTUT. Coşkun S. Sağlam çocuk izleminde yenidoğan döneminde rutin göz muaeyenesi sırasında kırmızı refle testine ilişkin aile hekimlerinin bilgi düzeyi ve farkındalığı Tıpta Uzmanlık Tezi 2016.

117. Gupta SK, Murthy GV, Dada VK, Sanga L, John N. Training primary care physicians in community eye health. Experiences from India. Indian journal of ophthalmology. 2002;50(1):63-8.

118. Covenant AC, Circumcision R. The red reflex examination in neonates: an efficient tool for early diagnosis of congenital ocular diseases. The Israel Medical Association Journal (IMAJ). 2010.

119. Övet G, Balcı YI, Canural R, Çövüt İE, Bekçi Ş, Erbil N, et al. Yenidoğan işitme taraması sonuçlarımız. 2010.

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

121. Akpınar E, Polat G, Akgül T, Ergin ÖN, Korkmaz M, Erdil İ, et al. Gelişimsel Kalça Displazisi İçin Yapılan Ultrasonografik Tarama Sonuçları ve Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST). 2014;6(3):133-6.

122. Tezel B. Bebeklerde D vitamini eksikliğinin önlenmesi programı ve değerlendirilmesi. XII Pediatrik Endokrinoloji ve Diyabet Kongresi.1-5.

123. Çağlar M, Cengiz A, Özsan S, Kahraman H. Süt çocukluğu döneminde demir desteği uygulaması ve sonuçları. Türk Clin Pediatr. 1995;4:133-6.

124. Çelik SB, Şahin F, Beyazova U, Can H. Growth status of children in well-baby outpatient clinics and related factors. Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi. 2014;49(2):104.

125. Brady TM, Solomon BS, Neu AM, Siberry GK, Parekh RS. Patient-, provider-, and clinic-level predictors of unrecognized elevated blood pressure in children. Pediatrics. 2010;125(6):e1286-e93.

126. Bozukluğu OS, Hiperaktivite DE. Autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge and attitude of family medicine residents in Turkey. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2015;9(2):46-53.

127. Ekinci C. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran ailelerin çocukluk çağı periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi tvgUT.

128. Pirinççi S, Aksu H, Abacıgil F, Okyay P. Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinde Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Bilgi ve Farkındalık Düzeyi. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2019;26(3):97-102.

129. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi. 2012;26(2):86-96.

130. ÇATIK AE, Olcay Ç. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANIMA DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2006;22(2):103-19.

131. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Türk Pediatri Arşivi. 2014;49(1):57-65.

132. İzmir : Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2018 AHÇSvHPnB-aAÇOASBRATvÇAHBDDt. Arlı H. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polk'ne Başvuran 0-24 ay Aralığında Çocuğu Olan Annelerin Sağlık Bakanlığı Rutin Aşı Takvimi ve Çocuk Aşılaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). İzmir : Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2018

133. 2019 KTAÇDÖAKFvTDtİSBÜİBEvAH. Köseoğu T. Annelerin Çocukluk Dönemi Özel Aşıları Konusundaki Farkındalıklarının ve Tutumlarının Değerlendirilmesi (tez). İzmir : S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2019.

134. 2021 KÖAHPteeÇÇÖAHBDvTDTUT. Kurşun Ö. Aile Hekimliği Polikliniklerinde takip edilen ebeveynlerin Çocukluk Çağı Özel Aşıları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının Değerlendirilmesi Tıpta Uzmanlık Tezi 2021.

135. Newcomb P, True B, Wells JN, Walsh J, Pehl S. Informing new mothers about newborn screening bloodspot repositories during postpartum hospitalization. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2019;44(6):332-7.

136. Abed LM. Knowledge and attitudes of mothers toward newborn screening test in Baghdad City. Diyala Journal of Medicine. 2016;10(1):66-74.

