

13 -16 Ekim 2010

Pinebay Holiday Resort - Kuşadası

I. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi



KONUŞMA METİNLERİ
VE
ÖZET KİTABI



www.essopturkey.com

European Society for Social Pediatrics and Child Health

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Sizleri Dokuz Eylül ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalları ile Sosyal Pediatri Derneği'nin işbirliği ile düzenlenen "I. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi"ne davet ediyoruz. Bu kongrenin aynı zamanda Avrupa Sosyal Pediatri Kongresi (ESSOP-2010) ile eş zamanlı olarak yapılacak olması bizim için ayrı bir onur kaynağıdır.

I. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi 13-16 Ekim 2010 tarihlerinde 'Pinebay Holiday Resort Hotel' de gerçekleştirilecektir. Bu kongrede ana tema sağlıklı çocuk izlemi olup çocuk beslenmesi, büyüme-gelişme, bağışıklama, taramalar gibi konuların ağırlıklı olarak konuşulup tartışılacağı toplantılarda ülkemizdeki çocukların temel sorunlarının çözümü için yeni ufuklar açılacağını düşünüyoruz. Her biri kendi alanında deneyimli öğretim üyelerinin deneyimlerini paylaşıldığı toplantılar yanı sıra, karşılıklı etkileşimin yaşandığı interaktif toplantılar da düzenlenecektir. Ayrıca, toplantıya katılacak katılımcılar paralel oturumlarla giden ESSOP kongresini izleme fırsatı da bulacaklardır. Üç gün sürecek olan etkinliğimizde Sosyal Pediatri alanında güncel bilgileri paylaşmak, tartışmak ve daha iyiye ulaşmak istiyoruz. Ayrıca, zengin bilimsel içeriğin yanı sıra, hala sıcak Ege günlerinin yaşandığı Ekim ayında, bir doğa ve tarih harikası olan Ege'nin incisi İzmir ve Kuşadası çevresinde zengin ve sürpriz sosyal programlar ile unutulmaz anılarla evlerinize dönmenizi amaçlıyoruz

Katılımınız ile bizlere güç ve onur vereceğiniz 1. Sosyal Pediatri kongresinde buluşmak dileğiyle.. Saygılarımızla,

Kongre Eş başkanları

Prof. Dr. Adem Aydın

Prof. Dr. Sadık Akşit

Değerli Meslektaşlarım,

I. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi 13-16 Ekim 2010 tarihleri arasında Ege Bölgesinin şirin ilçesi Kuşadası'nda yapılacaktır. Sosyal Pediatri Derneğimiz de 2005 yılında İzmir'de kurulmuştur. I. Ulusal Pediatri Kongremizi de yine Ege Bölgesinde yapmaktan büyük mutluluk duyuyoruz. I. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi ile eş zamanlı olarak Avrupa Sosyal Pediatri Derneği Kongresi de aynı yerde gerçekleştirilecektir. Böylece ulusal ve uluslar arası bir çok uzmanın bir araya gelmesi ve çeşitli deneyimlerin aktarılması olanağı sağlanmış olacaktır. Her iki kongrenin de ana teması "Sağlam Çocuk Bakımı" olarak kararlaştırılmıştır.

Dünyada bulaşıcı hastalıkların azalması, refah düzeyinin artmasına bağlı olarak bebek ve çocuk ölüm hızı düşmekte, doğum sayıları azalmaktadır. Buna bağlı olarak toplumda çocuk sağlığı bakımı ve izlemi daha da önem kazanmaktadır. Sosyal Pediatri'nin ana konusu olan sağlam çocuk bakımı diğer bir deyişle çocuk sağlığı izlemi kapsamında taramalar, aşı uygulamaları ve beslenme başlıkları bu kongrede ayrıntısı ile tartışılacaktır.

I. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresinde sizleri aramızda görmek dileğiyle sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Gülbin Gökçay
Sosyal Pediatri Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

BİLİMSEL KURUL

Sadık Akşit
Nilgün Çöl Araz
Nur Arslan
Ahmet Arvas
Adem Aydın
Murat Aydın
Sevgi Başkan
Serpil Uğur Baysal
Ufuk Beyazova
Selda Bülbül
Aysu Duyan Çamurdan
İlgi Ertem
Nurdan Evliyaoğlu
Gülbin Gökçay
Emel Gür
Dilek Haznedaroğlu
Sevinç Aslan Hızıl
Ayşegül Kabanlı
Melda Kandolat

Candemir Karacan
Zafer Kurugöl
Süha Miral
Olçay Neyzi
Filiz Orhon
Emel Örün
Sabiha Özgür
Elif Özmert
Selda Polat
Figen Pahn
Serpil Salaçin
Arda Tomba
Betül Ulukol
Yasemin Üçkardeş
Nilgün Vatandaş
Sevtap Velipaşaoğlu
Songül Yalçın
Gonca Yılmaz
Kadriye Yurdakök

DÜZENLEME KURULU

Sadık Akşit
Adem Aydın
Gülbin Gökçay
Selda Bülbül
Dilek Haznedaroğlu
Nur Arslan
Oya Halıcıoğlu
Feyza Koç
Zafer Kurugöl
Gonca Yılmaz

Organizasyon sekreteryası
Deniz Servi (Dalya Turizm)
www.dalyatur.com

PROGRAM

13 Ekim 2010, Çarşamba

Çocuk istismarı ve ihmali Kursu

12.15-12.45	Figen Şahin	Tanışma ve beklentilerin alınması
12.45-13.45	Panel I	Çocuk istismarını tanıma Başkan: Nurdan Evliyaoğlu Betül Ulukol Tanımlar, riskler, hangi durumlarda istismardan kuşkulandırılmalı Nurdan Evliyaoğlu Fiziksel ve duygusal belirtiler ve istismarın çocuk ruh ve beden sağlığı üzerindeki etkileri
13.45-14.00	Ara	
14.00-15.00	Panel I (Devam)	
	Süha Miral	İstismara uğrayan çocukla görüşme (ne yapmalı, ne yapmamalı, görüşmeyi kim-nerede yapmalı)
	Serpil Salaçin	İstismara uğrayan çocuğun muayenesi, adli kanıt toplanması ve raporlama
15.00-15.30	Ara	
15.30-17.00	Panel II	Panel: istismara uğrayan çocuğa yaklaşım Başkan: Figen Şahin Figen Şahin Hastane temelli ekip yaklaşımı Arda Tomba Sosyal Hizmet yaklaşımı Murat Aydın Hukuki yaklaşım
17.00-17.45	Figen Şahin	Geri bildirimlerin alınması ve kapanış

15 Ekim 2010, Cuma

8.30-9.00 **Açılış**

09.30-10.15 **Panel I**

Aile hekimliğinde yeni gelişmeler ve anne-çocuk sağlığı üzerine etkileri

Başkanlar: Gülbin Gökçay, Dilek Haznedaroğlu
Sevtap Velipasaoglu
Sevinç Aslan Hızıl
Ayşegül Kabanlı

10.15-10.30 Kahve arası

10.30-12.30 **Panel II**

Aşılar

Başkanlar: Zafer Kurugöl, Selda Polat
Çocukluk çağında aşılama
Adolesan aşılması
Özel durumlarda aşılama
Yeni geliştirilmekte olan aşılar

Ahmet Arvas

Emel Gür

Nurdan Evliyaoğlu

Adem Aydın

12.30-13.30 Öğle yemeği

13.30-15.15 **Panel III**

Uzmanına danışalım

Başkanlar: Emel Gür, Nilgün Çöl Araz
Çocuğum çok ağlıyor
Çocuğum yemiyor
Çocuğum emmek istemiyor
Dünyada ve Türkiye'de poliomiyelit eradikasyonunda son durum

Serpil Uğur Baysal

Aysu Duyan
Çamurdan

Betül Ulukol

Ufuk Beyazova

15.15-15.30 Kahve arası

15.30-17.30 **Panel IV**

Çocuk beslenmesinde kanıta dayalı uygulamalar

Başkanlar: Ufuk Beyazova, Sevgi Baskan
Ülkemizde demir eksikliğinin önlenmesi konusunda çalışmalar
Kanıta dayalı çinko kullanımı
Kanıta dayalı probiyotik kullanımı
Bebeklik döneminde protein alımının büyüme ve metabolizma üzerine etkisi

Songül Yalçın

Sadık Akşit

Elif Özmert

Selda Bulbul

17.30-18.00 Kapanış

18.00-18.45 Poster tartışması

I. Grup

Ahmet Arvas
Melda Kondolot

II. Grup

Nur Arslan
Yasemin Üçkardeş

III. Grup

Candemir Karacan
Emel Örün

VI. Grup

Filiz Orhon
Nilgün Vatandaş

15 Ekim 2010, Cuma

PANEL:
AİLE HEKİMLİĞİNDE YENİ GELİŞMELER VE ANNE-ÇOCUK
SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Başkanlar: Gülbin Gökçay, Dilek Haznedaroğlu

Konuşmacılar:

Sevtap Velipasaoglu

Sevinç Aslan Hızıl

Ayşegöl Kabanlı

AİLE HEKİMLİĞİNDE YENİ GELİŞMELER VE ANNE-ÇOCUK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Sevtap Velipaşaoğlu Güney

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
ANTALYA

Sağlık sistemlerinin temel amaçlarına bakıldığında hemen tüm ülkeler aynı şeyi hedefler: Herkesin ulaşabileceği, daha iyi sağlığı sağlayacak şekilde etkin, kaynakların iyi kullanıldığı, bireylerin ve toplumun gereksinimine yanıt verebilen bir sağlık sisteminden söz edilir. Üzerinde kolayca uzlaşılacak terimlerin sağlık sisteminin yapılandırılmasına dönüşmesi ise zordur ve ülkeden ülkeye farklılıklar gösterir.

Aile hekimliği tıp içindeki bilim dallarından birisidir. Aile hekimi uzmanı olan bireyler tarafından yürütülür. Sistem ise Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre bir sonuç elde etmeye yarayan yöntemler düzenidir. "Aile hekimliği sistemine geçiş" adı altında yaygın olarak söz edilen, aslında sağlıkta dönüşüm projesinin birinci basamak sağlık hizmeti ile ilgili kısmıdır. Bu projenin diğer parçaları genel sağlık sigortası ve hastanelerin sağlık işletmeleri olarak kabul edilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısını değiştiren bu uygulamanın anne ve çocuk sağlığına olası etkilerinden söz edebilmek için ne vardı, yerine ne kondu, amaç nedir, sağlık verileri eskinin yerine getirilen yeninin amaca uygun olduğunu desteklemekte midir gibi soruları yanıtlamak gerekir.

Ne vardı?

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetinin birey ve toplum sağlığı açısından önemi, 1978 Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'ndan önce anlaşılmıştır. "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" olan 224 sayılı yasa 1961 yılında yürürlüğe girmiştir.¹ Bu yasaya göre sağlık hizmetinin finansmanının vatandaşların ödedikleri prim, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların hizmeti kullanım anında yapacakları cepten ödemelerle sağlanması planlanmıştır (*Madde 2*).¹ Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranların, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanması kabul edilmiştir (*Madde 14*). Yasanın örgütlenmeyle ilgili ilkeleri ise tam gün çalışmayı (*Madde 3*), basamaklı hizmet ve sevk sistemini (*Madde 13*), birinci basamaktaki her tür koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetlerin örgün ve kapsamlı sunumunu (*Madde 10*), nüfusa orantılı hizmeti (*Madde 2*), örgün ve kapsamlı hizmetin (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför, hizmetliden oluşan) bir ekip çalışmasıyla üretilebileceğini (*Madde 10*), sağlık personelinin mesleki gelişiminin sağlanması zorunluluğunu (*Madde 12*), malzeme, araç ve personel temininin sosyalleştirmenin vazgeçilmez öğeleri olduğunu (*Madde 17*), sosyalleştirmenin değerlendirilmesi ve işbirliğinin sağlanması için üniversiteler, sosyal sigorta kurumları, meslek odaları temsilcilerinin de katıldığı bir genel kurul oluşturulmasını (*Madde 22*), hizmetin planlama, üretim ve denetimine toplumun katılımının sağlanmasını (*Madde 23*) içerir.¹

Yerine ne kondu?

Sağlık Bakanlığı'nın tanımına göre birinci basamak sağlık hizmeti, toplum sağlığına yönelik hizmetler ile bireysel koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve esenlendirici (rehabite edici) sağlık hizmetleridir.² Kişilerin sağlık sisteminden ilk hizmeti alışı noktasıdır. Bu sistemdeki kişiler ve kurumlar kısaca şu şekilde tanımlanmıştır:²

Genel Pratisyenler/ Aile Hekimliği Uzmanları, disiplinin prensiplerine göre eğitilmiş uzman klinisyenlerdir. Yaş, cinsiyet ve hastalığa bakmaksızın her kişiye öncelikli olarak kapsamlı ve devamlı sağlık hizmeti vermekle sorumlu kişisel doktorlardır.

Aile Hekimi/Aile Doktoru ise aile hekimliği uygulaması yapan aile hekimliği uzmanları ve geçiş dönemi boyunca öngörülen eğitimleri alan diğer hekimlerdir.

Aile Sağlığı Elemanı, aile hekiminin / aile dış hekiminin yanında en az bir kişi

olmak üzere çalışacak olan sağlık personelidir. Bu kişi veya kişiler çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter veya laboratuvar teknisyeni olabilir. Hemşire ve sağlık memurunun yaptığı işler dışında basit laboratuvar tetkiklerini yapabilecek ve aile sağlığı merkezindeki tıbbi sekreterlik işlerini yürütebilecek şekilde yetiştirilmiş kişidir.

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), her ilçede en az bir tane olmak üzere görev yapan, toplum sağlığı ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürütecek olan sağlık merkezleridir. Halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, aşı ve aile planlaması araçlarının dağıtımı ve yaygın bağışıklama hizmetleri, laboratuvar, radyoloji ve diğer tanı hizmetleri, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, adli tabiplik, toplum taramaları, ve tıbbi istatistiklerin toplanması bu merkezler tarafından aile hekimleri ile eşgüdüm içinde yürütülür.

Bu merkezler aile hekimliği uygulamasında gerekli tetkik ve tahlilleri yapmanın yanı sıra, aile hekiminin görevi dışında kalan diğer temel sağlık hizmetlerini yürütecektir. TSM'ler bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerinin toplandığı yerlerdir. Aile hekimlerine aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığı'nın yıllık programına uygun olarak ücretsiz lojistik destekte bulunacaktır. Toplum hekimliği uygulamasının aile hekimliği uygulaması ile bütünlüğünü sağlamaya yöneliktir. Mevcut sağlık ocakları teorik olarak toplum sağlığı merkezi için tanımlanan görevlerin çoğunu üstlendikleri ve dağılım açısından belirlenen ölçütleri sağladıkları için seçilen sağlık ocakları toplum sağlığıyla ilgili görevleri yürütmeye devam edecektir.

Toplum sağlığı merkezleri temel olarak aşağıda sayılan koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumludur.

- Toplum beslenmesi hizmetleri,
- Sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele,
- İçme ve kullanma sularının denetimi,
- Gıda maddelerinin denetimi,
- Gayrisihhi müesseselerin denetimi,
- Çalışanların (esnaf) denetimi,
- Atıkların denetimi,
- Halkın kitlesel sağlık eğitimi,
- Toplumsal araştırmalar, toplum kalkınması çalışmalarına yardım hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri,
- Aşı ve kontraseptif ihtiyacının hesaplanması, sağlanması, saklanması, taşınması ve hekimlere dağıtımı,
- Rutin harici aşılama hizmetleri (kampanyalar, kuduz, gazlı gangren, yılan ve akrep serumları vb),

- Okulların, çocuk bahçelerinin, spor alanlarının denetimi,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele,
- Adli hekimlik hizmetleri,
- Ölü muayenesi ve defin ruhsatı düzenlenmesi.

Önerilen nedir?

Birinci basamağın sağlık sistemleri içerisindeki yeri ve önemi pek çok kez Dünya Sağlık Asamblesi'nde, Dünya Sağlık Örgütü dokümanlarında, çeşitli ulusal ve uluslar arası raporlarda dile getirilmiştir.³⁻⁷ Birinci basamağın ilk başvuru yeri olması, hizmetin sürekli, kapsamlı, eşgüdümlü, bütüncül, ulaşılabilir, ekibe dayalı ve toplum yönelimli olması önerilir.^{3,4,7} Birinci basamak sağlık hizmeti yapısal ögeler, uygulama ögeleri/ilkeleri ve bunların ortaya çıkardığı sonuçtan oluşur.⁷ Birinci basamak hizmet sunumunun ana bileşenleri ve bunları oluşturan ögeler tablo 1'de özetlenmiştir.

Değişikliğin Getirebilecekleri

Yapılan değişiklikle birinci basamak sağlık hizmetinin temel yapısında, uygulanma şeklinde ve sonuçlarında bir takım farklılıklar ortaya çıkacaktır.

Yapısal Bileşenlerdeki Değişiklikler. Değişikliğe yapısal ögelerden biri olan işgücü çerçevesinde bakıldığında birinci basamak sağlık hizmetinin “ekip işi” olmaktan çıkıp hekim + aile sağlığı elemanından oluşan “iki kişilik” bir işe dönüştüğü gözlenmektedir. Aile sağlığı elemanı ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter veya laboratuvar teknisyeni olabilir. Farklı meslek gruplarından herhangi birinin yapabileceği bir iş gibi görülen işler arasında gezici sağlık hizmeti verebilmek, gebe takibi yapabilmek, ev ziyareti yapabilmek gibi ayrı mesleki formasyon ve eğitim gerektiren uygulamalar da vardır. Konuyla ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olmayan bireylerin gerçekleştireceği bu tür hizmetlerin yansımalarının ne şekilde olacağını daha sonraki yıllarda mümkün olacaktır.

Benzer şekilde alışılmış sağlık ocağı düzeninde ekibin bir parçası olan hekim, aile hekimliği sistemi ile işveren konumuna geçmektedir. Yardımcı sağlık personelinin para ile tutan, çalıştıran, görevlerini belirleyen kişi konumundadır. Personel giderlerinin yanı sıra işyerinin temizlik ve bakım gibi genel giderlerini de kendi cebinden karşılamak durumundadır. Bu durumun etik ihlallere, haksız rekabet koşullarına neden olabileceğine ilişkin endişeler bulunmaktadır.

Birinci basamak personelinin tanınırlığının ise aile hekimliğine yapılan vurgu ile artması beklenebilir.

Uygulama ile ilgili bileşenlerdeki değişiklik. Değişikliğe uygulama ile ögelerden biri olan ulaşılabilirlik çerçevesinden bakıldığında; eskiden coğrafik bir alanda yaşayan toplum temelli birinci basamak sağlık sistemi öngörülürken şimdi hekime kayıtlı bireyler üzerinden yürüyen bir sağlık sistemi gelmektedir. Oysa bireyin, özellikle de çocuğun sağlık durumu yaşadığı toplumdan ve fiziksel çevreden doğrudan etkilenmektedir. Tam da bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde eşgüdüm ilkesi vardır. Ne yazık ki, Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde de tüm temel sağlık hizmetleri bir müsteşar yardımcısına, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü ise başka bir müsteşar yardımcısına bağlanmıştır. Toplum sağlığı hizmetleri toplum sağlığı merkezinin görevi, bireyin sağlığına yönelik hizmetler de aile hekiminin görevi olarak tanımlanmıştır. Benzer şekilde kayıtlı nüfus üzerinden verilen sağlık hizmetinde hedef nüfus ortadan kalkmakta,

aile hekimine kayıtlı nüfus ortaya çıkmaktadır. Özellikle sosyal olarak dezavantajlı olanların, çocukların, kırsal kesimde yaşayanların bu sistemle sağlık hizmetlerine ulaşmasında sorun yaşanabilir, ki bu durum temel sağlık hizmetlerindeki eşitlik ilkesini zedeler.

Çalışmalar sağlık algısının sağlık arama davranışını etkilediğini göstermiştir.⁸ Sağlıklı olduğunu düşünen bireyler veya sağlıklı olduğu düşünülen çocukların bu nedenle sağlığın korunması, özendirilmesi, geliştirilmesi ve desteklenmesi ile ilgili izlemelerden yoksun kalma riski doğmaktadır.

Aile hekimi başına 3000 kişi olması planlanan listedeki bireylerin özellikleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması riskini doğurabilir. Özellikle yaşlı ve kronik sorunları olan bireylerin yoğun olarak yaşadığı yerlerde hekimin zamanını ağırlıklı olarak bu işlere ayırma zorunluluğu ve yardımcı sağlık personeli eksikliği anne, çocuk ve üreme sağlığı gibi hizmetlerin kapsanmasında sorun çıkarabilir.

Ayrıca sevk sayılarının belli bir oranı aşması aile hekimlerine ceza puanı olarak yansımakta, buna karşın belli reçeteleri yazmaları kısıtlanmaktadır. Bu da özellikle çok sayıda sağlık sorunları ve kronik hastalıkları olan çocukların tedavi ve izleminde sorun çıkarabilir.