EKLER

EK 1: Anket Formu

Birinci basamak hekimlerinin ilk 5 yaşta çocuk sağlığı izlemi hakkındaki bilgi,tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda; 'Birinci basamak hekimlerinin ilk 5 yaşta çocuk sağlığı izlemi hakkındaki bilgi,,tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi' başlıklı bir bilimsel araştırma çalışması yürütülmektedir. Araştırma formunun tamamlanması ortalama 5-7 dakika sürmektedir. Bu form ile elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına sahipsiniz. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr Tuncay Müge Alvur

Doç. Dr Zuhal Gündoğdu

Araş. Gör. Dr. Meral Kassap

Araştırma ile ilgili soru ve katkılarınız için irtibat mail adresi: meralkassap@gmail.com

* Gerekli

1.Çalışmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum *

Evet

Sosyodemografik Bilgiler

2.Yaşınız *

3.Cinsiyetiniz *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Kadın

Erkek

4.Medeni durumunuz *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Evli

Bekar

5.Tıp Fakültesinden mezuniyet sonrası gecen süreniz *(Yıl olarak belirtiniz)

6. Görev tanımınız *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Tam zamanlı aile hekimliği asistanı

SAHUöğrencisi

Aile hekimliği uzmanı

Aile hekimi

7.Şu an çalıştığınız kurum *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

İlçe sağlık merkezi

Aile Sağlığı merkezi

Üniversite Hastanesi

Eğitim Araştırma Hastanesi

Devlet Hastanesi

Diğer:

8.Meslekte aktif olarak poliklinik hizmeti yaptığınız süreyi yazınız. *(Yıl olarak yazınız)

9.Görev yaptığınız bölgeyi işaretleyiniz. *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Marmara Bölgesi

İç Anadolu Bölgesi

Karadeniz Bölgesi

Ege Bölgesi

Akdeniz Bölgesi

Güneydoğu Anadolu Bölgesi

Doğu Anadolu Bölgesi

Sağlam Çocuk Takibi

10.Daha önce sağlam çocuk izlem (sosyal pediatri) ile ilgili seminer kurs ve ya * online eğitim aldınız mı? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Evet

Hayır

11.Poliklinik uygulamalarınızda 0-5 yaş grubu çocuk hasta ile karşılaşmanız ne sıklıkta oluyor? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Her zaman

Sıklıkla

Ara sıra

Nadir

12.Sağlam çocuk takibine hangi yaş grubu dahil edilir? *1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

0-1 yaş

0-5 yaş

2-6 yaş

0-18 yaş

13.Ülkemizde Yenidoğan Tarama Programına göre topuk kanında hangi hastalıklar taranmaktadır? *1 puan Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Fenilketonuri

Konjenital Hipotroidi

Biotinidaz eks.

Kistik Fibrozis

YD Sarılığı

Galaktozemi

Tirozinomi

Homosistinüri

14.Yenidoğan Tarama Programı kapsamında verilen bilgilerden her satır için yalnızca bir şıkkı işaretleyin*11 puan Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	DOĞRU	YANLIŞ
Ağızdan beslenme başladıktan en az 48 saat sonra topuk kanı alınmalıdır.		
Topuk kanı almadan önce ebeveyn rıza beyan formu doldurulmalıdır.		
Topuğun lateral kısmı en uygun bölgedir.		
Alınan kan örneği yatay pozisyonda, oda ısısında en az 3 saat kurutulmalıdır.		
Yenidoğanda topuk kanı dışında venöz kan da tarama için kullanılır.		
Doğumdan sonra tüm bebeklere işitme taraması yapılmalıdır.		
İşitme tarama testi sadece yenidoğan döneminde yapılması yeterlidir.		
Bilier atrezi erken tanısı için dışkı rengi kartları kullanılmaktadır.		
0-6 ay arası en az bir kez testis muayenesi yapılmalıdır.		
0-3 ayda genel göz muayenesi,kırmızı refle testi,kornea ışık refleksi bakılmalıdır.		
Yenidoğanda konjenital kalp hastalığı taraması için nabız oksimetre kullanılır.		