Sonuçlarda meydana gelen değişiklikler nelerdir?

Bir sistem değişikliğinin iyi ya da kötü yönde sağlıkla ilgili ne tür değişikliklere neden olduğunu anlayabilmek için verilerin uygun şekilde toplanması ve analizi gerekir. Ne yazık ki ülkemizde sağlık göstergelerinin analizi ve paylaşılması konusunda belirginleşen sıkıntılar vardır. Bu veri eksikliği ve var olan verilerin analizi ile ilgili sorunlar, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kurum olan Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi tarafından hazırlanan kapsamlı bir raporda da dile getirilmiştir.⁹ Rapora göre uluslar arası sağlık verilerini toplayan ve karşılaştırmalı olarak sunan Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi (Eurostat) tarafından kullanılan toplam 852 adet göstergeden Sağlık Bakanlığı formları kullanılarak ancak %32'sine ulaşmak mümkündür. Bu verilerin önemli bir bölümü de analize uygun olmayan niteliktedir (örneğin hızlar yerine yalnızca sayıların kullanılması gibi). Sağlık Bakanlığı Genel Müdür Yardımcısı Dr. Halil Ekinci'nin¹⁰ 5. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde verdiği rakamlara göre aile hekimliğine geçişle birlikte 2008 yılında 2.4 olan kişi başına birinci basamağa başvuru sayısı 2009'da 2.6'ya çıkmış, aile hekimliğine geçen 20 ilde 2008 yılında ortalama bebek izlem sayısı 8.3 olurken aile hekimliğine geçmeyen illerde bu rakam 7.7 olmuş, gebe izlem sayısı geçilmiş illerde ortalama 4.99 geçilmemiş illerde 4.66 şeklinde gerçekleşmiştir. Bu rakamların hedef nüfus üzerinden mi, aile hekimlerine kayıtlı nüfus üzerinden mi belirlendiği sunudan anlaşılamamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2008 Yılığında¹¹ aynı yıl için aynı göstergelerin sonuçları farklıdır. Örneğin yıllığa göre Türkiye'de bebek izlem sayısı verilen her iki rakamdan da daha küçüktür (6.4). Gebe izlem sayısı da benzer şekilde daha düşüktür (3.3). Aynı Bakanlığa ait aynı göstergelerin aynı yıllar için farklı sonuçlar vermesi büyük olasılıkla hedef nüfusla ilgili karmaşadan kaynaklanmaktadır.

Yine Sağlık İstatistikleri Yılığında göre 2006 yılında 6377 olan Sağlık Ocağı sayısı 2008'de 4540'a düşmüş, buna karşın 1.765 aile sağlığı merkezi açılmıştır. 2006'da 298 olan AÇSAP merkezi sayısı da 2008'de 225'e düşmüştür.¹¹ Toplam 373 adet toplum sağlığı merkezi açılmıştır. Bu değişiklikler olmaktadır Türkiye 2000 yılında ilaç ve hammadde ithalatı için 1.511 milyon dolar, 2008 yılında ise 4.360 milyon dolar ödemiştir.¹¹ Kişi başına cepten yapılan sağlık harcaması ise 2000 yılında 35 TL iken 2007'de 158 TL'ye çıkmıştır.¹¹ Yıllıkta bu göstergeyle ilgili 2008 verisi bulunmamaktadır.

Dünyadan birkaç örnek

Dünya örnekleri ile birebir karşılaştırma yapmak mümkün olmasa da çocuklara ve kadınlara yönelik birinci basamak hizmeti ile ilgili bazı çalışmaların sonuçlarına değinmek mümkündür.

Amerikan Anne ve Çocuk Sağlığı Bürosu çocuklara yönelik etkin önleyici sağlık hizmeti vermek için hem çocuğa yönelik klinik hizmetin hem de toplum temelli önleyici hizmetin yatay ve dikey olarak bütünleştirilmesini önerir.¹² Bu öneriyi denetlemek amacıyla Amerika'da yapılan bir müdahaleli çalışmada, 182 000 kişilik nüfusta, 2 yaş altındaki çocukların ve annelerinin sağlığında bütüncül önleyici hizmet anlayışı ile oluşan değişiklikler değerlendirilmiştir.¹² Bunun için aile, birinci basamak bakım verilen yer ve toplum düzeyinde eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmiştir. Sonuç olarak bütüncül birinci basamak yaklaşımı grubundaki kadınların doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı %69'a (kontrol grubu %49), sigara içmeme sıklığı %54'e (kontrol grubu %27), sağlık kontrolleri uygun şekilde yapılan çocuk oranı %57'ye (kontrol %37) çıkmış, çocuklar arasında kaza geçirme oranı %2'ye (kontrol %7) düşmüştür.

Birinci basamaktan daha üst basamaklara sevk sıklığını azaltan önlemleri gözden geçiren bir sistematik değerlendirmede çok sayıda önlem önerilmesine karşın yalnızca ikinci basamak hekiminin de içinde bulunduğu ekipler tarafından birinci basamağa verilen eğitimin ve hastalığa özgü standartlaştırılmış sevk kağıtlarının işe yaradığı sonucuna varılmıştır.¹³

Amerika'da ailelerin çocuklarını kime götürmeyi tercih ettiklerini irdeleyen bir çalışmanın sonuçları ilginçtir.¹⁴ CDC tarafından 1980-2006 yılları arasında 5 kez uygulanan Ulusal Ayaktan Sağlık Bakımı Anketi verileri bu çalışmada incelenmiştir.¹⁴ Bir-dört yaş arası çocukların 1980 yılında %75'i çocuk doktorları %22'si aile hekimleri tarafından izlenirken 2006'da bu oranın çocuk doktorları için %85'e çıktığı, aile hekimleri içinse %15'e düştüğü gözlenmiştir. En belirgin değişiklik ergenlerde görülmüştür. 1986'da ergen izlemlerinin %50'si aile hekimi, %28'i çocuk doktoru, %20'si pediatri dışı uzman hekimler ve %2'si çocuk yan dal uzmanları tarafından yapılırken 2006 yılında bu izlemlerin %53'ü çocuk doktorları, %30'u aile hekimleri, %12'si pediatri dışı uzman hekimler ve %5'i çocuk yan dal uzmanları tarafından yapılmıştır. Tüm yaş gruplarında farklı oranlarda çocuk doktorlarının izlemine kayma gözlenmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak Türkiye son yıllarda tüm sağlık hizmetlerinin yapısı ve uygulanmasında büyük bir değişim geçirmektedir. Bu değişimin birinci basamakla ilgili kısmının nitelik, etkinlik ve eşitlik açısından ortaya çıkaracağı yeni sonuçların neler olduğunu önümüzdeki yıllar gösterecektir.

Tablo 1. Birinci basamak hizmet sunumunun ana bileşenleri ve bunların öğeleri

YAPISAL ÖZELLİKLER	UYGULAMA ÖZELLİKLERİ	SONUCUN İZLEMİ
YÖNETİM BİLEŞENİ Ögeleri: -Ulusal sağlık politikalarının amacı, hedefi ve yönü çerçevesinde düzenleme, -Savunuculuk, -Veri toplama, veriyi kullanma, -İş gücü ve alt yapının eşitlikçi bir şekilde dağılımını sağlama, -Kaliteyi denetleme gibi öğelerden oluşur FİNANSMAN BİLEŞENİ Ögeleri: -Sağlığın finansman kaynağı -Sağlık giderleri içinde birinci basamak ve temel sağlık hizmetlerinin yeri -Birinci basamak işgücünün istihdamı -Birinci basamak çalışanının gelirinin düzenlenmesi gibi başlıkları içerir İŞGÜCÜ BİLEŞENİ Ögeleri: -Birinci basamakta çalışacak bireylerin nitelikleri, sayıları ve iş tanımları -Birinci basamaktaki işgücünün disiplin olarak tanınırlığı -Birinci basamak personelinin eğitim gereksinimlerin belirlenmesi, vb.	ULAŞILABİLİRLİK BİLEŞENİ Ögeleri: -Toplumun gereksinimlerine göre yapılanmış olan yeterli çeşitlilik ve kapsamda sağlık hizmetinin sunulması, -Uygun coğrafik planlama, -Çalışma saatleri ve randevu sürelerinin gereksinimleri karşılayabilmesi, -Birinci basamak sağlık hizmeti ile birey arasında parasal engeller olmaması, -Toplumsal kabul, -Bireysel ve sosyal özelliklere bakılmaksızın herkesin eşitlikçi bir şekilde temel sağlık hizmetine ulaşabilmesi SÜREKLİLİK BİLEŞENİ Ögeleri: - Toplumun düzenli bir birinci basamak kaynağının bulunması, - Hastalık ya da yakınma olmaksızın hizmetin verilmesi, - Bireyin sağlığıyla ilgili tüm elemanlar arasında sağlıklı bilgi akışının sürmesi, - Bireyle sağlığı sunanlar arasındaki ilişkinin devamlılığı EŞGÜDÜM BİLEŞENİ Ögeleri: - Hastanın sağlığıyla ilgili diğer basamakların eşgüdüm içinde çalışması - Birinci basamağın ilk başvuru yeri olarak kabulü, -Birinci basamak hizmeti veren farklı sektörler, birimler ve kişilerin iş paylaşımı, iş tanımı ve bunlar arasında veri aktarımı - Birinci basamağın diğer basamaklarla işbirliği ile hastaya bütüncül bakım verilmesi, -Birinci basamağın toplum sağlığını koruyan diğer kurumlarla işbirliğinin sağlanması	NİTELİK BİLEŞENİ Ögeleri: - Anne çocuk sağlığı ile ilgili verilerin izlemi - Önlebilir sağlık sorunu sıklıklarının izlemi - Tarama sıklıklarının ve sonuçlarının izlemi - Hekimin reçete alışkanlıklarının izlemi - Kronik hastalıklarda önlenabilir hastane yatışlarının izlemi vb. ETKİLİLİK BİLEŞENİ Ögeleri: -Tedavi sürelerinin uzunluğu, -Verilen farklı hizmetlerin gider-etkinliğinin belirlenmesi -Teknik altyapı eksildiğinde ortaya çıkan sağlık eksikliklerinin izlemi, - Birinci basamaktaki işgücünün performansının karşılaştırılabilir ölçütlerle değerlendirilmesi, EŞİTLİK BİLEŞENİ Ögeleri: - Farklı sosyal ve demografik gruplar arasında birinci basamakla ilgili sunulan sağlık bileşenleri ve sonuçları açısından sistematik bir fark bulunmaması.

	KAPSAYICILIK BİLEŞENİ Ögeleri: - Toplumda sık görülen tüm hastalıkların bu basamak içinde kapsanması - Bu amaç için gerekli tıbbi malzemenin bulunması - Hastalıkların tanı ve tedavisinin yanı sıra esenlendirici sağlık hizmetlerinin (rehabilitasyon) ve uygun izlemin yapılabilmesi -Koruyucu ve önleyici hekimlik uygulamalarının sunulması -Anne, çocuk ve üreme sağlığı ile ilgili sunulan hizmetlerin yelpazesi -Sağlığın ve sağlık davranışının özendirilmesine yönelik etkinlikler
--	---

KAYNAKLAR

1. Türk Tabipleri Birliği. On soruda 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair kanun. URL adresi <http://www.istabip.org.tr/icerik/10-soruda-224-sayili-saglik-hizmetlerinin-sosyal/>, son erişim tarihi 15 Ağustos 2010.
2. TC Sağlık Bakanlığı. Aile hekimliği Türkiye modeli. Mavi Ofset, Ankara, 2004.
3. World Health Organization: The World Health Report 2008: primary health care now more than ever Geneva, WHO 2008.
4. Boerma WGW: Mapping primary care across Europe. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care Open University PressSaltman RB, Rico A, Boerma WGW 2006, 22-49.
5. Health Council of the Netherlands: European primary care. 2004/20E, 1-120. 16-12-2004. The Hague, Health Council of the Netherlands.
6. Macinko J, Starfield B, Shi L: The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res 2003, 38:831-865.
7. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research 2010;10:65.
8. Frostholm L, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, et al. Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow up study. J Psychosomatic Research 2007; 62:129-138.
9. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Çalışma ve değerlendirme raporu: Surveyans sistemi mevcut durumu ve uluslararası kuruluşların talep ettiği sağlık göstergeleri ile uyumu, Ocak 2007. URL <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/surveyans/calismaraporu.pdf> , son erişim tarihi 15 Ağustos 2010.
10. Halil Ekinci. Sağlık Bakanlığı Genel Müdür Yardımcısı. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması. URL <http://www.sunummerkezi.org/?s=225B593B5E3A365620>, son erişim tarihi 30 Ağustos 2010.
11. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. URL http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf
12. Margolis PA, Stevens R, Brodley CW, Stuart J, Harlan C, et al. From concept to application. The impact of community wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. Pediatrics 2001;108:e42.
13. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, et al. Cochrane systematic review. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Cochrane Library 2009, issue 1.
14. Freed GL, Dunham KM, Gebremariam A, Wheeler JRC, and the Research Advisory Committee of the American Board of Pediatrics. Which pediatricians are providing care to America’s children? An update on the trends and changes during the past 26 years. The Journal of Pediatrics 2010;157:148-152.

İZMİR İLİNDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Sevinç Aslan Hızal

Toplum Sağlığı Merkezi Hekimi, İzmir

İzmir ilinde Aile Hekimliği sisteminin uygulanmasına 14/05/2007 tarihinde resmen başlanmıştır. Sistem başlatılmadan önce İl Sağlık Müdürlüğü tarafından tüm il nüfusu yaklaşık 3000 ila 3700 kişilik bölümlere ayrılarak 1087 adet aile sağlığı birimi oluşturulmuş ve bu birimlere hizmet puanlarına göre sözleşme imzalayan aile hekimleri ile boş kalan yerlere sözleşme imzalamayan hekimler geçici görevli olarak yerleştirilmiştir. Bu hekimlere daha önce CD'lere yüklenen kendilerine bağlı nüfusun TC Kimlik Numaraları ve genel bilgileri verilmiştir. Halen İzmir'de 1114 Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır.

Türkiye'de 63 ilde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir ve Sağlık Bakanlığı yıl sonuna kadar uygulamayı tüm Türkiye'de başlatmış olmayı planlamaktadır. Ancak bununla birlikte iller arasında uygulama farklılıkları da ortaya çıkmaktadır. İzmir'de Aile Hekimliği sistemi başladığı tarihten bu yana birçok sorunla devam etmektedir. Bu sorunlardan başlıcaları şu şekilde sıralanabilir:

-Aile Hekimliği sistemi KİMLERE hizmet sunar?

Aile Hekimliği Sistemi uygulanırken İzmir'de AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) adı verilen bir kayıt programı kullanılmakta ve sunulan tüm hizmetler bu program üzerinden yürütülmektedir. Programın özelliği TC kimlik numarasını baz alarak kişileri kayda alması olup TC kimlik numarasının bulunmadığı durumlarda kişiyi sisteme dahil etmek mümkün olamamaktadır. Aile Hekimlerinin performansı ve buna bağlı olarak maaşlarında yapılacak kesinti miktarı bu sistem üzerinden belirlendiğinden, Aile Hekimleri sisteme kaydedemedikleri kişilere hizmet vermek istememekte, misafir hastalara bakmak istememekte, bundan dolayı şikayet edilmedikleri sürece herhangi bir sorumlulukları ve yasal yaptırım bulunmamaktadır. Çünkü Aile Hekimlerinin yaptıkları tüm çalışmalar kayıtlı kişiler üzerinden değerlendirilmektedir.

-Aile Hekimliği sistemine dahil edilemeyenler kimlerdir?

-TC kimlik numarası olduğu halde hiçbir hekime kayıtlı olmayan kişiler. (Bu kesim hekime başvurmadiği sürece bu sistemde tespit edilmesi mümkün olmayan kesimdir. Çünkü artık daha önce sağlık ocaklarının bulunduğu dönemde olduğu gibi kapı kapı dolaşarak yapılan tespit çalışmaları yapılmamaktadır. Sistem bölge tabanlı olmadığı için hekimler sadece kendilerinde kayıtlı kişilere ev ziyaretleri yapmakta, hiçbir hekime kayıtlı olmayan kişinin tespit edilmesi ise ancak bizzat kendisinin hekime müracaatı halinde mümkün olabilmektedir.)

-T.C. kimlik numarası bulunmayan kişiler

-Yeni doğan ve henüz nüfus cüzdanı çıkarılmadığı için T.C. kimlik numarası almamış olan bebekler.(Her ne kadar 25.05.2010 tarihli yönetmelikle yenidoğan bebeklerin kaydının annenin kayıtlı olacağı hekime yapılacağı düzenlenmişse de uygulamada hiç tespit edilmemiş veya tespit edildikten sonra çeşitli sebeplerle ulaşılamayan gebelerin bebekleri için sorun hala devam etmektedir. Özellikle evde doğumlar, evlilik dışı veya imam nikahlı evliliklerden doğan çocuklar)

-Yabancı uyruklu kişiler

Oysa özellikle koruyucu sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan, hekime ulaşamayan bu kesimdir. Özellikle gecekondlu mahallelerinde oturan ve çoğu doğu illerinden göç etmiş bazı vatandaşlarımızın bu sisteme kayıtlı olmadıkları yada çocuklarına henüz nüfus cüzdanı çıkarılmadığı gerçeği çoğu idareci tarafından da bilinmektedir. Bu kesimdeki gebe ve loğusaların düzenli olarak takibi ve aşılanması, bebek ve çocukların büyüme-gelişme geriliği açısından takibi ve aşılanması, neonatal tarama programı gereğince kanlarının alınması ve takibi, yaşlıların kronik hastalıklar açısından takibi, aile planlaması v.b. hizmetler açısından öncelikli olmaları gerekirken, Aile hekimlerine verilen kayıtlı nüfus içinde yer almamaları halinde kendilerine hangi aile hekimi veya aile sağlığı elemanı tarafından ulaşılacağının ve koruyucu sağlık hizmetlerinin nasıl gtrleceğinin düzenlenmemiş olması sistemin en büyük amazıdır. Çünkü Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin “Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları” başlıklı 4. maddesinin (c) fıkrasında **“Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,”** denilmektedir. Oysa eski sistemde sağlık ocağı ebeleri her sokakta her evi belirli periyotlarla dolaşarak tespit edilmemiş, yeni taşınmiş veya göç etmiş vatandaşlara ulaşarak koruyucu sağlık hizmetinin verilmesini sağlayabiliyorlardı. Sisteme kaydedilmemiş bu nüfusa koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmemesi ve yaşadıkları meknların ve sosyal koşullarının bilinmemesi (temiz su ve kanalizasyon, iyi ışık almayan ve havalandırması olmayan sağlıksız mekanlarda kalabalık bir şekilde yaşamaları) her türlü bulaşıcı hastalığın ortaya çıkması ve çıkabilecek hastalıkların önceden engellenememesine neden olacaktır.

-Aile Hekimliği sistemi, topluma ve aileye bütüncül yaklaşmakta mıdır?

Gerek koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekse tedavi edici hizmetlerde aileye ve topluma bütüncül yaklaşmak esastır. Oysa bu sistemde isteyen her aile bireyi farklı aile hekimlerine kaydolabilir. İdarenin ilk bölge paylaştırma işleminden sonra 3 ayda bir, dileyen her birey bir başka aile hekimine kayıt yaptırabilir. Örneğin fabrikada çalışan işçi fabrikasında yetkilendirilmiş aile hekimine zorunlu olarak kaydolacaktır. Ancak bu işçinin eşi ve çocukları kendi oturdukları semtteki aile hekimine, niversiteye giden ve yurttan kalan çocuğu bir başka aile hekimine kayıt yaptırabilir. Bu durumda ailedeki bulaşıcı hastalıklar, genetik hastalıklar veya ortak oturan ikametghın özellikleri açısından ailenin bir bütün olarak ele alınması mümkün olamayacaktır. Bazı bulaşıcı hastalıklarda ailenin tümünün sağlık taramasından geçirilmesi veya tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu tür durumlarda bu tedavi birliği nasıl sağlanacaktır? Bununla birlikte mevcut Verem Savaş Dispanserlerinin sayısının azaltılması planlanmakta, hatta birçok Verem Savaş Dispanserinde kadrolu olarak görev yapan Göğüs Hastalıkları Uzmanları hastanelere atanmaktadır.

Sağlık ocaklarının hizmet verdiği dönemde bölge tabanlı olarak her ebe veya hemşirenin sorumlu olduğu nüfus ve buna bağlı olarak her sağlık ocağının hizmet verdiği nüfus kesin sınırlarla belirlenmişken, tespit edilmeyen gebe, bebek ve çocukların oranı oldukça düşük olup bilimsel olarak hedef gebe ve bebek sayısı tahmin edilebilir durumdaydı. Ancak bu sistemde bölge bazlı bir hizmet sunumu olmadığı için bu tahminleri yapmak ve buna göre bütüncül olarak hizmetin verimliliğini değerlendirmek imkansız hale gelmiştir.