15.Aşağıdakilerden hangisi Yenidoğanda normal kabul edilen muayene bulgularından değildir? *1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin

Milia

Mongol lekeleri

Toksik eritem

Lanugo(ayva tüyleri)

Sarılık

16.Ulusal Görme Tarama Programına göre kırmızı refle testi en erken ne zaman yapılmalıdır?* 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Yenidoğan

3 ay

6 ay

1 yaş

17.Kırmızı refle testinde aşağıdaki bulgulardan hangisi ya da hangileri patolojiktir?(Birden çok seçenek seçilebilir)*1 puan Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Yansıma olmaması

Asimetrik olması

Beyaz yansıma

Bulanık kırmızı yansıma

18.Ulusal Görme Tarama Programı kapsamında aşağıda verilen hangi durumlarda sevk gerekmektedir? (Birden çok seçenek seçilebilir.) *1 puan Uygun olanların tümünü işaretleyin.

<32 hafta prematüre

<1500 gr tüm bebekler

0-3 ay kırmızı refle testi pozitif çıkanlar

Retinoblastom, konjenital katarakt, konjenital glokom aile öyküsü 36-48 ay için

Lea Sembol testi ile taramayı geçemeyenler

0-3 ay kırmızı refle testi negatif çıkanlar

19.Gelişimsel Kalça Displazisi taramasına göre hangisi riskli muayene bulgularından değildir? *1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Ortoloni -Barlow testi pozitif olması

Pili asimetrisi

Abdüksiyon kısıtlılığı

Bacak uzunluk farkı

Dizlerin farklı düzeyde olması Babinski refleksi

20.Yenidoğan bebeğe D vitamini ne zaman hangi dozda başlanmalıdır? *1puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Doğumdan itibaren 400 IU

15. gün 400 IU

30.gün 400 IU

7.gün 600 IU

21.Çocuk Sağlığı İzlemi sırasında verilen demir proflaksisi hakkında yanlış bilgiyi işaretleyiniz?* 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Prematüre bebeklere 2. ayda 2 mg/kg/gün dozda başlanmak

Term bebeklerde 4. ayda 1 mg/kg/gün dozda başlanmak

1 yaşına kadar devam etmek

Hemogramı değerlendirdikten sonra başlamak

22.Ulusal Aşı Takviminde yer almayan aşı hangisidir? *1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Hepatit A aşısı

Rotavirus aşısı

Su çiçeği aşısı

Konjuge Pnömokok aşısı

23.Rotavirus aşısı hakkında hangisi yanlıştır? 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

En erken 6.haftada başlanır.

İki doz arası en az 4 hafta olmalıdır.

İlk doz en geç 14 hafta 6. günde uygulanabilir.

Kusma tükürme olursa tekrar yapılması gerekir.

Diğer canlı aşılarla beraber yapılabilir.

24. 2 aylık bebek BCG aşısı sonrası 3. günde aşı yerinde akıntı şişlik ülserasyon gelişiyor. Bu durumda yaklaşımınız nasıl olur? * 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Uygun antibiyotik başlayıp 1 hafta sonra kontrol öneririm.

Erken aşı reaksiyonu (Akselere reaksiyon) olarak değerlendirip ileri merkeze sevk ederim.

Aşı yerini değerlendirmek için bir hafta sonra kontrole çağırırım.

Her aşıdan sonra gelişebilecek bir durum olduğunu belirtirim.

25.1 yaş sağlıklı bebek, Aile Sağlığı Merkezinde aşı yapıldıktan 5 dakika sonra vücutta kızarıklık, döküntü, göz kapağında şişlik gelişiyor. Aile sağlığı elemanınız 112 sağlık ekibini ararken hastaya İLK yaklaşımınız nasıl olur?* 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

0,01 mg/kg/doz (max 0.3mg)adrenalin uyluğun yan bölgesinden uygularım.

Uygun pozisyonda maske ile yüksek akımlı oksijen veririm.

Damar yolunu açıp 20cc/kg serum fizyolojik ıv bolus veririm.

1 mg/kg/gün dozda Feniramin malenat (avil,vb...)IM yaparım.

Prednizolon 2mg/kg IM uygularım.

26.Aşı uygulaması sonrası hastalar anaflaksi riski açısından sağlık kuruluşunda ne kadar süre takip edilmelidir?* 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

5 dk

10 dk

20 dk

1 saat

27.Aşılama öncesi çocuğa, anne babaya ya da bakım veren kişiye sorulması gereken tarama sorularını işaretleyiniz.* 1 puan Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Bugün herhangi bir rahatsızlığı var mı? Son 4 haftada aşı oldu mu?

Geçmişte bir aşıya karşı ciddi bir reaksiyon oldu mu?

Herhangi bir ilaca karşı allerjisi var mı?

Herhangi bir besine karşı allerjisi var mı?

Bağışıklık sistemi hastalığı var mı?

Son 3 ayda kortizon tedavisi aldı mı?

Son 3 ayda kan ve kan ürünleri aldı mı?

Kanser ilacı ya da ışın tedavisi aldı mı?

Son 3 ayda immunglobulin aldı mı?

28.Büyüme gelişmeyi değerlendirmek için aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri kullanılır?*1 puan Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Vücut ağırlığı

Boy uzunluğu

Baş çevresi

Kol çevresi ölçümü

Vücut bölümlerinin birbirine oranı

Deri kıvrım kalınlığı

Vücut kitle indeksi

29.Aile sağlığı merkezinde hemoglobin değerine ilk ne zaman bakılmalıdır? *1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

9. ay

12. ay

18.ay

24. ay

30.Hipertansiyon taraması için kaç yaşından itibaren yılda bir kez bakılmalıdır?* 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

2 yaş

3 yaş

4 yaş

5 yaş

31.2 yaş sonrası dislipidemi taraması gerektiren risk faktörlerini işaretleyiniz. * 1 puan

Ailede 55 yaş öncesi koroner arter hastalığı öyküsü

Hipertansiyon tanısı olması

Diyabet tanısı olması

Anevrizma ile ilerleyen kawasaki hastalık öyküsü

Aile bireylerinde total kolesterol>240 mg/ dl olması

Fazla kilolu(beden kitle indeksi %85-95) olması

Obez olması (Beden kitle indeksi >%97)

32.Hangisi Otizm Spektrum Bozukluğunun (OSB) erken tanısında kullanılan gözlem bulgularından değildir?* 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Hayali oyunlar oynaması

Çevresindekilerle göz teması kurmaması

İsmi söylendiğinde dönüp bakmaması

İşaret edilen oyuncağa ilgi duyup bakmaması

Tekrarlayan hareketler göstermesi

33.Sağlık Bakanlığı Çocuk İzlem Rehberine göre Otizm Spektrum Bozukluğu tarama testi hangi aylar arasında en az bir kez yapılması gerekir?*1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

6-12 ay

13-24 ay

18-36 ay

30-48 ay

34.Aşağıdakilerden hangisi fiziksel ihmal değildir? 1 puan Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Yeterli ve uygun beslenmeme

Evde sevdiği yemeklerin pişirilmemesi

Uygun yatma barınma koşullarının sağlanmaması Kazalara karşı önlem alınmaması

Uygun ve temiz giydirilmemesi

35. Muayeneniz sırasında fiziksel istismar şüphesi uyandıran yaralanmaları işaretleyiniz.1 puan

Vücudun korunaklı bölgelerinde olan yaralanmalar

Vücudun farklı bölgelerinde çok sayıda ekimoz

Bir şekle benzeyen yaralar (cetvel,sopa..)

Isırık izleri

Sigara yanığı

Eldiven-çorap tarzı keskin sınırlı yanıklar

Hastalığı ile uyumlu olmayan ağız yaraları

36.Çocuk sağlığı izlem ile ilgili eğitim ihtiyacınızı nasıl değerlendirirsiniz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eğitim ihtiyacım yok Eğitime çok ihtiyacım var.

Katılımınız için teşekkür ederiz.