-Aile Hekimliği sisteminde sevk zinciri gerekli midir?

1 Temmuz 2007’de yürürlüğe giren Tedavi Uygulama Tebliği sevk zincirini tamamen ortadan kaldırmış, niversite hastaneleri dahil isteyen herkesin istediği yere sevk almaksızın muayene olabileceği düzenlenmiştir.

Bu tebliğ ile, aile hekimliği sisteminin temelini oluşturan ve olmazsa olmazı olan SEVK ZİNCİRİ ZORUNLULUğu ve bununla birlikte her hekimin hastasını tanıma ve takip etme uygulaması ortadan kalktığına göre aile hekimliği sisteminin uygulanma amacı da ortadan kalkmış ve

sistemin devam etmesinin hiçbir anlamı kalmamıştır. Çünkü bu tebliğe göre istediği sağlık kurum veya kuruluşunda (1.,2.veya 3. basamak devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastane veya poliklinikler) muayene ve tedavi olan hastanın takibi imkansız hale gelmektedir. Her ne kadar Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde tanı ve tedavisi Aile Sağlığı Merkezinde yapılamayan hastanın Aile Hekimi tarafından 2. veya 3. basamak bir sağlık kuruluşuna sevk edilerek, daha sonra takibinin yapılacağı düzenlenmişse de gerçekte sevk zinciri zorunluluğu olmadığı için bu hiç uygulanmamakta, bu kişilere periyodik sağlık taraması yapılması, hastalıkları ile ilgili tetkikler yapılarak durumlarının değerlendirilmesi (örneğin: raporuna uygun ilaçları kullanan hastanın ilaç dozunun değiştirilmesi ihtiyacı olup olmadığı) veya koruyucu sağlık hizmeti verilmesi tamamen hastanın inisiyatifine kalmakta, hasta istemezse Aile Hekimine hiç gitmeyerek sorununu doğrudan hastanede çözebilmektedir. Aynı şekilde birçok gebe hastanelere gitmekte ve takiplerini yaptırmakta, aile hekimi tarafından hiç görülmeden doğum yapan gebeler bulunmaktadır.

-Aile Hekimliği sistemi gerçekten hizmete ulaşmayı kolaylaştırmış mıdır?

Aile hekimliği sistemine geçilirken her aile hekimine bağlanacak ortalama nüfus harita üzerinden tespit edilerek oluşturulmuştur. Bu nüfusun ikamet ettiği bölgenin coğrafi özellikleri, ulaşılabilirlik durumu v.b. özellikler göz ardı edilmiştir. Hasta akışına ters, yokuşlu, dolmuş veya otobüslerin yakın bir güzergâhtan geçmediği bölgelerdeki kişiler kendilerine yakın sağlık ocakları yerine oldukça uzaktaki aile hekimlerine bağlanmışlardır. Kayıtlı oldukları hekiminin kendilerine uygun bir bölgede bulunmadığını düşünen birçok vatandaş aile hekimlerini değiştirmek üzere Toplum Sağlığı Merkezlerine başvurmuştur. Ancak sisteme sürekli olarak yeni illerin katılması sebebiyle Aile Hekimliği Değişiklikleri internet bağlantılarındaki arızalardan dolayı özellikle son 4 aydan beri zorlukla gerçekleştirilebilmektedir. Bu değişiklikler esnasında hastalarını kaybetmek istemeyen bazı hekimler Aile Sağlığı Merkezleri dışında binalar kiralayarak Aile Sağlığı Elemanları ile birlikte tıpkı birer özel muayenehane hekimi gibi hizmet vermeye başlamışlardır. Hekim değiştirme süreci esnasında hasta takibi de zorlaşmaktadır. Özellikle gebe ve bebekler açısından aile hekimi değişiklikleri esnasında izlemlerin eksik yapılması ihtimali artmaktadır.

-Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde, bulaşıcı hastalıkların takibinde, bağışıklama ve aile planlaması hizmetlerinin verilmesinde iyileşme olduğu söylenebilir mi?

Aile hekimliği sisteminde Aile Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. Bu merkezlerde poliklinik odaları ve içindeki eşyalar sözleşmeli aile hekimlerine kiralanmış ve her aile hekimi yanında çalışan aile sağlığı elemanı ile birlikte aile sağlığı birimini oluşturmuştur. Bu birimler daha önce sağlık ocaklarında verilen hizmetlerin bir kısmını (bebek-gebe aşıları ve takipleri, poliklinik hizmetleri, laboratuvar ve enjeksiyon-pansuman gibi hizmetler) vermekte, geriye kalan sağlık ocağı hizmetleri (okul aşıları ve çevre sağlığı hizmetleri gibi bazı koruyucu sağlık hizmetleri) toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmektedir.

Yeni sistemde aile hekimlerine yüklenen iş yükünün birinci sırasını poliklinik hizmetleri almış olup koruyucu sağlık hizmetleri daha gerilere düşmüştür. Çoğu zaman koruyucu sağlık hizmeti sadece Aile Sağlığı Elemanı tarafından yürütülmekte, ancak sorunlu vakalarda hekim hastayı görmektedir. Bununla birlikte gebe ve bebeklere belirlenen izlem aralığında çeşitli sebeplerle izlem yapılmamışsa bile performans kesintisi kaygısıyla izlem yapılmış gösterilmekte, bu sebeple ceza alan hekimler olmaktadır. Ekip çalışması ortadan kalktığı için daha çok işgücü kaybı oluşmuş, bireysel çalışmalardan dolayı koordinasyonsuzluk ortaya çıkmıştır. Soğuk zincirin sağlanması ve takibi zorlaşmış, aşı zayi miktarları artmıştır. Daha önce tüm bu hizmetlerin kimler tarafından verileceği belirlenmiş olup kendi alanında özel eğitim almış kişiler (verem aşısı konusunda eğitilmiş personel bu aşığı uyguluyordu, RIA takma eğitimi almış personel veya laboratuvar eğitimi almış personel kendi alanında çalışıyordu) bu hizmetleri

sunarken bu sistemde işbölümü ve özel eğitimi ya da bu alanlarda yeterli deneyimi olup olmadığına bakılmaksızın her birim aynı hizmetleri kendi başına vermektedir.

Aile planlaması hizmetleri, özellikle RIA uygulamaları Aile Sağlığı Merkezlerinde çok düşük sayılarda gerçekleştirildiği için ciddi bir biçimde azalmış, aile hekimine bağlı nüfus belirli bir bölge ile sınırlanamayacağı için (hastanın hekim seçiminde bölge sınırlaması bulunmamaktadır) hedef nüfus, hedef gebe ve bebek, hedef canlı doğum ve hedef aşı dozları da tespit edilemez hale gelmiştir. Tüm istatistiksel veriler, Aile Hekimine kayıtlı nüfus üzerinden elde edildikleri için yalancı bir iyilik hali oluşturmakta, kayıtsız olduğu için hizmet verilmeyen kesimi kapsamamaktadır. Bununla birlikte Temmuz ayına kadar Aile Hekimlerinin istatistiksel verileri Toplum Sağlığı Merkezi hekimleri tarafından kontrol edilerek veriler arasındaki uyumsuzluklar giderilmeye çalışılırken, Temmuz ayından itibaren artık aylık çalışmalar düzenlenmemekte, dolayısıyla veriler arasındaki uyumsuzluklar ve bu uyumsuzlukların kaynağı sorgulanamamakta, istatistiksel veriler güvenilirliklerini yitirmektedir. Her ne kadar verilerin güvenilirliğinin yüksek olduğu iddia edilse de bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı, aile hekimi değişiklik talepleri sebebiyle günlük olarak değişmekte, bunun yanında sisteme herhangi bir sebeple kaydedilmemiş olan bebekler ve bu bebeklere uygulanan aşılar sistemde hiç yer almamaktadır.

-Aile Hekimliği sistemi ile beraber etik dışı uygulamalarda artış olmuş mudur?

Hekimlerin yanlarında çalışacak aile sağlığı elemanını seçerken bu personelin eğitim ve deneyiminden çok, az izin kullanan, küçük çocuğu olmayan, emekliliğine uzunca bir süre olan ve hekimin işini kolaylaştırabilecek kişileri tercih ettikleri sözleşmeli aile hekimlerinin kendi söylemlerinden anlaşılmaktadır.

İlk 6 aylık sürenin bitiminde hastaların hekim değiştirmesine olanak tanındığında, hekimler arasında da hasta kapma kaygısı ve bu kaygının ortaya çıkardığı başka etik dışı davranışlar gözlenmeye başlamıştır. Hastalara hoş görünmek kaygısıyla standart tedavi şemalarının dışına çıkmak, hastanın bazı isteklerini tıbbi zorunluluk gerekmediği halde yerine getirmek ve hastayı bazı konularda yanlış bilgilendirerek yönlendirmek bunlardan birkaçıdır.

Ancak en vahimi ve hasta açısından da en tehlikelisi kendilerine maddi bir getirisi olmayacağı için, hekimlerin, sisteme yukarıda sayılan sebeplerle kaydı yapılamayan hastalara hizmet vermeyi angarya olarak görmeleri ve bu kişilere hizmet vermek istememeleridir. Aile hekimliği sistemini savunurken yetkililer, aile hekimlerinin kişi başına ücret almaları sebebiyle kaydedebilecekleri maksimum sayıya ulaşmak için çaba harcayacaklarını ve bu esnada tespitsiz gebe ve bebek kalmayacağını öngörmüşler ancak T.C. kimlik numarası bulunmadığı için veya yukarıda anlatılan sebeplerden herhangi biri nedeniyle sisteme kaydı yapılamayan kişilerin aile hekimlerinin maaşına yansımayacakları için aile hekimleri tarafından takip edilmeyeceklerini göz önünde bulundurmamışlardır. Halihazırda aile hekimlerine ödenen kişi başı ücretlerde katsayı uygulamasına geçilmesi için hazırlıklar yapılmakta, özellikle daha sık takip edilmesi gereken bebek, gebe, loğusa ve kronik hastalığı bulunan yaşlı kişiler için ödenecek paranın katsayısının, teşvik edici olması amacıyla artırılması planlanmaktadır.

Reçete edilen ilaç miktarının Sağlık Ocakları dönemine nazaran çok daha fazla olması sebebiyle, Aile Hekimleri ile ilaç firmalarının temsilcileri arasında etik dışı bazı davranışların gelişebilme ihtimalinin bu sistemde çok daha yüksek olduğu da gözden kaçırılmamalıdır.

Bunla birlikte Aile Hekimi olmak istemeyen hekimlerin Toplum Sağlığı Merkezlerinden rotasyonla sürekli olarak hastanelere, çeşitli sebeplerle boş kalan aile hekimliği birimlerine, 112 acil yardım istasyonlarına ve askerlik şubeleri gibi hekim ihtiyacı bildiren yerlere görevlendirilmeleri devam etmekte, hekimlerin gelecekleri ile ilgili belirsizlikler artmakta ve bu görevlendirmeler sisteme katılmamanın sonucu olarak bir cezalandırma yöntemi gibi kullanılmaktadır.

AİLE HEKİMLİĞİNDE YENİ GELİŞMELER VE ANNE-ÇOCUK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Ayşegül Kabanlı

Antındağ Aile Sağlığı Merkezi, İzmir

Aile hekimleri sağlık sistemiyle sağlıklı ve hasta bireylerin ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, yas, cinsiyet yada kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, mesleki şartlar ve kültürel boyutlarıyla ele alır.

Anne ve çocuk sağlığı 1. Basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliği uygulamasının vazgeçilmez unsurlarındandır. Gebelik öncesi bakım pek çok kadını

tıbbi sisteme dahil eder, hekimlerin temel sağlık problemleri ve aşılama öyküsü gibi obstetrik dışı konuları bilmelerine de olanak sağlar, prenatal bakım kapsamında anne ve bebeğin alacağı sağlık hizmetleri doğum ve doğum sonrası oluşabilecek komplikasyonları minimal düzeye indirir, anne ve bebeğin yaşam kalitesini yükseltir. Doğan bebeklerin bağışıklamasının tamamlanması ve takibi, motor mental gelişimlerinin takibi, devam eden süreçte ergen sağlığı hizmetleri, risk gruplarının belli dönemlerde takibi, iş ve işçi sağlığı hizmetleri, kronik hastalık takibi ve geriatrik hizmetler aile hekimlerinin sorumlu oldukları alanlar içindedir.

Hizmet alan kişilerle etkili iletişim, sahiplenme, kolay ulaşılabilir olma ve güven aile hekiminin ana temalarındandır.

Aile hekimliğine geçişle birlikte ülkemizin sağlık göstergelerinin daha iyiye gideceğine inanıyoruz, en önemli değişikliklerin ise anne ve çocuk sağlığı göstergelerinde olmasını diliyoruz.

Aile hekimliği ile anne ve çocuk sağlığı alanında planlamacı, yönetici ve hizmet sunan olarak gelecekte ülkemizdeki yaşlıların, kronik hastaların, kadınların, gençlerin, bebeklerin ve çocukların daha iyi sağlık düzeyine kavuşmalarını diliyorum.

I

15 Ekim 2010, Cuma

PANEL: AŞILAR

Başkanlar:

Zafer Kurugöl, Selda Polat

Konuşmacılar:

Ahmet Arvas

Çocukluk çağında aşılama

Emel Gür

Adolesan aşılması

Nurdan Evliyaoğlu

Özel durumlarda aşılama

Adem Aydın

Yeni geliştirilmekte olan aşılar

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA AŞILAMA

Prof. Dr. Ahmet Arvas

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Bağışıklama, kişileri enfeksiyon hastalığının görülme riskinin en yüksek olduğu yaş döneminden önce aşılayarak hastalığa karşı yüksek korunma sağlayan, maliyet-yararlılık oranı en düşük çok önemli koruyucu sağlık hizmetidir. Çocuklarda aşılanmanın amacı; yakalanıldığında yan etki, sakatlık ve ölüm olasılığı yüksek olan enfeksiyon hastalığına karşı korumak, sağlanan yüksek aşılama hızları ile aşılanmamış kişilerde o hastalığa karşı bağışıklık sağlamak ve patojen ajanın geçişini azaltarak toplumda hastalığın azalmasını veya kaybolmasını sağlamak (herd immünite), salgınları önlemek ve çocuk felci (polio) örneğinde olduğu gibi hastalığın yeryüzünden ortadan kalkmasını sağlamaktır. Dünyada her yıl beş yaş altında ölen 7.7 milyon çocuğun %90 ı geliştirmekte olan ülkelerde olmakta ve ölümlerin %68 inden enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır. Her yıl pnömoniden 1.5 milyon, ishalden 1.3 milyon, sıttadan 750 bin ve kızamıktan 165 bin çocuk kaybedilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1974 yılında geliştirilen Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki aşılarla (BCG, DBT, çocuk felci, kızamık, Hep B, Hib; son iki aşı daha sonraki yıllarda eklenmiştir) her yıl 2.5 milyon çocuk ölümü engellenmektedir. Pnömonokok ve rotavirus gibi yeni aşıların yaygın uygulanmasıyla 1.5 milyon çocuk ölümü önlenebilecektir. Ülkemizde son yıllarda bağışıklamada önemli kazanımlar elde edilmektedir. Ulusal aşı takviminde mevcut aşılarla çocuklardaki aşılanma oranları tüm aşılar için %90 ın üzerine çıkmıştır. Sağlık Bakanlığının 2009 verilerine göre aşılanma oranları BCG de %94, 3 doz DBT ve polioda %99, 3 doz HepB de %96, Kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) da %97 dir. Yüksek aşılama oranları sayesinde her yıl 40-50 bin çocuğun ölmesi engellenmiş olmaktadır. Etkin bağışıklama sayesinde vahşi virusa bağlı çocuk felci 1998 den beri görülmemektedir ve 2010 yılı sonunda yerli virusa bağlı kızamık hastalığının elemine edilmesi hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığının raporuna göre 2008'de aşı ile önlenbilir olgu sayıları kızamık (4) (2009 da da 4 olgu), tetanoz (14), neonatal tetanoz (7), boğmaca (21), Hepatit B (5849), difteri (0), tüberküloz (17.600) dir.

Çocukluk çağında bağışıklama için düzenlenen ulusal aşı takvimleri dinamik olup başta hastalık yükü olmak üzere farmakoekonomik, yararlılık, sürdürülebilirlik gibi bir çok etmenlere bağlı olmak üzere değişkenlik gösterebilmektedir. Türkiye'de en son 2008 de önce beşli aşı (DaBT/IPV/Hib) ve sonra konjuge pnömonokok aşısı (KPA-7) ulusal aşı takvimine alınmıştır. Dünyada ergen ve erişkinlerde boğmaca insidansı giderek artmaktadır. Hastalığın çoğu kez asemptomatik veya hafif klinik belirtilerle görülmesi tanısız güçlük nedeniyle gerçek görülme sıklığının az gösterilmesine yol açmaktadır. Bu nedenle birçok gelişmiş ülke aşı programına ergen yaşta asellüler boğmaca aşısını da almıştır. Ülkemizde de ilköğretim birinci sınıfta Td yerine DaBT/IPV aşı uygulaması gündemdedir. Başta ABD olmak üzere birçok AB ülkelerinde, Avustralya ve bazı Latin Amerika ülkelerinde çocukluk çağında değişik doz ve zamanda uygulanmakta olan rotavirus, konjuge meningokok (monovalan veya tetravalan), suçiçeği, influenza, Hepatit A, HPV ve Tdap aşıları halihazırda ulusal aşı takvimimizde yer almamaktadır (Tablo1, 2).

Konjuge pnömonokok aşısı

Pürülan menenjit, bakteriyemi/sepsis gibi invazif, otit, pnömoni ve sinüzit gibi noninvazif hastalıklara neden olan S. Pneumonia (pnömonokok) yılda yaklaşık 800 bin çocuğun

ölümüne yol açmaktadır. 2000 yılında uygulamaya başlanan 7 değerlikli (valan) konjuge pnömokok aşısı (KPA-7: 4,6B,9V,14,18C,19F,23F serotiplerini içerir) Dünya Sağlık Örgütü'nün gelişmekte olan ülkelerde de uygulanması gerekliliğine karar vermesinden sonra artan bir hızla ülke aşı takvimlerine girmeye başlamıştır ve 2010 yılında 49 ülkenin aşı programında yer almaktadır. KPA-7 uygulamasıyla invazif pnömokok hastalığı (İPH) gelişmiş ülkelerde önemli ölçüde azalmaya başlamış, KPA-7 sonrası ABD de <5 yaşta İPH %94, >5 yaşta %25 azalmış, aşı sonrası penisilin direnci %28.9'dan %19.5'e düşmüştür. Aynı ülkede pnömoni %11, akut otit media (AOM) %42.7 ve tüp takılması %23 azalmıştır. Finlandiya'da aşı serotipine bağlı AOM %57, herhangi bir etkene bağlı AOM %34 azalmış, herhangi bir etkene bağlı pnömoni Afrika'da %25, Finlandiya'da ise %20 azalmıştır. Genel olarak KPA-7 sonrası 5 yaş altında İPH insidansı gelişmiş ülkelerde 10/100.000 in altına inmiştir. KPA-7 aşısı çocuklarda nazofarengiyal taşıyıcılığı azaltmakta, dolayısıyla toplumsal bağışıklamayı (herd immünite) artırmaktadır. KPA-7 uygulama öncesi ve sonrası ülkemizde süveyans çalışmaları yeterli değildir. Yapılan çalışmalarda çocuklarda nazofarengiyal pnömokok taşıyıcılığı %4.2-28 arasında değişmektedir. Tahmini hesaplamalara göre ülkemizde her yıl yaklaşık 250 pürülan menenjit, 2500 bakteriyemi/sepsis, 250 bin pnömoni ve 2.5 milyon AOM olgusu beklenmektedir.

Tablo 1. Ulusal aşı takvimi-2010

doğumda	HepB1
1. ay	HepB2
2. ay	BCG, DBT/IPV/Hib1,KPA1
4. ay	DBT/IPV/Hib2,KPA2
6. ay	DBT/IPV/Hib3,HepB3,OPV1,KPA3
12. ay	KKK1, KPAR
18-24. ay	DBT/IPV/HibR, OPV2
1. sınıf	Td, OPV3, KKKR
8. sınıf	Td

Tablo 2. Genişletilmiş aşı takvimindeki diğer aşılarda

Aşı	Primer	Rapel
rotavirus	2, 4, 6 ay	
influenza	6 ay (yıllık)	
Suçiçeği	12-15 ay	4-6 yaş
HepA	12 ay	2.doz: 6-12 ay sonra
MCV	2,4,6 ay	12-15.ay
MCV4	2-55 yaş (tek doz)	
Tdap	11-12 y veya 13-18 yaş	
HPV	9. yaştan sonra (3 doz)	

R: rapel, MCV: konjuge meningokok aşısı, MCV4: tetravalan konjuge meningokok aşısı, Tdap: tetanoz-difteri-asellüler boğmaca aşısı, HPV: human papillomavirus aşısı

KPA-7 sonrası gerek nazofarengiyal taşıyıcılık ve gerekse invazif ve noninvazif pnömokok hastalıklarında aşı serotiplerinin azalmasına paralel aşı içinde bulunmayan serotiplerde artış görülmeye başlanmıştır. Başta ABD olmak üzere bir çok ülkede aşı içeriğinde bulunmayan 19A ve diğer serotiplere bağlı İPH epidemisi bildirilmektedir (replacement; yer değiştirme). Bakteriyel AOM nın 2/3 nedeni aşı dışı serotiplere bağlı pnömokoklar (1 ve 3 gibi) ve tiplendirilemeyen Hemofilus influenza (NTHİB) dır ve KPA-7 yeterli etki göstermemektedir. Çeşitli ülkelerde ampiyem etkeni olarak serotip 1 pnömokok bildirilmektedir. Bu nedenle yeni konjuge pnömokok aşıları (KPA-10 ve KPA-13) üretilmiş ve ülkemiz dahil birçok ülkede lisans almıştır. KPA aşılarının İPH daki etkinliği aşağıdaki gibidir:

	PCV7	PCV10	PCV13
ABD	%86	%88	%92
Avrupa	%74	%84	%89
Afrika	%67	%81	%87
Latin Amerika	%65	%81	%87
Asya	%43	%66	%73

Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada pürülan menenjitin en sık etkenleri sırayla N. Menenjitis (%56.5), S. Pnömonia (%22.5) ve Hemofilus influenza tip b (Hib) (%20.5) dir. KPA-7 aşı öncesi İPH da serotip dağılımını araştıran çok merkezli bir başka çalışmada da en sık pnömokok etkenleri sırayla; 19F,6B,14,19A ve 3 olarak saptanmıştır. Aşı etkinlikleri aşağıdaki gibidir:

0-2 yaş: KPA-7:%68 KPA-10:%76 KPA-13:%83
0-5 yaş: KPA-7:%58 KPA-10:%70 KPA-13:%84
0-17 yaş:KPA-7:%50 KPA-10:%64 KPA-13:%78

Görüldüğü gibi bu araştırmalar KPA-7 nin yerine diğer KPA aşılarının uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. 2011 ulusal aşı takvimimizde bu aşılarından birinin KPA-7 yerine geçmesi beklenmektedir. KPA-10 daki serotipler: KPA-7 içeriğine ek olarak 1,5,7F; KPA-13: 1,5,7F,3,6A,19A içermektedir.

Her iki aşının KPA-7 ile eşdeğer immünojenitesi (ELISA ve OPA değerleriyle), etkinliği, güvenilirliği, diğer aşılarla birlikte uygulanabilirliği, farmakoekonomik çalışmalarla maliyet etkinliği birçok çalışmalarla gösterilmiştir. Her iki aşı KPA-7 gibi 3+1 doz olarak uygulanmaktadır. AAP ve ACIP KPA-13 ü aşı şemasında herhangi bir aşamada KPA-7 yerine uygulanabileceğini önermektedir. KPA-10 için aynı tip bir uygulamayı önerecek yeterli veriler henüz bulunmamaktadır, primer ve pekiştirme doz olarak 4 kez verilmesi şimdilik daha uygun görülmektedir.

Rotavirus aşıları

Her yıl dünyada rotavirusa gastroenteritine (RVGE) bağlı 527 bin ölüm görülmekte ve bunun ¼ ünden fazlası Asya ve Afrika ülkelerinde gerçekleşmektedir. Coğrafik bölgelere, mevsimlere ve epidemilere bağlı değişkenlik göstermekle birlikte en sık görülen RV serotipleri; G1P8 (%64), G2P4 (%12), G3P8 (%3), G4P8 (%9) ve G9P8 (%3) tür.

2005-2006 yılları arasında ülkemizde yapılan 4 merkezli bir çalışmada 5 yaş altı GE in %53 nedeni RV olup olguların %83.8 i 2 yaşın altında bulunmuştur. Serotip dağılımı şöyledir: G1P[8]:%76, G2P[4]:%12.8, G9[P8]:%3.9.Ülkemiz dahil 90 ın üzerinde ülkede

lisansı olan ve 22 ülkenin aşı takviminde bulunan rotavirus aşılarının iki ticari şekli bulunmaktadır: rotarix ve rotateq. Her iki aşı ağır RVGE yi önlemede %95.8-%100, her hangi bir GE den hastaneye yatışı önlemede %58.9-75 etkin bulunmuştur.

Rotarix (GSK): 2 ve 4. aylarda olmak üzere 2 doz uygulanır. İlk doz en erken 6.hafta, en geç 14.hafta (Avrupa'da:12. h), son doz en geç 8.ay (Avrupa'da:24 h). İki doz aralığı en erken 4 haftadır.

Rotateq (MSD): 2,4 ve 6. aylarda 3 doz uygulanır, doz uygulamada dikkat edilecek özellikleri rotarix gibidir.

Her iki aşı sonrası sürveyans çalışmalarında invajinasyon görülme sıklığı genel olarak toplumda rastlanılan orandan fazla değildir. Rotavirus aşısı ulusal aşı takvimimizde yer almamaktadır. Doz başı 7 doların altındaki bir maliyetin gelişmekte olan ülkelerde aşı uygulaması için maliyet-etkin olduğu gösterilmiştir.

Konjuge meningokok aşısı

Halen İngiltere, Galler, İrlanda, İspanya, Kanada ve Belçika gibi ülkelerde mono valan konjuge meningokok C aşısı süt çocuklarında primer (2 veya 3 doz) ve pekiştirme dozu olarak kullanılmaktadır. İnvazif meningokok hastalık sıklığını oldukça azalttığı görülmüştür. Meningokok serotip dağılımı ülkelere göre değişkenlik göstermektedir. Ör; ABD'de grup B,C,Y; Avrupa'da grup B,C; Afrika'da A,C,W; Asya'da A,C yaygındır. Ülkemizde yapılan ve devam eden çok merkezli çalışmada çocuklarda pürülan menenjitin en sık etkeni olan N. Meningitis (%41) in serogrup dağılımı şöyledir: serogrup B (%35.1), W-135 (%17.6), A (%8.3). Grup B ye karşı konjuge aşı çalışmaları (Novartis firmasının revers teknoloji ile hazırladığı B konjuge aşısının Faz III çalışmaları devam etmektedir) henüz tamamlanmamıştır. Tetravalan konjuge meningokok aşıları (MCV4; A,C,W,Y) lisans almıştır. Ancak 2 yaşından sonra 55 yaşa dek risk gruplarında tek doz olarak uygulanmaktadır. Küçük süt çocuklarında da MCV4 ün immünojenitesi yüksek bulunmakla birlikte halen bu yaş grubunda önerilebilir durumda değildir.

Kaynaklar

- World Health Organization. World Health Statistics 2010. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf. Access:08.17.2010.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Available at: <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFF88F742D0D711251F98E2B0DB37EDA76>. Access:07.1.2010.
- Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Global, regional and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. Lancet 2010; 375: 1969-87.
- Dinleyici EC, Yargic ZA. Pneumococcal conjugated vaccinees: impact of PCV-7 and new achievements in post vaccine area. Expert Rev Vaccines, 2008; 7: 1367-94.
- Ozdemir B, Beyazova U, Camurdan AD, et al. Nasopharyngeal carriage of Streptococcus pneumoniae in healthy Turkish infants. J Infect, 2008; 56: 332-9.
- Dinleyici EC, Kurugöl Z. 6th World Congress of the World Society for Pediatric Infectious Diseases (WSPID). Expert Rev Vaccines, 2010; 9: 261-72.
- Pyrmula R, Kriz P, Kaliskova E, et al. Effect of vaccination with pneumococcal capsular polysaccharides conjugated to Haemophilus influenzae-derived protein D on nasopharyngeal carriage of Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae in children under 2 years of age. Vaccine, 2009; 28: 71-8.

- Ceyhan M, et al. Poster sunum, WSPID Kongresi, Boines Aires, Arjantin, 2009.
- Ceyhan M, Yıldırım I, Sheppard CL, George RC. Pneumococcal serotypes causing pediatric meningitis in Turkey: application a new technology in the investigation of cases negative by conventional culture. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2010; 29: 289-93.
- Ceyhan M, Yıldırım I, Balmer P, et al. A prospective study of etiology of childhood acute bacterial meningitis, Turkey. *Emerg Infect Dis*, 2008; 14: 1089-96.
- Vesikari T, Wysocki J, Chevallier B, et al. Immunogenicity of the 10-valent pneumococcal non-typeable *Haemophilus influenzae* protein D conjugate vaccine (PHiD-CV) compared to the licensed 7vCRM vaccine. *Pediatr Infect Dis J*, 2009; 28 (4 Suppl): S66-76.
- Anderson WC, Philip J, Gregory T, Kellner JD. Pharmacoeconomic evaluation of 10- and 13-valent pneumococcal vaccines. *Vaccine*, 2010; 28: 5485-90.
- Munos MK, Walker CL, Black RE. The effect of rotavirus vaccine on diarrhoea mortality. *Int J Epidemiol*, 2010; 39 (Suppl 1): i56-62.
- Ceyhan M, Alhan E, Salman N, et al. Multicenter prospective study on the burden of rotavirus gastroenteritis in Turkey, 2005-2006: a-hospital based study. *J Infect Dis*, 2009; 200 (Suppl 1): S234-8.
- Vesikari T, Karvonen A, Ferrante SA, Ciarlet M. Efficacy of the pentavalent rotavirus vaccine, Rotateq (R), in Finnish infants up to 3 years of age: the Finnish Extension Study. *Eur J Pediatr*, 2010, June 18.
- Vesikari T. Rotavirus vaccines. *Scand J Infect Dis*, 2008; 40: 691-5.
- Cortese MM, Parashar UD; Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*, 2009; 58(RR-2): 1-25.
- Black S, Klein NP, Shah J, et al. Immunogenicity and tolerability of a quadrivalent meningococcal glycoconjugate vaccine in children 2-10 years of age. *Vaccine*, 2010; 28: 657-63.
- Pace D, Pollard AJ, Messonier NE. Quadrivalent meningococcal conjugated vaccines. *Vaccine* 2009; 27(Suppl 2): B30-41.
- Borrow R, Miller E. Long-term protection in children with meningococcal C conjugated vaccination: lessons learned. *Expert Rev Vaccines*, 2006; 5: 851-7.
- Licensure of a meningococcal conjugate vaccine (Menveo) and guidance for use: Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR*, 2010, 59: 273.
- Snape MD, Perrett KP, Ford KJ, et al. Immunogenicity of tetravalent meningococcal vaccine in infants. a randomized controlled trials. *JAMA*, 2008; 299: 174-84.

ADOLESAN AŞILAMASI

Prof. Dr. Emel Gür

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağ. ve Hastalıkları AD

Adolesan dönemi; hızlı büyüme-gelişmenin ve psiko-sosyal değişimin olduğu karmaşık bir süreçtir. Bu dönemde bağımsızlıklarını kazanmaya yönelik çabalarını sürdüren adolesanlar, sağlıkla ilgili pek çok riskli davranışlar sergilerler. Adolesanların büyük bir bölümünün, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini alabilecekleri “çocuk hekimine” gitmeyi reddederek bağışıklama oranlarının bu yaş grubunda düşmesine neden olur. Adolesanlarda bağışıklama oranlarındaki düşüklük; aşı ile önlenabilir hastalıklar ile ilgili epidemilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu durum, yaşam süresi ve kalitesi üzerine negatif etki yapmakta, sağlıkla ilgili harcamaların önemli oranda artmasına neden olmaktadır. Ayrıca, eksik aşıli adolesanlar; o toplumdaki yüksek riskli çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar için enfeksiyon kaynağı oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde aşı ile korunulan hastalıklar ile ilgili ölümlerin küçük çocuklarda azalması ile birlikte, adolesan ve yetişkinlerde bu hastalıkların morbidite ve mortalitesinde artış görülmesi; adolesan dönemde bağışıklamanın önemini ve gerekliliğini ortaya koymuştur. Süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde bağışıklamaya yönelik çabalar adolesan dönemi için de söz konusu olmadıkça, aşı ile önlenabilir hastalıkların eliminasyonu ve eradikasyonu mümkün görünmemektedir.

Başlıca az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen adolesan immünizasyonundaki başarısızlığın çeşitli nedenleri vardır. Özellikle süt çocukluğu ve erken çocukluk dönemi aşılama yatkınlığının yerleşmesi, aşı önerilerinin gereksiz biçimde ayrıntılı ve karmaşık olması, aşılama etkinliği ve güvenilirliği konusunda kuşku, giderlerin karşılanmasındaki belirsizlik, okul çocuklarının aşılamaındaki düzensizlik ve yetersizlik gibi nedenler başlıcalarıdır.

DSÖ'nün 1974 yılında başlatmış olduğu, 1985 yılından itibaren ülkemizde de uygulamaya konulan “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” ile aşılama oranları hızla artarken, aşı ile korunabilir hastalıklarda önemli oranlarda düşüş saptanmıştır. Ancak, tüm bu çabalara rağmen zaman zaman epidemiler ortaya çıkmakta ve özellikle adolesanlarda ve yetişkinlerde aşı ile korunabilir hastalıklar ile ilgili morbidite ve mortalitede artışlar gözlenmektedir.

Adolesan dönemi bağışıklaması ile ilgili olarak; “Sağlıklı Toplum 2010” hedefleri arasında; 13-15 yaş arası adolesanlarda bağışıklama oranlarını % 90'na ulaştırmak yer almaktadır. Adolesan bağışıklama oranlarında gerekli artışın sağlanabilmesi için; tüm adolesanlar 11-12 yaş civarında aşılama öyküleri açısından değerlendirilmeli, önerilen tüm aşılama yapılmadığı ya da aşı uygulamasına yanıtı olmayan kişiler, eksik aşıli veya aşılama zamanından erken dönemde aşılama alanlar ve risk faktörü taşıyan adolesanlar en kısa zamanda aşılama yapılmalıdır.

Adolesan dönemde uygulanması gereken ya da eksik aşılama durumunda tamamlanması gereken aşılama ile bilgiler aşağıda belirtilmiştir.

Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşısı

Ateş, boğaz ağrısı, farenks, larenks, tonsillerin üzerini örten beyaz-gri membranlarla karakterize, kardiyovasküler sistem ve sinir sistemini tutan ciddi komplikasyonlara yol açabilen ve mortalite oranı %10 civarında olan difteri ile ilgili epidemiler (Azarbeycan,

Tacikistan, Ukrayna (1992), Doğu Avrupa (1994), Afganistan (2003) v.s) günümüzde de görülebilmekte, vakaların %74'ünün 5-14 yaş grubunda olduğu dikkat çekmektedir. Salgınların görüldüğü kişiler aşılanmamış ya da eksik aşıları olanlardır ve bu durum on yılda bir yinelenen rapel aşı dozlarının önemini ortaya koymaktadır.

İstemli kasların ağrılı, tonik spazmları ile karakterize olan ve pnömoni, asfiksi, solunum yetersizliği v.s ciddi komplikasyonlara yol açabilen tetanoz, özellikle yenidoğan döneminde yüksek oranda mortaliteye yol açmaktadır. Genişletilmiş bağışıklama programının hedeflerinden biri olan neonatal tetanozun eliminasyonunun günümüzde halen gerçekleşmemiş olmasındaki en önemli faktör; gebelikte uygulanan tetanoz aşısı uygulama oranlarının düşüklüğüdür. Günümüzde adolesan gebelik önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.

Şiddetli öksürük nöbetleri ile seyreden, ağır pnömoni ve ansefalopati v.s ciddi komplikasyonların görüldüğü boğmaca infeksiyonu ile ilgili ölümlerin %90'nı yaşamın ilk 4 ayında olmaktadır. Hastalık en sık 6 aydan küçük çocuklar ve 11-18 yaş grubu adolesanlarda (vakaların %38'i) görülmektedir. Son yıllarda birçok ülkede, özellikle ABD'de kolej ve üniversitelerdeki adolesanlarda görülen boğmaca ile ilgili epidemiler, adolesan dönemde boğmacaya karşı bağışıklamanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Adolesanlarda boğmaca insidansındaki artış, ayrıca yenidoğan, süt çocukları ve küçük çocuklar için de tehlike oluşturmaktadır.

Ülkemiz çocuklarının 2.,3.,4. ve 16-24 aylarda 4 doz difteri-asellüler boğmaca-tetanoz aşısı (DaPT) uygulamasından sonra, ilköğretim 1. ve 8. sınıflarda iki doz erişkin tip difteri-tetanoz aşısı (Td), rapel doz olarak yapılmakta ve yaşam boyu on yılda bir tekrarı önerilmektedir. Asellüler boğmaca aşısı, yan etkileri açısından tam hücreli boğmaca aşısına kıyasla daha güvenilir olmakla birlikte, tam hücreli boğmaca aşısında olduğu gibi yedi yaşından büyük çocuklara uygulanamamaktadır.

ABD'de 2005 yılında adolesanlarda uygulanmak üzere azaltılmış dozda, asellüler boğmaca aşısı (Tdap) içeren difteri-asellüler boğmaca-tetanoz aşısı (Adacel ve Boostrix -) lisans almış ve uygulamaya girmiştir. Ülkemizde Adacel Polio (Tdap-IPV); 3 yaş üzeri çocuklar, adolesan ve erişkinlere uygulanmak üzere kullanıma sunulmuştur.

Tüm adolesanlara rapel doz olarak Td yerine bir doz Tdap önerilmektedir. Daha önce Td aşısı uygulanan adolesanlara ise aşıdan 5 yıl sonra bir doz Tdap aşısı yapılması öngörülmektedir.

Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı

Ateş, konjunktivit, koplik lekeleri ve makülopapüler döküntüler ile karakterize kızamık infeksiyonu; otit, pnömoni, postenfeksiyöz ansefalit v.s erken komplikasyonlara yol açmakta, nadiren, yıllar içinde bir dejeneratif beyin hastalığı olan subakut sklerozan panensefalit (5-10/1 000 000) geliştirebilmektedir. Kızamık, özellikle gelişmiş ülkelerde adolesansdönemde de epidemilerle seyredebilen ve ağır komplikasyonlara yol açabilen bir infeksiyon hastalığıdır. Pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de "Kızamık Eliminasyon Programı (2002-2010) "başlatılmış ve tüm çocuklar adolesanlar ve genç yetişkinlere kızamık aşısı uygulanmıştır. Günümüzde, Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği aşı takvimine göre (2006 yılından itibaren); 12.ayda ve ilköğretim 1. sınıfta Kızamık-Kızamıkçık -Kabakulak (KKK) aşısı uygulanmaktadır.

Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerisi ise; 12. ay, 4-6 yaş ya da 11-12 yaş olmak üzere iki doz KKK aşısı uygulamasıdır. Yaşamın ilk yılından sonra bir doz aşılanan çocuklara adolesan dönemde tek doz, hiç aşılanmamış çocuklara ise en az 4 hafta ara ile iki doz KKK aşısı uygulaması önerilmektedir.

Kızamıkçık çocukluk döneminde selim seyirli, makülopapüler döküntülü bir hastalıktır. Kızamıkçığa duyarlı, aşılanmamış çocukların doğurganlık çağına ulaştıklarında ve gebelik esnasında kızamıkçık enfeksiyonuna yakalandıklarında, enfeksiyonun fetüse geçişi ile fetal kayıplar olabilmekte ya da anomalili çocuklar dünyaya gelebilmektedir. Kızamıkçık aşılamaındaki asıl amaç; mikrosefali, mental retardasyon, sağırılık, göz ve kardiyovasküler sistem anomalileri ile karakterize “doğumsal kızamıkçık sendromu”nun önlenmesidir.

DSÖ, 2010 yılına kadar tüm Avrupa ülkelerinde, doğumsal kızamıkçık sendromunu elimine veya eradike etmeyi hedeflemiş ve ulusal aşı programlarına kızamıkçık aşısını eklemiştir. Yüksek aşılama oranlarına erişemeyen ve bunu sürdüremeyen ülkelerde kızamıkçık enfeksiyonu ileri yaşlara kaymakta, bu durum doğumsal kızamıkçık sendromunun prevelansında artışa yol açmaktadır. Bu nedenle, ülkemizde 12.ayda ve ilköğretim 1. sınıfta KKK aşısı uygulaması konmuştur.

Parotis bezinin tek ya da iki taraflı akut, ağrılı şişliğinin söz konusu olduğu kabakulak enfeksiyonu; sağırılık, orşit, ooforit, menenjit, postenfeksiyöz ansefalit gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Kabakulak komplikasyonlarının adolesanlarda daha sık (%50) görülmesi ve daha ağır seyretmesi nedeni ile adolesan dönemde kabakulak aşılama öyküsü mutlaka sorgulanmalı, eksik aşıli adolesanlara tek doz, aşısız adolesanlara ise en az 4 hafta ara ile iki doz KKK aşısı uygulanmalıdır.

Suçiçeği aşısı

Ateş ve yaygın veziküler döküntülerle seyreden suçiçeği; özellikle adolesan dönemde pnömoni, ansefalit, Guillean Barre, Reye Sendromu gibi ağır komplikasyonlara yol açmaktadır. Ayrıca, geçirilmiş suçiçeği enfeksiyonundan sonra duyu gangliyonlarında latent halde bulunan virusun yeniden aktivasyonu sonucu gelişebilen zona enfeksiyonu ileri yaşlarda ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, virus vertikal yolla anneden fetusa geçerek intrauterin enfeksiyona neden olabilmektedir.

ABD’de, 1997 yılından beri suçiçeği aşısını uygulanmakta ve günümüzde suçiçeği morbidite ve mortalitesinde belirgin bir azalma kaydedilmektedir. Bununla birlikte, İngiltere’de 14 yaş üstü adolesanlarda suçiçeği morbidite ve mortalitesinde yıllar içinde önemli artışlar kaydedilmiştir. Günümüzde, aşı uygulaması ile hastalığın en sık görüldüğü yaş grubu; 3-6 yaştan 9-11 yaşlara kaymıştır.

Suçiçeği, adolesanlarda ve yetişkinlerde daha ağır seyretmekte ve daha ciddi komplikasyonlara ve ölüme yol açmaktadır. Adolesanlarda suçiçeği sonrası pnömoni sıklığı %10-15 olup, mortalite %10 civarındadır.

Amerikan Pediatri Akademisi, son yıllarda adolesan ve erişkinlerde artış gösteren suçiçeği enfeksiyonuna karşı aşılama için (2007 yılından itibaren) iki doz aşı (12. ay ve 4-6 yaş) önermektedir. Tüm adolesanlara suçiçeği enfeksiyonu ve aşı öyküsü sorulmalı, eksik aşıli olanlara adolesan dönemde tek doz, aşısız adolesanlara ise en az 4 hafta ara ile iki doz (<13 yaş aşısız çocuklara 3 ay ara ile iki doz) suçiçeği aşısı uygulanmalıdır (AAP 2007).

DSÖ suçiçeği aşısını tüm ülkelerin rutin aşı programı için henüz önermemektedir. Ülkemizde de suçiçeği aşısı rutin aşı takvimimizde yer almamaktadır.

Hepatit B Aşısı

Bir DNA virüsü olan Hepatit B virüsünün neden olduğu Hepatit B enfeksiyonu akut ya da kronik olarak gelişebilmektedir. Adolesanların büyük bir bölümünde bulaşma cinsel yolla

olmaktadır. Küçük çocuklarda HBV infeksiyonu genellikle asemptomatik seyrederken, adolesanlarda ve erişkinlerde sıklıkla semptomatiktir.

ABD'de hepatit B vakalarının %70'ini adolesan ve yetişkinler oluşturmaktadır. Bu grupta kronikleşme oranı %5'dir.

Hepatit B aşısının daha önce aşılanmamış adolesanlara; bir ay ara ile iki doz, 2. dozdan 5 ay sonra 3. doz şeklinde uygulanması önerilir.

Hepatit A Aşısı

Hepatit A virüsünün feko oral yolla bulaşması ile gelişen Hepatit A infeksiyonu, 6 yaş sonrasında genellikle semptomatik olup, beraberinde hepatik koma gelişme riski yüksektir. Aşılama, hepatit A infeksiyonundan korunmada en etkili yöntemdir. Hepatit A infeksiyonu için orta ve yüksek endemik bölgelerde bulunanlar ya da bu bölgelere seyahat edecek olanlar, kronik karaciğer hastalığı olanlar, karaciğer transplantasyonu olanlar, uyuşturucu madde bağımlıları, mesleki risk altında olanlar için aşı endikedir.

İnaktif bir aşı olan Hepatit A aşısı (Havrix (GSM), Vaqta (MSD), Avaxim (Sanofi Pasteur)) uygulaması; 0 ve 6 aylarda , 0.5 ml, kas içi yapılmaktadır.

Meningokok Aşısı:

N. meningitis; H. influenzae tip b ve pnömokok gibi çocukluk döneminde sıklıkla menenjitte neden olan başlıca etkenler arasında yer almaktadır. A,B,C,Y,W-135 serotipleri insanda hastalık yapabilir. Üst solunum yolunda kolonize halde bulunan mikroorganizma, insandan insana damlacık yolu ile bulaşır. İnsidans 1/100 000 civarındadır. Enfeksiyonun sıklıkla gelişmekte olan ülkelerde iki yaş altında görülürken, endüstriyel ülkelerde adolesan yaş grubuna kaymıştır. Hastalık yüksek morbidite (%15-20) ve mortalite (%10-14) ile seyreder.

Aşı çalışmaları öncelikle polisakkarit aşı geliştirilmesi yönünde olmuş ve A-C polisakkarid aşı (serogrup A veC) ve Tetravalan polisakkarid aşı (serogrup A,C,Y,W-135) geliştirilmiş ve uygulamaya konmuştur. Ancak bu aşılardan iki yaş altında immunolojik hafıza oluşturmaması ve koruyuculuğunun kısa sürmesi (3 yıl) ve invazif meningokok infeksiyonlarının sıklıkla iki yaş altında görülmesi nedeni ile konjüge menenjit aşısı geliştirme çalışmaları başlatılmıştır.

Serogrup C konjüge aşısı ve daha sonra geliştirmiş olan Tetravalan konjüge aşı (difteri toksoidi ile konjüge edilmiş A,C,Y,W-135 serogruplarını içerir) uygulamada olan konjüge meningokok aşılardanıdır. Tetravalan konjüge aşı adolesanlarda ve erişkinlerde (11-55) uygulanmak üzere ruhsat almış olup etkinliği %90'ın üzerindedir. Yurtta kalan ve liseye başlayan adolesanlara 11-12. yaşlar arasında tek doz, rutin olarak önerilmektedir. Ülkemizde henüz rutin aşılama programına girmemiş olup, riskli çocuklara uygulanmaktadır. Meningokok infeksiyonu için başlıca risk faktörleri; anatomik ya da fonksiyonel dalak yokluğu, kompleman sisteminin geç komponentlerinde eksiklik, yatılı lise ve üniversite öğrencileridir.

Aşı uygulaması; 0.5ml, tek doz, subkutan yolla olmalıdır. Aşının hafif lokal ve sistemik yan etkileri, nadiren de Guillian Barre gibi ağır komplikasyonları olabilmektedir.

İnfluenza Aşısı

Ortomiksovirüs grubundan İnfluenza virüs bir RNA virüs olup A,B ve C tipleri vardır. Damlacık yolu ile yayılır. Aralık ve mart ayları arasında sık görülmektedir. Ateş, boğaz ve baş ağrısı, halsizlik, rinit, başlıca klinik bulgularıdır. Pnömoni, ensefalit, miyokardit başlıca komplikasyonlarından olup, ölüm %0.1 sıklıkta görülmektedir.

İnfluenza aşısı her yıl, DSÖ tarafından yıllık global influenza surveyanslarına dayanarak, takip eden influenza mevsimi için hazırlanır ve Kasım ile Nisan ayları arasında uygulamaya konur.

Mevsimsel grip aşısı; 6 ay -18 yaş arası sağlıklı çocuklar, 0-59 ay arası çocuğu ya da riskli bireyi olan hane halkı ve risk faktörü taşıyan bireylere önerilmektedir. Risk faktörü taşıyanlar; kronik pulmoner veya kardiyovasküler hastalığı, metabolik hastalığı, renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi, İmmün yetersizliği olanlar, uzun süreli aspirin tedavisi alanlar, kognitif disfonksiyonu, nöromusküler hastalığı bulunanlar, bakım evlerinde yaşayanlar, bakımevi çalışanları, sağlık çalışanları ve 50 yaş üzeri bireylerdir .

Mevsimsel Grip Aşısı içeriği (2010-2011): A/California/7/2009(H1N1); A/Perth/16/2009(H3N2); B/Brisbane/60/2008 olarak belirlenmiştir. ACIP; 6 aydan büyük herkese mevsimsel grip aşısı önermektedir. Gerekçe olarak; H1N1 virüsünün dolaşıma devam edeceği ve yeni bir virüs olması nedeniyle, sadece risk grubu kişilerin değil, herkesin risk altında olduğu öne sürülmektedir.

Başlıca inaktif ve canlı aşıları vardır. İnaktif influenza aşısı, embriyonlu civciv yumurtalarında üretilmiş ve inaktive edilmiştir. Tam hücreli aşılar yanında, zarfsız split aşılar ve subunit aşılar (Vaxigrip, Fluarix) üretilmiştir. Yan etkilerinin azlığı yönünden özellikle çocuklarda subunit aşılar uygulanmaktadır. İmmünojenite açısından aralarında fark yoktur. Aşı 0.5 ml , kas içine uygulanmalıdır.

Canlı attenüe influenza aşısı (LAIV- Flumist) mukozal immünite sağlaması, slgA sentezini uyarması yanında hücresel immünite sağlar. 5-49 yaşsağlıklı kişilere önerilir. Doz 0.5 ml, intranazal sprey şeklinde (her burun deliğine 0.25 ml) uygulanır.

HPV Aşısı

Bir DNA virüs olan papillomavirüslerden insan papillomavirüs (HPV) etkeninin neden olduğu genital HPV infeksiyonları, cinsel yolla bulaşan en yaygın hastalık olarak bilinmekte ve servikal kanserin en önemli nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. HPV6 ve HPV11 genital siğillere yol açarken; HPV16, HPV18 servikal kanserin % 70'inden sorumludur. Ayrıca; vulva, vajina, penis ve anüs kanserlerine yol açabilmektedirler.

Günümüzde, dünyada servikal kanser nedeni ile kadın ölümü 273 000 civarındadır.

Servikal kanserlerin önlenmesi ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda iki ayrı aşı geliştirilmiş ve uygulamaya konmuştur. Rekombinan ve kuadriyalan bir aşı olan Gardasil (Merck); HPV6,11,16,18 tiplerine ait kapsid proteinlerini içermektedir. Cervarix (GSK) HPV16,18 tiplerini içeren iki valanlı bir aşıdır. Aşıların 11-12 yaş kız çocuklarında uygulanması önerilmektedir. 9-26 yaş arası kızlar aşılanabilir. Aşının etkinliği açısından, aşılanmanın HPV ile temasdan önce yani cinsel yaşam başlamadan önce yapılması önemlidir. Uygulama Gardasil için 0,2 ve 6. aylarda; Cervarix ise 0,1 ve 6. aylarda 0.5 ml, kas içine yapılmalıdır. Servikal kanserden korunmak için aşılanmanın yanında pap-smear uygulamalarının düzenli bir şekilde sürdürülmesi esastır.

Sonuç olarak; yalnızca 0-5 yaş çocuklarını hedef alan bağışıklama uygulamaları ile ilgili olarak sürdürülen çabalar, aşı ile korunabilir hastalıkların eliminasyonu ve eradikasyonu için yeterli değildir. Adolesan dönemi bu tür hastalıkların morbidite ve mortalitesinin yüksek olduğu riskli bir dönemdir ve adolesanlar, duyarlı küçük çocuklar için infeksiyon kaynağı oluşturmaktadır. Bu nedenle, her adolesan eksik aşılar yönünden titizlikle sorgulanmalı, eksik aşılar ve en kısa sürede tamamlanmalı ve bu döneme özgü aşılar zamanında uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. American Academy of Pediatrics. Active and passive Immunization. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA, eds. Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2006: (1-103).
2. Committee on Infectious Diseases. Prevention of pertussis among adolescents: recommendations for use of tetanus toxoid; reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis (Tdap) vaccine. Pediatrics 2006; 117: 965-78.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Prevention of varicella: recommendation for a routine 2 dose vaccines in children including a recommendation for a routine 2 dose varicella immunization Schedule. Pediatrics 2007; 120: 221-9.
4. CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 8th ed. January 2004.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health 2nd ed. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.
6. Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-zoster Vaccine for the prevention of herpes zoster. N Engl J Med 2007; 356: 1338-43.
7. Reef SE, Frey TK, Theall K, et al. The changing epidemiology of rubella in the 1990s: On the verge of elimination and new challenges for control and prevention. JAMA 2002; 287 (4): 464-472.
8. Stevens W, Walker D. Adolescent vaccination in the developing world: time for serious consideration? Vaccine 2004; 22: 781-5.

ÖZEL DURUMLARDA AŞILAMA

Prof. Dr. Nurdan Evliyaoğlu

Çukurova ÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Sağlıklı çocuklarda aşılama uygulamaları dışında bazı özel durumlarda aşılamada farklılıklar olabilir.

Preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebekler

Otuz yedi gestasyon haftasından erken doğan preterm ve düşük doğum ağırlıklı (<2500 gr) bebeklerde, tüm çocukluk çağı rutin aşıları term bebekler gibi kronolojik yaşında yapılmalıdır. Preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde aşı dozları azaltılmamalı, term bebeklere uygulandığı şekilde yapılmalıdır. Bu bebekler, çoğu çocukluk aşılarını term bebekler gibi tolere etmektedirler.

Hastanede 2 ay yatan tıbben stabil preterm bebeklere tüm aşıların yapılması önerilmektedir. Tüm preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebekler invazif pnömokok hastalığı için risk altındadırlar ve 2 aylık olduklarında konjuge pnömokok aşısı uygulanmalıdır.

Hepatit B aşısına karşı immün yanıt 2000 gramın altındaki bebeklerde yeterli olarak gelişmediğinden, anneleri hepatit B yüzey antijeni negatif olanlarda aşı ertelenebilir. 2000 gramın üzerinde anneleri HbsAg negatif preterm bebeklere doğumda hepatit B aşısının ilk dozu uygulanmalıdır. Tüm preterm ve düşük doğum ağırlıklı anneleri HbsAg pozitif bebeklere doğumdan sonraki 12 saat içinde Hepatit B İmmün Globulin (HBIG) ve hepatit b aşısı aynı anda farklı bölgelerden uygulanmalıdır.

Gebelik

Gebelik sırasında aşılama, gelişmekte olan fetüs için bazı teorik riskler oluşturmaktadır. Gebelik sırasında aşı yapılması gerektiğinde, bu uygulamanın ikinci ve üçüncü trimestere ertelendiğinde teratojenite riski en düşük düzeye inmektedir.

Gebelere erişkin tip difteri tetanoz toksoidi (dT), tetanoz toksoidi, azaltılmış difteri toksoidi ve asellüler boğmaca (dabT) ve inaktif influenza aşıları uygulanabilir. Gelişmekte olan ülkelerde, yenidoğan tetanozu sıklığı hala yüksek olduğundan, gebelik sırasında rutin olarak dT uygulanmaktadır ve aşıya bağlı yan etki görülmemektedir.

Yapılan çalışmalar, kadınlarda gebelikte veya lohusalık döneminde altta yatan bir risk olmasa bile, influenzaya bağlı komplikasyon ve hastaneye yatırılma riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ACIP ve CDC grip mevsimi sırasında tüm gebelere inaktif influenza aşısının yapılmasını önermektedir.

Gebelerde hastalığa maruz kalma riski çok yüksek ve önlenilecek bir hastalığın oluşturabileceği problem aşidan daha fazla olduğu durumlar dışında, canlı virüs içeren aşılar kesinlikle kontrendikedir.

İmmün sistemi bozuk olan çocuklar

İmmün yetmezliği olan kişilerde aşıların güvenilirliği ve etkinliğini, immün süpresyonun durumu ve derecesi belirler. İmmün yetmezlikli kişiler arasında enfeksiyonlara yakalanma riski farklılıklar göstermektedir. İmmün yetmezliği olan çocuk ve adolesanlarda kontrendikasyonlar ve aşı etkinliğinin düşük olduğu bilinmekte, ancak rutin aşılarından yarar görebilecekleri bildirilmektedir.

Genel olarak ağır immün yetmezliği olan veya immün sisteminin durumu net olarak bilinmeyen hastalara viral veya bakteriyel canlı aşı yapılması halinde hastalık riski nedeniyle kesinlikle canlı aşılarda yapılmamalıdır.

İmmün süprese kişilerde inaktif aşılarda Ig preparatlarının kullanımına bağlı komplikasyon riski artmadığı için, gereken durumlarda kullanılabilirler. Ancak bu çocuklarda inaktif aşılarla karşı immün yanıt yetersiz olabilir. İnaktif grip aşısı her yıl grip mevsiminden önce uygulanmalıdır.

Kortikosteroid tedavisi uygulananlar

Sistemik steroid tedavisi uygulanan çocuklarda bağışıklık sistemi baskılanabilir. Sağlıklı bir çocukta bağışıklık sistemi baskılanmasına neden olacak minimum steroid miktarı ve uygulama süresi hakkında kesin bilgiler bulunmamaktadır.

Kortikosteroid uygulama yolu ve sıklığı, altta yatan hastalık ve uygulanan tedaviler immün süpresyon gelişimini etkileyebilir. Topikal ya da aerosol steroid tedavisi, fizyolojik idame dozları, hergün veya gün aşırı düşük doz uygulamalar, canlı virus aşıları için kontrendikasyon oluşturmaz. On dört gün veya üzerinde bir sürede, her gün veya gün aşırı, yüksek doz (≥ 2 mg/kg/g) sistemik steroid tedavisi alan çocuklara, en az 1 ay süreyle tedavi kesilmeden canlı virus aşıları uygulanmamalıdır.

Kemik iliği ve diğer nakil hastaları

Transplant alıcısı çocuklarda aşılarla ilgili immünite kaybolduğundan tekrar aşılınmaları gerekir. Genelde solid organ transplantasyonu sonrası organ enfeksiyonunu engellemek için immün süpresif tedaviler verildiğinden aşı yanıtları hem iyi değildir, hem de komplikasyon riski vardır. Bu nedenle transplant öncesi immün yetmezlik daha ağır olduğundan aşılınmamalıdır. Transplantasyondan en erken altı ay sonra aşı yapılması önerilmektedir. Tüm inaktif aşılarda uygulanabilir. Canlı virus aşıları transplantasyondan en az bir ay önce yapılmalı ve immün süpresyon tedavisi yapılan hastalara kesinlikle uygulanmamalıdır.

Hastalık durumlarında aşılama

Hafif akut hastalıklar (üst solunum yolu enfeksiyonu, ishal gibi) sırasında aşıların yapılmasında sakınca yoktur. Aşıdan sonra ortaya çıkabilecek yan etki ve var olan hastalığın izlenmesi açısından, orta ve ağır derecede akut hastalığı olanların aşıları ertelenmelidir.

Kronik hastalıkları olan çocuklarda rutin aşılarla ek olarak hastalığın özelliğine göre farklı aşı programları uygulanmalıdır.

Alerji öyküsü olan çocuklarda aşılama

Yaygın olarak kullanılan aşılarla ani sistemik alerjik reaksiyonlar seyrek. Aşılarla karşı bildirilen alerjik reaksiyonların bir kısmı, aşıların bileşimindeki jelatin ve yumurtaya bağlı olabilir. Yumurtaya karşı hafif derecede alerjisi olan hastalar ek bir önlem alınmadan güvenle aşılanabilirler.

Kendisinde ya da ailesinde konvülsiyon öyküsü olan çocuklarda aşılama

Kendisinde ya da ailesinde konvülsiyon öyküsü olan çocuklarda, DTB ve kızamık aşısı sonrası konvülsiyon geçirme riski vardır. Olguların büyük kısmında bu konvülsiyonlar

kısa sürelidir, iyi huyludur, jeneralizedir ve sıklıkla febrildir. Ailede konvülsiyon öyküsünün varlığı, boğmaca veya kızamık aşısının yapılmamasına veya ertelenmesine neden olmamalıdır.

Sonuç olarak çocuk sağlığı ve aşılama hizmetlerinin geliştirilmesi için her sağlık çalışanının aşılar konusundaki temel kuralları öğrenmesi ve özel durumların sorgulanarak aşılarının tamamlanması çok önemlidir.

TC. Sağlık Bakanlığı, Kızamık Eliminasyon Programı- Kızamık Saha Rehberi, 2004.

1Zimmerman RK, Middleton DB. Burns IT, Clover RD, Kimmel SR. Routine vaccines across the life spine, 2007. J Fam Pract 2007;56:S18-37.

<http://www.cdc.gov/media/pres rel/2010/r100224 htm>.

AŞI TAKVİMİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER VE AŞILARLA İLGİLİ GÜNCEL BİLGİLER

Prof. Dr. Adem Aydın

Dokuz Eylül ÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
İzmir

Yirmi birinci yüzyılda, aşılama çağındaki her çocuğun aşıya ulaşabilmesi ve aşı ile önlenabilir hastalıklardan korunma hakkına sahip olması gerekliliği tüm sağlık otoriteleri tarafından kabul görmektedir. Aşı her yıl milyonlarca insanın sakat kalması ya da ölümünü engelleyen en maliyet etkin sağlık girişimi olarak kabul edilmektedir. Günümüzde değişik ülkelerde 20 hastalığa karşı etkin ve güvenli aşı kullanımda olup bir o kadar aday aşı da geliştirilme aşamasındadır. Günümüzde, yeni aşıların geliştirilmesi yanı sıra daha önceden kullanılmakta olan aşıların, gerek uygulama şekillerinde (yeni adjuvanlar, çoklu aşı uygulamaları) olan değişiklikler, gerekse yeni kullanıma giren aşıların aşı takvimine eklenmesi ile ilgili olarak hızlı değişimler yaşanmaktadır.

İçinde bulunduğumuz son yıllarda, gelişmiş olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada aşı uygulamaları ile ilgili olarak hızlı değişim yaşanmıştır. Bu değişimler, daha önceden kullanılan aşıların daha az yan etki yapan şekilleri uygulamaya girmesi (örneğin tüm hücreli aşılar yerine *aselüler* aşı uygulaması gibi), kızamık aşısı yerine kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı(KKK) kullanıma girmesi ya da daha önceden hiç bilinmeyen pnömok aşısı ve *Haemophilus influenzae tip b* (HiB) aşısı gibi aşılar uygulanmaya girmesi şeklinde izlenmiştir. Bu gelişmeler koşut olarak, ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından, KKK, HiB, pnömokok aşılarını ulusal aşı takvimine eklenerek ve ülkemizde çocuklarına uygulan aşı sayısı on bire yükseltilmiştir.

Tüm bunlara karşın dünya sağlık örgütü, aşıyla korunabilir hastalıkların yaşamı yönelik tehdidinin sürdüğünü kabul ederek Avrupa bölgesi de dahil tüm dünyada sürdüğü kabul edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında uygulanmakta olan aşı çeşitliliğinin zenginleştirilmesi ve yeni aşı uygulamaların desteklenmesi önemli görülmektedir.

Bir aşının ulusal aşı şemasına eklenmesi, çocukların aşıya erişmesi açısından bire hak olarak görülmelidir. Bu nedenle devletlerin diğer tercihler yanında bu alana ekonomik bir kaynak yönlendirmesi gerekmektedir. Bununla birlikte yeni çıkan her aşının o ülkede uygulanması için adı geçen aşı ile korunabilir hastalığın; o ülke için bir halk sağlığı sorunu olup olmadığı göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle sağlık otoriteleri tarafından aşısı uygulamaya girecek olan hastalığın “*ulusal hastalık yükü*” nün hesaplanması ve “*maliyet etkinlik*” çalışmalarının yapılması oldukça önemlidir.

Ülkemizde aşı takviminde son yapılan değişiklikler

Bilindiği gibi konjuge pnömokok (zatürree) aşısı, Mayıs 2008 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı aşı takvimi gereğince yeni doğan tüm bebeklere, 2., 4., 6. ve 12. aylarında ücretsiz yaptırılmaktadır. Pnömokok aşısı, daha önce hiç aşılanmamış ve ilk kez sağlık daha geç yaşlarda başvuran sağlıklı çocuklara sırasıyla; 7-12 arası çocuklara 2+ 1, 13-23 arası çocuklara 1+1 ve 2 yaş üzerindeki çocuklara tek doz yapılması yeterlidir. Ülkemizde şu anda uygulanan pnömokok aşı, 7 alt tipe karşı koruyucudur. Ancak geçtiğimiz yıl içinde 10 alt tipe karşı koruyucu aşı içinde bulunduğumuz yıl da 13 alt tipe karşı koruyucu olan aşı lisans almıştır. Her iki aşının farklı taşıyıcı proteine bağlanması;

aşıya özgü ek avantajlar içermektedir. Bu yeni aşılardan, sağlık bakanlığı uygulamasına yansıyor yansımayacağı önümüzdeki günlerde netleşecektir.

Tablo 1’de sağlık bakanlığı son aşı takvimi verilmektedir.

Tablo 1. Sağlık bakanlığı 12010 aşı takvimi

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12. ay	18–24 ay	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hep B	I	II			III				
BCG			I						
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R		
KPA			I	II	III	R			
KKK						I		R	
OPA					✓		✓	✓	
Td								✓	✓

Hep B: Hepatit B aşısı

BCG: Verem aşısı (Bacille Calmette-Guerin)

DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b (menenjit) Aşısı (Beşli Karma aşı)

KPA: Konjuge Pnömonokok (zatürre) aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak aşısı

OPA: Çocuk felci aşısı (Oral Polio aşısı)

Td: Erişkin tipi Difteri-Tetanoz aşısı

R: Rapel (Pekiştirme)

Ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada da son yıllarda birçok yeni aşı uygulamaya girmiştir. Sağlık bakanlığı tarafında ülkemizde ruhsatlandırılmış ancak Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan diğer aşılardan aşağıda kısaca özetlenecektir.

1-Rotavirus aşısı

Rotavirüs, tüm dünyada bebek ve küçük çocuklarda görülen ishallerin, özellikle hastane yatışlarına ve bebek ölümlerine neden olan ağır gastroenteritin en önde gelen nedenidir. Rotavirüsler, her yıl iki milyondan fazla hastane yatışına ve yaklaşık 600 bin ölüme sebep olmaktadır. Rotavirüs ishalinin önlenmesinde tek yöntem rotavirüs aşılmasıdır. İlk “reassortant” rotavirüs aşısı, tetravalan maymun-insan “reassortant” rotavirüs aşısı (Rotashield) ABD’de 1998’de lisans aldı ve aşı şemasına dahil edildi. Ancak, aşı ile invazyon arasında ilişki olduğu gerekçesiyle kısa bir süre içinde kullanımdan kaldırıldı. Sonraki yıllarda, iki yeni rotavirüs aşısının [monovalan human rotavirüs aşısı (HRV,) ve pentavalan human-bovine reassortant rotavirüs aşısı (PRV)] etkinliği ve güvenilirliği yaklaşık 130 000 bebekte yapılan geniş çalışmalarla değerlendirildi. Bu çalışmaların sonuçları, her iki yeni rotavirüs aşısının, ishale, özellikle ciddi ishale karşı etkin ve güvenli bir korunma sağladığını gösterdi. Rotavirüs aşılarının, rotavirüs olgularını (%74), ağır olguları (%98) ve hastane yatışlarını (%96) azaltması beklenmektedir.

Rotavirüs aşıları ile invajinasyon riskinin artmadığı gösterilmiştir. Günümüzde, bu iki yeni rotavirüs aşısı ülkemizin de dahil olduğu 90'dan fazla ülkede lisans alarak kullanıma girmiştir. ABD yanında Venezüella, Brezilya, Panama, Meksika ve Avusturya gibi ülkelerde aşı takvimine dahil edilmiştir.

Aşı ağız yoluyla 2 ve 4. ayda olmak üzere iki dozda (HRV için) veya 2, 4 ve 6. ayda olmak üzere üç dozda (PRV için) uygulanır. İlk doz bebek 6-12 haftalık iken uygulanmalı ve aşılama 12-14 haftadan sonra başlanılmamalıdır

2010 bahar aylarında; her iki rotavirus aşısı içinde (Rotarix: porcine circovirus type 1 (PCV1) ve RotaTaq; PCV1 (PCV2)) viral partiküler bulunmuştur. Ancak Dünya Sağlık Örgütü aşı uygulaması için, bu nedenle, ek bir öneri getirmemiştir.

2- Suçiçeği Aşısı

Suçiçeği aşısı 17Mart1995 tarihinde daha önce suçiçeği geçirmemiş sağlıklı 12 ay ve daha büyük çocuklarda kullanılmak üzere ruhsat aldı. ABD'de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) Bağışıklık Kazandırma Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP) son zamanlarda kreşlere ve okullara çocuğun hekim tanıli suçiçeği geçirdiğini veya suçiçeği geçirdiğini gösterir serolojik kanıt veya suçiçeği aşısı yapıldığını gösterir belge olmadan kayıt yapılmamasını önerdi.

Suçiçeği, aşı yapılmamış hemen hemen her kişiyi enfekte edebilen oldukça bulaşıcı bir enfeksiyondur. Aşı uygulamaya girmeden önce ABD'de 10.000 hastaneye yatışa ((41.-5 hastane yatışı/100000 kişi) ve 100'ü ölümle (0.4-0.6/1 milyon kişi) sonuçlanan yılda 4 milyon vakaya neden olan bir enfeksiyondur. Ulusal bazda ev sürveyansı ile elde edilen verilere göre yıllık sıklığı 15-16 vaka/1000 kişi olarak saptanmıştır. Bu olguların % 90'dan fazlası, suçiçeği ile ilgili hastane yatışlarının 2/3'si ve ölümlerin yarısı çocuk yaş grubunda görülmekteydi. İngiltere'de doktor bildirim bazında yapılan sürveyans da, sıklığının 2.4-8.8/1000 kişi, Fransa'da 10-13.5 vaka/1000 kişi olduğu bildirilmekteydi (4). Hastalığın sıklığı erişkinlerde düşük olmasına rağmen komplikasyon ve ölüm çocuklara göre 10-20 kat daha fazladır. Hastaneye yatmayı gerektiren suçiçeği komplikasyonları sıklıkla deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, pnömoni, dehidratasyon ve ensefalittir. Hastaneye yatış gerektirenlerin % 70'i daha önce sağlıklı olan kişilerken, % 11 immün yetmezliği olan kişilerdir.

Hastalığın sıklığı 5-9 yaş grubundaki çocuklarda yüksek olmasına rağmen aşının uygulamaya girdiği 1995 öncesinde 1990'lı yıllarda daha erken yaşlara kaydığı (1-4 yaş) görülmüştür.

Suçiçeği aşısının çok etkin bir aşı olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda suçiçeği aşı programlarının birçok maliyet etkinlik analizleri yapılmıştır. Ve ilk uygulama sonuçları da göz önüne alınarak daha önceden sadece 13 yaş üzeri bireylere 2 doz yapılırken 1 yaş üzerinde daha küçük bireylere de 2 doz yapılması önerilmektedir.

3- Hepatit A

Hepatit A virüsünün (HAV) neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. Küçük çocuklar hastalığı sıklıkla ya sessiz veya çok hafif geçirirler. Hastalık erişkinlerde ve çocuklarda ateş, iştahsızlık, halsizlik, kusma ve ishal gibi bulgularla daha ağır seyreder. Cilt ve

gözler sararır. Hepatit A virüsü fekal-oral yolla bulaşır. Enfekte bir kişinin eleriyle hazırladığı, iyi pişirilmemiş sıvı ve gıdaların yenilmesi de bir başka bulaşma kaynağıdır.

Hepatit A enfeksiyonunda bulaştırıcılık daha sarılık belirmeden önce başlar ve klinik bulgular başladıktan sonra 1 hafta devam eder. Yemek pişiren ve sofrayı örtülerini değiştiren yuva ve kreş personelinin kötü hijyen şartlarına sahip olması, hepatit A enfeksiyonunun yayılmasına bir nedendir.

Hepatit A aşısı 1 yaştan sonra 2 doz olarak kullanılır. Hepatit A aşısı bazı gelişmiş bazı ülkelerde rutin aşı olarak uygulanmaktadır. Aşı uygulanmasında önemli olan, bir konu ülkelerin hastalık yükü yanı sıra hastalığın yaygınlığıdır. Bu açıdan bakıldığında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Hepatit A hastalığı yaygınlık açısından değerlendirildiğinde; düşük, orta ve yüksek endemik bölgeler tanımlanmıştır. Düşük endemik bölge hastalığın çok az görüldüğü yüksek endemik bölge ise hastalığın çok sık görüldüğü bölge anlamına gelmektedir. DSÖ aşısının ülkemizin de arasında bulunduğu orta endemik bölgelerde uygulanmasının daha gerçekçi olacağını belirtmektedir.

4- HPV aşısı

Human Papilloma Virus (HPV) hem kadınları hem de erkekleri etkileyen yüzden fazla türü olan bir mikroorganizmadır. Virüsün en az 13-15 türünün kadınlarda serviks kanserine neden olduğu öne sürülmektedir. Onkojenik tipler olarak bilinen bu tiplerden serviks kanserine neden olan tipler sırasıyla; %54 sıklıkla tip 16 ve %15 sıklıkla 18'dir. Tüm serviks kanserlerinin tamamına yakınının onkojenik HPV ile oluştuğu kabul edilmektedir. Virüsün cinsel yol ile bulaştığı bilinmektedir.

HPV'ye karşı geliştirilen 2 (Tip16-18) ve 4 (6,11,16,18) sero-tipe karşı koruyucu aşılar ruhsatlandırılmıştır. Aşılar 3 doz olarak uygulanmakta olup, şu an için ülkemizde rutin olarak uygulanmamaktadır.

Aşı çalışmaları sadece aşı yeni aşılarının geliştirilmesi çalışmaları olarak değil aynı zamanda daha önceden uygulamada olan aşıların daha az yan etki oluşturan şekillerinin geliştirilmesi, yeni uygulama yollarının geliştirilmesi, çoklu aşı uygulamaları ya da yeni koruyucuların aşılarla eklenmesi şeklinde sürekli olarak gelişme göstermektedir.

Aşı, bir toplum için sağlıklı su kullanımından sonra geliştirilen en önemli koruyucu yöntem olarak kabul edilmektedir.

15 Ekim 2010, Cuma

PANEL: UZMANINA DANIŞALIM

Başkanlar: Emel Gür, Nilgün Çöl Araz

Konuşmacılar:

Serpil Uğur Baysal Çocuğum çok ağlıyor

Aysu Duyan Çamurdan Çocuğum yemiyor

Betül Ulukol Çocuğum emmek istemiyor

Ufuk Beyazova Dünyada ve Türkiye'de poliomylit
eradikasyonunda son durum

ÇOCUĞUM ÇOK AĞLIYOR

Serpil Uğur Baysal

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Aile Sağlığı Anabilim Dalı

Anne karnından çıkmaya tam hazır olmayan bebeğe dış dünya sıkıntı verebilir. Ağlama, bebeğin dili, var olduğunu kanıtlama biçimidir. Bu nedenle, yenidoğan bebekler sık ağlarlar; yenidoğanın hiç ağlamamasını beklemek gerçekçi olmaz. Annebabalar, çocuklarının çok ağladığı kanısına vardıklarında hekimlerden yardım isterler. Bugüne kadar, böyle bebeklerin gerçekten, ortalama süreden daha fazla ağlayıp ağlamadıklarını gösteren bağımsız bir kanıt yoktur. Telefon yöntemi ile izlenen, cins, yaş, ev içinde yoğunluğun sorgulandığı 9- 36 aylık 662 çocukta ağlamanın yaygınlığı, doğum sonrası üç aydan daha fazla sürenlerin oranı araştırıldığında ilk üç ayda ağlama yaygınlığı % 21,0 (95% CI 17.9–24.1) bulunmuş; olguların % 39,6'sında (95% CI 31.5–47.7) ağlamanın, üç aydan daha fazla sürdüğü belirlenmiştir. İnfantil kolik ve uzamış ağlamanın, doğum sonrası anne depresyonu ile ilişkisini tanımlayan çalışmalar vardır.

Süt çocuklarında aşırı ağlama/ huzursuzluk annesin- çocuk ilişkilerinde sorunlara yol açabilir. Sarsılmış bebek sendromu olgularında, itiraf eden suçlularla yapılan görüşmelerden elde edilen veri, bu suçun işlenmesi için tetiği çeken başlıca etkenin, bebeğin durdurulamaz ağlaması olduğudur. Süt çocukları, küçük çocuklar, bir çok basit nedenle ağlıyorsa da ağlama, hastalık belirtisi olabilir. Azalmış ya da zayıf sesle ağlama çeşitli sorunlara işaret edebilir. Alışılmadık biçimde, aşırı ağlama ya da bir bebeğin ağlama özelliğindeki değişiklik, hızlı girişim gerektiren ciddi bir belirtidir.

Değerlendirmede çocuğun yaşı, ağlama biçimi, ağlama süresi, vücut dili, başlangıcı, temasla durup durmadığı önemlidir. Sürekli ağlama, ağlama süresinin uyku süresinden daha uzun olması endişe vericidir. Tekrarlayan paroksizmal atakların dışında, süt çocuklarında ani başlangıçlı aşırı ağlamaya yaklaşım şöyle olmalıdır:

Öykü (ilk hecme olup olmadığı), fizik muayene, idrar analizi, idrar kültürü; Büyüme-gelişimin değerlendirilmesi; Hastalık belirtilerinin sistemlere göre aranması: Baş-boyun, gastrointestinal, genitoüriner, deri, kas-iskelet, toksik-metabolik, kalp- damar.

Hastalık dışı nedenlerle ağlayan çocuğu yatıştırmak için birçok yöntem vardır. Ancak, bir çocuğun yatıştırılmasını sağlayan bir yöntem, bir diğerinin daha çok ağlamasına yol açabilir. Bir yöntemden diğerine geçiş yapmak ya da aynı anda birden fazla yöntemi kullanmak uyarıcı olabilir ve ağlamayı artırabilir. Üç aydan büyük çocuklarda ağlama çok aşırı değilse çocuğa tepki biraz geciktirilebilir. Çocuk, zamanla kendi kendine sakinleşmesini öğrenir.

Kaynaklar

Evde Çocuk Bakımı. Çocuk Sağlığı Derneği, İstanbul, 2007.

Acta Paediatr 2009;98:1344-8.

Pediatrics 2009;123:972-80

J Am Board Fam Med 2010;23:315-22

Textbook of Pediatric Emergency Medicine. Philadelphia:LW&W

ÇOCUĞUM YEMİYOR

Doç Dr Aysu Duyan Çamurdan

Gazi ÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara

“İştahsız çocuk yoktur, iştahsız hale gelmiş çocuk vardır”

Yemek, insanın en temel ve doğal gereksinimi olup iç güdüseldir. Yeme davranışı en çok duygusal ve bilişsel gelişim ile ilişkilidir. Yaşamın ilk altı ayı bağlanma dönemidir ve bebek emmeye odaklıdır. Giderek hareketi artar, 6-8 ayda besinlere ulaşmayı ve yakalamayı başarır. Çocuğun kendi kendini beslemesi mümkün olan en erken zamanda desteklenmelidir, sekiz-12. aylarda araştırmacılığı artan ve bir damak tadı oluşan bebek kendi kendini besleyebilir. Dokuz aylık bir bebek “parmak besinleri” adı verilen kendi parmakları ile tutup ağzına götürebileceği haşlanmış sebze parçaları, köfte, makarna, börek, et parçaları gibi besinleri yemeleri konusunda cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir. Bu dönemde araştırmacı ve meraklı olması nedeniyle besinlerle oyun oynayıp onları avuçlayıp sonra yerlere atmayı da çok severler. Bu davranış ise anneler tarafından zor kabul edilir ve kirlilik olarak adlandırılır. Aslında çocuğun gelişimi için son derece gerekli olan bu davranışın desteklenmesi gereklidir. Yaşamın birinci yılından başlayarak bebeklerde iştahta seçicilik de başlar. Bazı besinleri şiddetle severken bazılarında ise nefret ederler. Mümkün olduğunca bu seçimlere saygı gösterilmelidir. Genellikle ilk defa teklif edildiğinde reddedilen bir besin birkaç gün ya da hafta sonra yeniden denendiğinde kabul edilebilir hale gelecektir. Öte yandan süt ya da tahıl grubu besinler çocuk tarafından ısrarla reddediliyorsa besin alerjisi mutlaka düşünülmelidir. Eğer alerji saptanmadı ama çocuk almak istemiyorsa temel besin ögesinin farklı formları çocuğa teklif edilmelidir. Örn; peynir sevmeyen bir çocuk yoğurt, ayran sevebilir.

Yaşamın ikinci yılına girildiğinde büyüme hızındaki yavaşlamaya paralel olarak bebeğin besin alımına isteği de azalır. Bu yaş çocukları asidir ve bunun sonucunda da yeme reddi, seçicilik vb yeme sorunlarının gelmesi çok doğaldır. Bu sorunlar ortaya çıktıktan sonra baş etmek zordur bu nedenle mümkünse önlemek en iyi yaklaşımdır. Bunun için de çocuğunun yeme ve yedirme işine son derece odaklı olan ailelerin yaşamın ikinci yılında onları nelerin beklediği konusunda önceden uyarılmaları son derece önemlidir. Bu dönemde çocuğun besin alımına isteksizliğinin belki de geçici olacağı onu zorlamanın yarar sağlamayacağı aksine çocuğun asi ruhu nedeniyle daha tepkisel davranarak geçici sürecin daha ağır ve ileri yeme sorunlarına gidebileceği konusunda aile bilgilendirilmelidir. Beslenme zorlukları genellikle çocuğu zorlayıcı bir aile davranışını getirir. Eğer çocuk da bu ısrara kulak asmazsa hem aile hem de çocuk için anksiyete kaçınılmaz sonudur. Çocuğun negatif davranışı öğün zamanlarının stres dolu olmasına neden olur. Bu sürece girildiğinde artık aile ve çocuk arası ilişkinin yeniden düzenlenmesi gereklidir. Yeme davranışını olumsuz etkileyebilecek diğer noktalar ise yemek sofrasında çok fazla karıştırıcı uyaran olması, yemeğin süresinin hem çocuk hem aile için yeterli olmaması, aile üyelerinden birinin yemek seçmesi, yemeğin tadı ve sunumunun yeterince iyi olmaması da olabilir. Yemek masası mutlu, tüm aile bireylerinin ilgisini çekecek karşılıklı konuşmaların olduğu sosyal bir ortam olmalıdır. Çocuğun oturduğu sandalye rahat ve masaya yeterince ulaşabileceği kadar yüksek olmalıdır. Çocuğun yeme isteği ortalama öğün zamanlarından daha seyrek ise çocuğun iştahına da saygı gösterilmelidir. Daha fazla yemesi konusunda çocuk ikna edilmeye çalışılmamalıdır.

İkinci yaşın sonunda bebekler kendi kendilerini besleme konusunda büyük ölçüde beceri kazanmış olurlar. Çocuğun öğünleri ailenin öğünlerinden farklı olmamalı, çocuğa

özel diğer aile bireylerinden ayrı yemek seçenekleri sunulmamalıdır. Çocuklara yaşamın ikinci yılı boyunca ve sonrasında ana öğün aralarında süt, meyve suyu, kraker gibi atıştırma malikarlar da verilebilir. Fakat bu atıştırma malikarların miktarı asıl öğünü yeterli almasına engel olacak miktarlarda olmamalıdır ve besleyici özellikte olmalıdır. Özellikle 4 yaşa kadar aspirasyon riski yüksek olduğundan aileler kolay aspire edilebilen besinler ve yemek sırasında çocuğun yalnız bırakılmaması konusunda uyarılmalıdır.

Çocuğun günlük menüsünün her besin grubundan birini içerecek ve çocuğun günlük makro ve mikro besin öğelerini yeterince karşılayacak şekilde ailenin kendi yemeklerinden oluşturulmasına çalışılmalıdır. Çocuğun beslenme öyküsü alınırken ise birkaç gün içerecek şekilde bir beslenme günlüğü ile değerlendirilmesi en güvenilir sonucu verecektir. Daha büyük çocuklara ise sağlıklı beslenme ve sağlıklı besinler konusunda çocuğa bilgi verilmesi onların da kendi sağlıklarını korumak için sorumluluk almasını sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Doğan DG, Ertem Öztürk İ. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yeme sorunları: Gelişimsel Pediatri. Ertem Öztürk İ. (ed). Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, 2005; 230-246
2. Heird WC. Nutrition. In: Nelson Textbook of Pediatrics, Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (Eds).2007; 209-266.

DÜNYADA VE TÜRKİYEDE POLİOMİYELİT ERADİKASYONUNDA SON DURUM

Ufuk Beyazova

Gazi ÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara

Bilindiği gibi 1988 yılında Dünya Sağlık Örgütü dünyadan poliomiyelit hastalığının yokedilmesine karar vermişti. Bu girişimin temel düşüncesi poliomiyelit virusunun tek konakçısının insan olması ve OPV ile aşılama sonucu barsakta oluşan salgısal IgA ların virus çoğalmasını Türkiye’de polio eradikasyon çalışmaları 1989 da başladı. 1997 den başlayarak aşı ya da AFP sürveyansının düşük olduğu yerlerde destek aşılama programları yürütüldü. Bu çabalarla aşılama oranları % 90’ın üzerine çıkarılabildi. 1998 de son olgu olan Ağrı ilinde yaşayan Melik Minas polio tanısı aldı. Bundan sonra başka olgu görülmeydi. 2002 de Türkiye ve Avrupa bölgesi poliosuz kabul edildi. 2006 yılı sonunda dünyada poliomiyelitin endemik olarak görüldüğü 4 ülke kalmıştı. Afrika kıtasında Nijerya, Güney Asya’da Hindistan, Pakistan ve Afganistan. Bunun nedeni bu ülkelerde ülke içinde ya da dış ülkelerle çatışmalar ve aşılama ve sürveyans hizmetlerinin yetersizliği idi.

Avrupa poliosuzken ne yazık ki 2010 Nisan ayında Tacikistan’da bazı parolitik hastalık olgularından Rusya Referans laboratuvarına gönderilen dışkı örneklerinde yaban poliovirus üretildi. Hiçbiri aşı virusu değildi. Olguların bazıları yaşamlarını kaybetmişti. Tacikistan’da bir poliomiyelit salgını çıktığı anlaşıldı. Üreyen viruslar Tip 1 olup genetik inceleme sonucunda Hindistan kökenli olduğu anlaşıldı. Bir ay içinde olgu sayısı 345 e çıktı. Olgular özellikle 4 ilde yaygındı. Yaş dağılımı çok geniş olup 0-36 yaş arasında değişmekteydi. Olguların çoğu 0-2 yaş arasında idi. Hastaların %35 inin aşılanma durumu bilinmiyordu. %55 inin 3 ve daha fazla doz OPV ile aşılanmış olduğu bildirilmişti. Salgınla baş edebilmek için hemen ulusal aşı günleri başlatıldı. Tüm çocuklar yeniden aşılanmaya çalışıldı. Önce 0-6 yaş daha sonra 7-17 yaş aşılaması için program başlatıldı.

Türkiye de poliomiyelit’in endemik olduğu ülkelere yolcu alan ve oralara yolcu gönderen bir ülke. Bu nedenle ülkemiz de polio taşınması riski altında.2010 itibariyle Türkiye’de 3 doz OPV alan bir yaş altı çocuk oranı % 96, yalnızca 2 ilimizde (Şanlıurfa %85, Şırnak %88) aşılama oranları %90 ın altında. AFP sürveyansımız ise son yıllarda düşme gösteriyor. Beklenen hız 1/100 000 olduğu halde 2009 da ancak 0.85 e ulaşılabildi. Bu nedenlerle ülkemizde de sonbaharda hastalık riski taşıyan illerimizde 5 yaş altı tüm çocukların aşılanması, tüm ülkede de eksik aşıları çocukların saptanması ve aşılarının tamamlanması çalışmalarına başlanacak. Dünyadan poliomiyelit hastalığının yok edildiğine ancak yüksek aşılama oranlarına ulaşmanın yanı sıra kuşku tüm olgulardan dışkı örneği alıp inceleyerek poliovirus olmadığına gösterilmesi sonucu inanılabilecek. Bunun için de dünya çapında iyi yürütülen sağlık hizmetlerine, yüksek aşılanma oranlarına, nitelikli hastalık sürveyansına ve yeterli miktarda üretilen aşıya gereksinim var.

15 Ekim 2010, Cuma

PANEL: ÇOCUK BESLENMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Başkanlar: Ufuk Beyazova, Sevgi Başkan

Konuşmacılar:

Songül Yalçın Ülkemizde demir eksikliğinin önlenmesi konusunda çalışmalar

Sadık Akşit Kanıta dayalı çinko kullanımı

Elif Özmert Kanıta dayalı probiyotik kullanımı

Selda Bulbul Bebeklik döneminde protein alımının büyüme ve metabolizma üzerine etkisi

ÜLKEMİZDE DEMİR EKSİKLİĞİNİN ÖNLENMESİ KONUSUNDA ÇALIŞMALAR

Prof. Dr. S. Songül YALÇIN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara

Dünyada ve Türkiye’de anemi prevalansı

Dünya küresel anemi verilerine göre anemi prevalansı; okul öncesi çocuklarda %47.4, gebe kadınlarda %41.8, gebe olmayan kadınlarda ise %30.2’dir (Tablo 1). Ülkemizde ise okul öncesi çocuklarda %32.6, gebe kadınlarda %40.2, gebe olmayan kadınlarda ise %26.3 olup, Avrupa verilerinin çok üstündedir. DSÖ bir ülkede aneminin halk sağlığı sorunu olma durumunu, prevalansı %5-19 arasında ise hafif, %20-39 arasında ise orta, %40 ise ağır olarak tanımlamaktadır. Ülkemizde bu tanımlamaya göre okul öncesi çocuk dönemi için orta, gebe kadınlarda ağır düzeyde halk sağlığı sorunu vardır. Okul öncesi dönemde anemi yönünden halk sağlığı problemi olmayan ülke sayısı sadece 2’dir (Tablo 2). Anemi sıklığı, gebelerde tüm ülkelerde %5’in üzerinde rapor edilmektedir.

Tablo 1. Risk gruplarına ve bölgelere göre anemi sıklığı

Bölge	Okul öncesi çocuk		Gebe kadın		Gebe olmayan kadın	
	Sıklık,%	#, milyon	Sıklık,%	#, milyon	Sıklık,%	#, milyon
Türkiye	32.6	2.3	40.2	0.6	26.3	4.9
Avrupa	16.7	6.1	18.7	1.4	15.2	26.6
Afrika	64.6	93.2	55.8	19.3	44.4	82.9
Asya	47.7	170.0	41.6	31.7	33.0	318.3
Latin Amerika ve Karayipler	39.5	22.3	31.1	3.6	23.5	33.0
Kuzey Amerika	3.4	0.8	6.1	0.3	7.6	6.0
Okyanus	28.0	0.7	30.4	0.2	20.2	1.5
Küresel	47.4	293.1	41.8	56.4	30.2	468.4

Tablo 2. Halk sağlığı açısından anemi sorunu olan ülke sayısı

Halk sağlığı sorun düzeyi	Okul öncesi çocuk	Gebe kadın	Gebe olmayan kadın
Yok (<%5)	2	0	1
Hafif (%5-19.9)	40	33	59
Orta (%20-39.9)	81	91	78
Ağır (≥%40)	69	68	54

Aneminin önlenmesinde önerilen yöntemler

Aneminin çok çeşitli nedenleri olmakla birlikte besin kaynaklı demir eksikliği, en önemli nedenidir. Demir eksikliğini önlenmesi için diyetin iyileştirilmesi, besinlerin zenginleştirilmesi veya destek yaklaşımları kullanılmaktadır.

Diyetin iyileştirilmesi: En etkili ve kalıcı yaklaşımdır. Bu girişimin en önemli yararı aynı zamanda pek çok diğer besin maddesinin eksikliğini önleyebilmesidir. Temel ilke besinlerin üretimi, saklanması, işlenmesi, satışı ve daha sonrasında evlerde yemek için hazırlanması ve tüketilen besin maddelerinin ayrıntılı bir biçimde incelenmesi, sorunun belirlenmesi ve uygun girişimin planlanmasıdır. Özellikle ilk 6 ay sadece anne sütü verilme oranının düşüklüğü, bir yaşından küçük bebeklerde inek sütü tüketimlerinin fazla olması ve tamamlayıcı besinlere başlama döneminde demirden zengin yumurta, et, pekmez ve kuru baklagillerin geç başlanması veya hiç verilmemesi demir eksikliğine neden olmaktadır.

Besin zenginleştirilmesi yöntemi eksik mikronütrientlerin besinlere katılmasıdır. Besinlerin zenginleştirilmesinin etkinliği zenginleştirilmiş besinin risk altındaki herkes tarafından yeterli miktarda (az ya da aşırı değil) tüketilme durumu, besin etkileşimi (renk, koku, tat, görünüş, raf ömrü kısaltmamalı, biyoyararlanım) olup olmamasına, maliyetine bağlıdır. Tahıllar ve tahıla dayalı ürünler; süt ve süt ürünleri; katı ve sıvı yağlar; diğer bazı özel ürünler (tuz, monosodyum glutamat, şeker, soslar gibi.); cay ve diğer içecekler, bebek mamaları zenginleştirilen ürünlerdir.

Demir desteği, gelişmekte olan ülkelerde belirli bir hedef grupta (gebeler, 4-24 aylık çocuklar, gibi) demir eksikliğini kontrol edebilmek için sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. DSÖ, anemi prevalansının %40'dan fazla olduğu veya demirden zenginleştirilmiş besinlerin bulunmadığı ülkelerde 6-23 aylık tüm çocuklarda demir desteği önermektedir. Annenin demir gereksinimi gebeliğin ikinci yarısından itibaren özellikle son trimesterde artar. Bu gereksinimi karşılayabilmek için her gebe kadının günde 60 mg demir alması önerilir. Gebelikte başlanmış olan bu desteğin doğumdan sonra üç ay daha devam etmesi gerekir.

Türkiye'de anemi sıklığı ve önleme çalışmaları

Ülkemizde 4-12 aylık bebeklerde ve gebelerde demir destek programları yürütülmektedir;

- A. Demir Gibi Türkiye Programı
- B. Gebelere demir destek programı

A. Demir Gibi Türkiye Programı

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü besin kaynaklı demir eksikliği anemisi (DEA) sıklığını azaltmak amacıyla 2004 yılından itibaren ücretsiz demir suplementasyonu programı uygulamaktadır. **Demir Gibi Türkiye Programı** Nisan 2004 tarihinde başlatılmış ve halen ülke genelinde sürdürülmektedir.

Demir Gibi Türkiye Programı Amaçları:

1. Tüm doğan bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirilmeye başlatılması, ilk 6 ay "tek başına" anne sütünün verilmesi,
2. Altıncı aydan sonra da uygun ve yeterli miktardaki ek besinlerle beraber emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesi,
3. Gebelerin demir yetersizliği konusunda bilgilendirilmesi,
4. Bebeklere profilaksi ve tedavi amaçlı demir desteğinin sağlanması,
5. İzleme ve değerlendirmenin yapılmasıdır.

Demir Gibi Türkiye Programı Hedefleri 4 -12 ay arası tüm bebeklere profilaktik amaçlı demir desteği sağlamak, program sonunda çocuklarda demir yetersizliği görülme sıklığını %10'a indirmek, anemi tespit edilen bebekleri tedavi etmektir.

Demir Gibi Türkiye Programı Stratejileri sağlık çalışanına bebek ve çocuk beslenmesi, büyüme ve gelişmenin izlenmesi, değerlendirilmesi konularında hizmet içi eğitimlerle ve hazırlanan eğitim materyalleri ile güncel bilgilerin kazandırılması; sağlık çalışanı ve ailelere beslenme eğitimi verilmesi ve toplumun beslenme konusundaki yanlış bilgi, tutum ve davranışlarının düzeltilmesini içermektedir. Programın aile planlaması, anne sütünün teşviki, emzirmenin korunması ve özendirilmesi, üreme sağlığı, IMCI-Çocukluk Hastalıklarına Bütüncül Yaklaşım, güvenli annelik gibi programlarla eşgüdümü sağlanmaktadır.

Demir Gibi Türkiye Programı Uygulanma Prensipleri kapsamında 4-12 ay arası her bebeğe destek amacıyla (10 mg/gün dozla ve günde bir kez en az 5 ay süre ile) demir damlası; prematür veya 2500 gramın altında ağırlıkla doğmuş bebeklere, 2. ayında (2 mg/kg/gün dozda ve günde bir kez, en az 5 ay süre ile) demir damlası başlanmaktadır. Palmar solukluk tesbit edilen 4-24 aylık bebeklerde Hb ve Htc ölçümü yapılmakta ve anemi tespit edilen her bebeğe demir tedavisi (3 mg/kg/gün dozla ve günde bir kez üç ay süre ile) başlanmaktadır ve ilaç başladıktan 1 ay sonra anemisi devam ediyorsa sevk edilmesi önerilmektedir. Anemi tesbit edilen bebekte Hb değeri 7 g/dl'den düşük ise hastaneye acil sevk istenmektedir. Profilaktik demir uygulanan bebeklerin ilaç başladıktan sonra 5. ayda (9 aylıkken) takip edilmekte ve bu dönemde anemisi varsa sevk edilmekte, yoksa profilaksiye devam edilmektedir.

B. Gebelere demir destek programı

Gebelere demir destek programı 2005 yılı kasım ayında başlatılmıştır. Her gebeye gebeliğinin 4. ayından itibaren 6 ay, doğumdan sonra 3 ay 40-60 mg/gün elementer demir desteği sağlamak amaçlanmıştır. Programda 2010 yılı sonuna kadar %80' inin gebelik ve lohusalık süresince demir desteği almalarının sağlanması hedeflenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre son beş yıl içinde gebe olan kadınların %80'i gebelikleri döneminde demir desteği almıştır. Bununla birlikte, gebelerde demir desteği alma oranı, doğum sayısı 4 ve daha fazla olan, kırsal kesimde yaşayan, eğitim düzeyi düşük olan, alt gelir düzeyinde olan kadınlarda düşüktür.

Program etkinlik çalışması

Ülkemizde 2006 yılı öncesi yapılan çalışmalarda çocuklarda demir eksikliği anemisi (DEA) % 15.2 ile % 62.5 arasında bildirilmekle birlikte, bu rakamlar sadece belli bir yerde ve grupta (çoğunlukla hastaneye başvuran gruplarda) yapılmış olup, ülkeyi temsil etmemektedir. Ülkemizde **Demir Gibi Türkiye Programı'nın** ikinci yılında programın etkili olup olmadığı ve programın sürdürülebilirliği ortaya koyulacak bir saha araştırması yapıldı. Bu araştırmanın amaçları,

- Sağlık personelinin Demir Gibi Türkiye Programı'nı uygulama başarısını ölçmek,
- Demir Gibi Türkiye Programı'nın aileler tarafından kabul edilme ve uygulanabilme durumunu görmek,
- Demir Gibi Türkiye Programı'nın uygulandığı kabul edilen 12-24 ay yaş grubu çocuklarda halen anemi olup olmadığını belirlemek,
- Nutrisyonel demir eksikliği anemisiyle ilişkili olabilecek faktörleri ortaya koymak,
- Çocukların beslenme örüntüleri ile nutrisyonel DEA arasındaki ilişkileri belirlemektir.

Demir Suplementasyonu Kullanma Durumu

- Çocukların %73.8'ine demir ilacı önerildiği; sağlık ocağı hekiminin önerilerin üçte ikisini yaptığı görülmüştür.
- Tüm çocukların %70.2'si, demir ilacı önerilenlerin ise %95.0'ı demir ilacı kullanmıştır. Demir ilacı önerilmesine rağmen 29 aile hiç kullanmamıştır.

- Çocukların demir ilacı kullanma durumu bölgelere göre değişiyordu (Bölge 1'de %70.8, Bölge 2'de %69.9 ve Bölge 3'de %76.2).
- Demir desteği başlanma yaşı ortalama 5.85 aydı. Demir desteği verilen vakaların % 43.7'si Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği yaş olan 4-5.9 ay arasında demir ilacı kullanmaya başlamıştır. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin sadece %79.6'sına, prematüre doğan bebeklerin de % 86.3'üne demir desteği önerilmiştir. Demir desteği Düşük doğum ağırlıklı olan bebeklerin sadece % 18.5'inde, prematüre bebeklerin % 14.5'inde, bu bebekler için önerilen 2-4 aylar arasında başlamıştır.
- Demir desteği kullanım süresi ortalama 4.07 aydı. Demir desteği çoğunlukla 1.0-2.4 ay süre ile verilirken, beş ay ve daha fazla verilen çocuk oranı % 31 idi.
- Çocukların %80.2'si demir desteğini haftada 5-7 gün olarak alırken, ortalama haftalık demir desteği kullanma sıklığı 6.45 gündü.
- Çocukların %53.0'ına Fe^{+2} verildiği, %28.8'ine Fe^{+3} verildiği görüldü. Çocukların %4.4'ünde Fe^{+2} den Fe^{+3} 'e, % 2.3'ünde Fe^{+3} 'den Fe^{+2} ye geçildiği saptandı.

Yan Etkiler

- En sık bildirilen yan etki % 43 vakada görülen dışkı renginin koyulaşmasıydı. Dişlerde koyulaşma %19.7, ishal %14.1, kabızlık %14.1, huzursuzluk %13, kusma ise %12.1 vakada görülmüştü. Çocukların % 36.5'i ilacın tadını beğenmemişti.

Çalışma Öncesinde Çocuklarda Anemi Sıklığı

- Çalışmaya alınan çocukların dörtte birinin öyküsünde kan sayımı yapıldığı ve kan sayımı yapılan çocukların da üçte ikisine anemi tanısı koyulduğu görüldü.

Annede Anemi Sıklığı

- Çalışmaya alınan vakaların annelerinin %54.7'si hayatlarının en az bir döneminde anemi tanısı alırken, %46.6'sı (anemi tanısı alan annelerin %85.2'si) bu tanıyı gebelik sırasında almıştır. Annelerin %68.8'i gebelikleri sırasında demir ilacı kullanmıştır.

Çocuklarda Anemi Sıklığı

- Çocukların %7.8'inin Htc değeri %33'ün altında idi ve %9.9'u halen demir ilacı kullanıyordu.

Çocuklarda Anemi Sıklığını Etkileyen Faktörler

- Çalışan annelerin çocuklarının Htc düzeyinin düşük olma yüzdesi 1.3 iken, çalışmayanlarda 8.2 olarak bulundu. Anemi sıklığı hem aile büyüklüğünün 5 kişi ve üstünde olması durumunda hem de çocuğun sağlık güvencesi olmadığında artmaktaydı.
- Toplam emzirilme süresi altı ayın altında olan bebeklerde anemi sıklığı daha fazlaydı.
- İnek sütü çocuklara ortalama 8.56 ± 4.41 ayda başlanmaktaydı. $Htc < \% 33$ olan çocuklarda inek sütünün daha erken başlandığı (sırası ile 7.04 ± 3.96 ay, 8.65 ± 4.41 ay; $p < 0.001$) ve daha fazla miktarda (sırası ile 216 ± 247 mL, 173 ± 209 ; $p = 0.028$) verildiği görüldü. İnek sütü 12 aydan sonra başlandığında anemi sıklığının önemli derecede azaldığı görüldü.
- Htc düzeyinin %33'ün altında olma durumu, demir desteği 4-5.9 ayda başlanan çocuklarda en düşüktü.

- Günlük demir kullanım dozu ve haftalık demir kullanım sıklığı anemi yüzdesini etkilemedi. Anemi sıklığı önerilen kutu sayısını tüketen çocuklarda en azdı. Kullanılan preparat (Fe+2 ve Fe+3 kullanımı) anemi sıklığını etkilemedi.
- Anne hayatının herhangi bir döneminde anemi tanısı aldı ise, bebekte anemi görülme oranı daha fazla idi. Annenin gebelik döneminde demir ilacı kullanıyor olması çocukta anemi oranını etkilemedi. Gebelik döneminde annenin anemisi varsa ve demir ilacı kullanmışsa, bu bebeklerde anemi oranı daha azdı.
- Çocukların htc değerlerine göre enerji ve besin ögesi alım düzeyleri karşılaştırıldığında, htc %33'ün altında olanlarda enerji, protein, karbonhidrat, posa, B1 vitamini, niasin ve çinko alımları belirgin olarak düşük, bitkisel protein alımları ise yüksek bulundu.
- Çocukların htc değerlerine göre aldıkları tamamlayıcı besinlerin miktarları karşılaştırıldığında, anemik olan çocukların ticari mama, kırmızı et, tavuk, kurubaklagil, yeşil yapraklı sebzeler ile taze meyve suyunu daha düşük miktarda aldıkları görüldü.

Sonuç olarak, çalışma bölgesinde “Sağlık Bakanlığı Demir Gibi Türkiye Programı”nın etkin şekilde uygulandığı ve 12-23 aylık çocuklarda anemi sıklığının % 7.8 olduğu saptandı. Bu da Program Hedefine ulaşıldığını gösterdi. Bununla birlikte, uygun süre ve uygun doz konusunda bilgilerin tazelenmesi ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesi gereklidir. Aynı zamanda, konunun gündemde tutulması için çeşitli çalışmalar yürütülmelidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia. Edited by de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M. 2008.
2. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01.3).
3. Özbek N. Türkiye’de demir eksikliği anemisi sıklığı. In: Coşkun T (ed). Demir: emilimi, metabolizması ve eksikliği. Danone Enstitüsü, Pelin Ofset, Ankara, 2010
4. Yalçın SS, Pekcan G, Tezel B, Köksal E, Özbaş S, Yurdakök K, Tunç B, Antunsu AT, Köse MR, Buzgan T, Akdağ R. 12-23 aylık çocuklarda demir kullanım araştırması raporu. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara 2009
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2009

KANITA DAYALI ÇİNKO KULLANIMI

Prof. Dr. Sadık Akşit

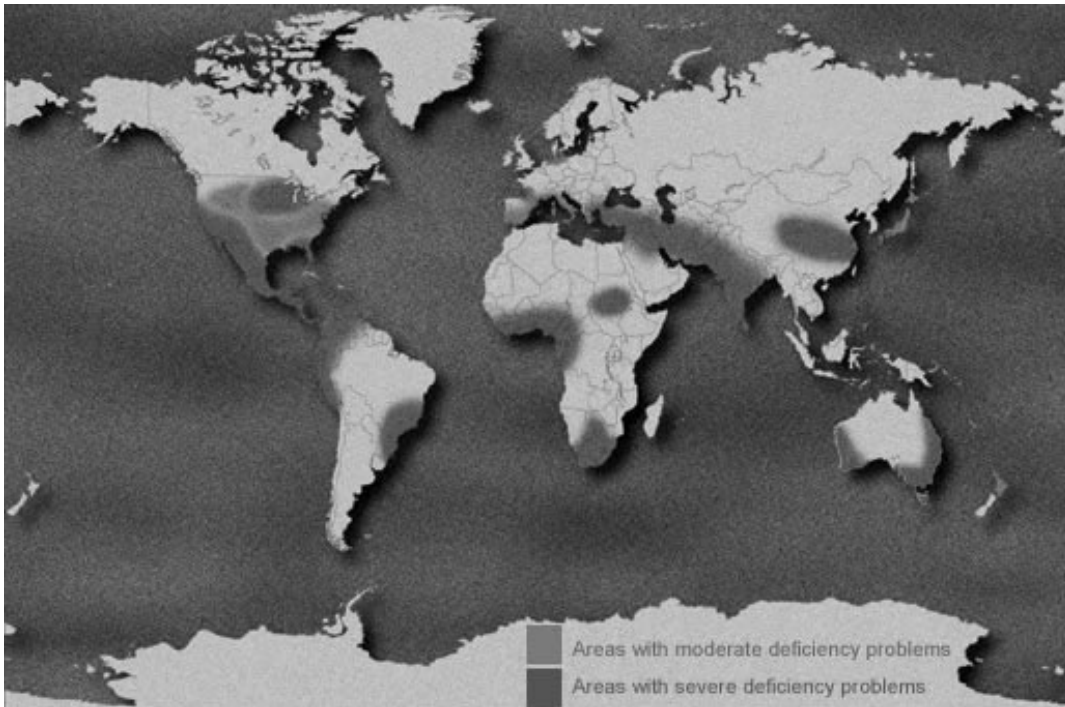
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir

Çinkonun sağlığımızdaki önemi, özellikle son 20 yılda yapılan araştırmalar sonucunda daha iyi anlaşılmıştır. Çinko, hem insan hem de hayvan ve bitkiler için esansiyel bir elementtir. Vücutta 300'den fazla enzimin fonksiyonu için gereklidir. Protein ve nükleik asit sentezinde rol oynar. Büyüme ve gelişme, immün sistem fonksiyonları, tat ve koku duyusu ve yara iyileşmesi için gereklidir. Ayrıca, enfeksiyonlara karşı dirençte rol oynar.

Çinko eksikliğinde, büyüme ve gelişme duraklar; yara iyileşmesi gecikir; deri ve göz lezyonları ortaya çıkar; tat duyusu bozulur; cinsel olgunlaşma gecikir. Etiyopya'da 6-12 aylık 200 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, çinko verilen kısa boylu çocukların verilmeyenlere göre, 6 aylık bir sürede ortalama 4 cm daha fazla uzadıkları gösterilmiştir. Ayrıca, ishal, öksürük ve istahsızlık gibi semptomlar çinko verilenlerde daha az sıklıkla gözlenmiştir. Buna karşın, normal boylu olan çocuklarda, çinko ve plasebo verilenler arasında böyle bir fark saptanmamıştır. Ülkemizdeki son yapılan TNSA sonuçlarına göre 5 yaş altındaki her 10 çocuktan biri kısa boyludur (kronik malnutrisyon). Son zamanlarda, protein ve enerji eksikliği yanında, çinko başta olmak üzere mikronutrient eksikliklerinin de boy kısalığına katkıda bulunduğu üzerinde durulmaktadır.

Stockholm'da 2000 yılında yapılan uluslararası "Çinko ve insan sağlığı" konferansında, Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü, beslenme şekli dikkate alındığında dünya nüfusunun %48'inin çinko eksikliği riski altında olduğunu bildirmiştir. Özellikle kumlu ve alkali topraklarda çinko eksikliği daha fazla olup, bu da hem ürün verimini hem de ürün kalitesini (ürünlerde çinko içeriği azalıyor) etkilemektedir. Irak ve Pakistan topraklarında çinko en düşüktür. Arkasından Nepal, Türkiye ve Tayland gibi ülkeler gelmektedir (Şekil 1).

Şekil 1. Dünyada topraklarında orta ve ağır derecede çinko eksikliği olan ülkeler



Tahıllardaki fitat (fosfatları içerir) oranının yüksek olması çinko biyoyararlanımını etkileyen bir diğer faktördür. Çinkonun iyi emilebilmesi için fitat/çinko molar oranının <5 altında olması gerekir. Halbuki, tahıl ağırlıklı beslenmede, bu oran 19:1 civarındadır. Hayvansal besinlerde ise çinko miktarı hem daha fazla hem de emilimi daha iyidir. Anne sütünde ilk aylarda (özellikle ilk 3 ayda) çinko konsantrasyonu yüksek iken daha sonra giderek düşme göstermektedir. Anne sütündeki çinko konsantrasyonu, annenin aldığı çinko miktarı ile de ilişkili gibi görünmektedir.

Günlük önerilen çinko alımı Tablo'da görülmektedir. Gebelik ve laktasyonda çinko gereksinimi daha fazladır. 1995 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada, günlük ortalama bir erişkin diyetinin 6.7 mg çinko içerdiği bildirilmiş olup, bu yaklaşık olarak önerilen miktarın yarısı kadardır. Toplumdaki çinko eksikliğinin giderilmesi için en uygun yöntem tahıllara çinko eklenmesidir. Örneğin, Meksika'da her 1 kg mısır içine 20 mg çinko eklenmektedir. Tüm toplum yararına olacak böylesi bir uygulama gerçekleşene kadar, özellikle çinko eksikliği açısından risk grubundaki bireylere çinko desteği yapılması yararlı olacaktır. Ayrıca, yeterli kilo alamayan, sık enfeksiyon geçiren ya da besinlerle yeterli çinko alamadığı düşünülen çocuklara ve özellikle de büyümenin hızlı olduğu dönemlerde çinko desteği yapılması yararlı olabilir.

Tablo 1. Önerilen günlük çinko alımı (DRI).

Yaş	Günlük önerilen Çinko (mg/gün)	Üst sınır
0-6 ay	2	4
7-12 ay	3	5
1-3 y	3	7
4-8 y	5	12
9-13	8	8
+14 yaş Erkek	11	40
Kadın	8	40
Gebelik/ Emzirme	12	40

Toplumda çinko eksikliğinin göstergesi olarak 3 parametre kullanılmaktadır:

- Diyetle günlük alınan çinko miktarı
(Toplumun %25'i yetersiz miktarda çinko alıyorsa)
- Serum çinko konsantrasyonu
(Toplumun %20'sinden fazlasında düşük ise)
- 5 yaş altında kısa boylu çocuk oranı
(%20'den fazla ise) o toplumda çinko eksikliği halk sağlığı açısından önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde değişik illerde çocukların serum çinko düzeyleri ölçülmüş, bazı çalışmalarda normal düzeylerde iken bazılarında oldukça düşük düzeyler saptanmıştır. Çalışmaların oldukça heterojen da bunda katkısı vardır.

Tablo 2. Ülkemizdeki çocuklarda serum çinko düzeyleri

Örnek sayısı	Yaş	Serum çinko düzeyi (ort $\pm$ SD) mcgr/dl	Bölge
10	2-5	78.5 $\pm$ 15.2	İzmir
23	3-7	143.1 $\pm$ 17.2	Manisa
20	1-8	100.9 $\pm$ 16.9	İzmir
40	1-10	124.2 $\pm$ 14.0	İzmir
11	1-10	107.5 $\pm$ 15.7	Diyarbakır
21	1-12	125.9 $\pm$ 12.4	İzmir
25	1-13	105.8 $\pm$ 29.3	Çukurova
22	2-12	132.8 $\pm$ 18.3	Çukurova
153	2-12	69.9 $\pm$ 34.8	İzmir
10	2-14	59.6 $\pm$ 8.4	Manisa
17	3-14	103.5 $\pm$ 21.1	Adana
24	4-16	64.0 $\pm$ 11.2	İzmir
25	4-18	94.5 $\pm$ 27.7	Ankara
931	6-14	70.0 $\pm$ 15.4	Maraş
1038	6-14	57.0 $\pm$ 33.4	Urfa
25	7-14	67.4 $\pm$ 14.1	İzmir
25	7-14	48.9 $\pm$ 20.8	İzmir
258	7-15	78.1 $\pm$ 17.0	Adana
183	8-15	64.2 $\pm$ 13.5	Urfa
164	8-15	72.1 $\pm$ 14.6	Urfa
40	11-15	141.5 $\pm$ 17.4	İzmir
14	1-3	105.7 $\pm$ 21.4	İzmir
50	6-16	92.0 $\pm$ 7.0	İzmir

Akut ishal ile ilgili yapılan çift kör, plasebo kontrollü çalışmaların değerlendirildiği meta-analizlerde çinko tedavisinin ishal süresini %25 kısalttığı, dışkı miktarını %30 azalttığı, uzamış ishal sıklığını %25 azalttığı ve sonraki 2-3 ayda ishal insidansını azalttığı saptanmıştır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü ve Unicef akut ishalde 10-14 gün süreyle 6 aylıktan küçük çocuklarda günde 10 mg, 6 aylıktan büyük çocuklarda 20 mg çinko tedavisi önermektedir. Çinko desteğinin alt solunum yolu enfeksiyonu insidansına azalttığına yönelik metaanaliz çalışması mevcuttur. Son yıllarda dikkat eksikliği olan çocuklarda çinko kullanımının yararlı olabileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Otosomal resesif geçiş gösteren akrodermatitis enteropatikada günde 1-2mg/kg elementer çinko ömür boyu kullanılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. FAO National Food Balance Data. A conference on "Zinc and Human Health: Recent Scientific Advances and Implications for Public Health Programs", 12-14 June, 2000, Health, Stockholm, June-2000)

2. Cavdar A.O, Babacan E, Uçkan D, et al. Maternal zinc deficiency in Turkey. A conference on "Zinc and Human Health: Recent Scientific Advances and Implications for Public Health Programs", 12-14 June, 2000, Stockholm, Sweden.
3. Cavdar AO, Arcasoy A, Cin S, et al. Geophagia in turkey: iron and zinc deficiency, iron and zinc absorption studies and response to treatment with zinc in geophagia cases. Prog Clin Biol Res 1983; 129:71–97.
4. Cin Ş, Cavdar AO, Arcasoy A. Serum zinc levels in Turkish preadolescents and adolescents. Haematologica 1980;65:409-13.
5. Aras NK, Olmez I. Human exposure to trace elements through diet. Nutrition 1995;11:506-11.
6. Umeta M, West CE, Haidar J, Zinc supplementation and stunted infants in Ethiopia: a randomised controlled trial. Lancet 2000;355:2021-6.
7. Taneli B. Anadolu toplumunda çinko. Ege Tıp Dergisi 2005; 44 (1) : 1 - 10.
8. Prasad AS. Zinc in human health: effect of zinc on immune cells. Mol Med 2008; 14:353–357.
9. Brooks WA, Santosham M, Naheed A, et al. Effect of weekly zinc supplements on incidence of pneumonia and diarrhoea in children younger than 2 years in an urban, low-income population in Bangladesh: randomized controlled trial. Lancet 2005; 366:999–1004.
10. Bhatnagar S, Bahl R, Sharma PK, et al. Zinc with oral rehydration therapy reduces stool output and duration of diarrhea in hospitalized children: a randomized controlled trial. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 38:34–40.
11. Lukacik M, Thomas RL, Aranda JV. A meta-analysis of the effects of oral zinc in the treatment of acute and persistent diarrhea. Pediatrics 2008; 121:326–336.
12. Scrimgeour AG, Lukaski HC. Zinc and diarrheal disease: current status and future perspectives. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008; 11:711–717.

KANITA DAYALI PROBİYOTİK KULLANIMI

Prof.Dr. Elif N. Özmert

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara

Bilimsel çalışmaların güçleri dolayısıyla kanıt düzeyleri kullanılan metod ile değişiklik göstermektedir. Buna göre en üst kanıt düzeyini meta analiz, randomize kontrollü çalışmalar ile prospektif kohort çalışmalar oluşturmaktadır, daha sonra reterospektif kohort ve vaka kontrol çalışmalar, ardından vaka serileri, en son ise uzman görüşleri oluşturmaktadır. Herhangi bir tıbbi uygulama yaparken eldeki verilerin bu prensibe göre değerlendirilerek uygulama yapılması “kanıta dayalı tıp” uygulamaları olarak tanımlanmaktadır.

Probiyotikler, sindirime dirençli ve belli miktarlarda tüketildiğinde sağlığa olumlu etkisi olan nonpatojenik canlı mikroorganizmalardır. Prebiyotikler ise sindirilmeyen ve barsakta yararlı mikroorganizmaların çoğalmasını sağlayan besin öğeleridir.

Pekçok farklı probiyotik ve prebiyotik vardır. Bunların oluşturdukları sağlık etkileri de birbirinden farklıdır. Bazıları hastalıkların önlenmesinde bazıları ise tedavi de etkili olabilmektedir. Bu nedenle probiyotikler ile ilgili yapılan çalışmaların değerlendirilmesinde ve probiyotiklerin klinik kullanımında bu noktalar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu konuşmada bazı probiyotik ve prebiyotiklerin çocukluk çağında hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kullanımları ile ilgili kanıtlar tartışılacaktır.

BEBEKLİK DÖNEMİNDE PROTEİN ALIMININ BÜYÜME VE METABOLİZMA ÜZERİNE ETKİSİ

Prof. Dr. Selda Bülbül

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Metabolizma, anabolizma (oluşum fazı) ve katabolizma (yıkım fazı, kompleks öğelerin yıkımı) komponentlerinden oluşmuş, vücutta ve hücrede yaşamı devam ettirmek için meydana gelen tüm fizik ve kimyasal işlemlerdir. Başta karbohidratlar, proteinler ve yağların enerjiye dönüşümü olmak üzere diğer tüm fizyolojik işlevler metabolizmanın önemli komponentleridir. Belirtilen makro besin öğeleri beslenme ile vücudumuza alınır ve büyümeyi gelişmeyi sağlar. Proteinler hücrelerdeki bütün biyolojik olayların yapı taşıdır. Hücreler içerisinde gerçekleşen olaylar; yüz binlerce farklı proteinin kendilerine verilmiş olan görevlerini yerine getirmeleri ile gerçekleşir. Proteinler, vücutta sudan sonra en çok bulunan maddelerdir.

Hemen her besinde (ekmek ve diğer tahıllar, sebzeler, meyveler, süt ve etler) protein varsa da, her besinde protein miktarı ve her proteindeki amino asit miktarı farklıdır. Elzem (Esansiyel) aminoasitler mutlaka dışardan besinlerle hazır alınmalıdır. Elzem amino asitlerini uygun oranda ve miktarda içeren hayvansal kaynaklı proteinlerin vücut proteini haline gelmeleri daha kolay ve hızlı olur. Bunlar iyi kalite proteinlerdir. Et ve hayvansal ürünler tam proteinlerin (kaliteli proteinlerin) kaynağıdır. Hububat, meyve ve sebzelerdeki proteinler, biyoyararlanımı düşük protein olarak kabul edilirler ve kaliteli protein kaynakları ile birleştirilerek kaliteli hale getirilebilir. Anne sütü ile alınan proteinin tamamını bebek kendi dokularına çevirebilmektedir.

Vücutta en iyi şekilde kullanılan protein YUMURTA PROTEİNİ'dir. Yumurta proteini, örnek proteindir. Yiyeceklerde bulunan proteinlerin kaliteleri yumurta proteini ile kıyaslanarak belirtilir. Yumurta 100 ise, Soya 74, Süt 95, Pirinç 67, Sığır eti 93 ve Buğday 53 olarak kabul edilir. Protein etki oranı ette 3, sütte 2.8, yumurtada 3.8 iken bu değer soya fasulyesinde 2.5'dir. Et, süt balık gibi hayvansal gıdalar dışında 8 elzem amino asidi içeren tek bitkisel ürün soya olup, yalnızca yumurtada methionine miktarının soyadakinden fazla olduğu bildirilmiştir. Hayvansal gıdaların çok az tüketildiği ülkelerde temel gıda maddelerine soya proteini katılmasının protein yetersizliği ile ilgili sorunların ortadan kaldırılmasında en ucuz ve en etkili metot olabileceği düşünülebilir.

Hayvansal protein kaynakları	Bitkisel Proteinler
• Süt ve süt ürünleri	Ekmek
• Sığır	Arpa
• Kuzu	Yulaf, mısır, çavdar
• Kümes hayvanları	Bakla, fasulye, mercimek, nohut, bezelye
• Balık	Pirinç, patates, yer elması
• Kabuklu deniz ürünleri	Fındık, fıstık, badem ve ceviz
• Yumurta (tam proteinlerin en iyi kaynağı)	

Proteinli gıdalar beyinde, iyi düşünmemizi ve hissetmemizi sağlayan dopamin ve serotonin için gerekli amino asitleri içerir. Türkiye'de kişi başına düşen günlük protein miktarı sadece 89 gram iken, Avrupa'da bunun 188 grama kadar çıktığı görülebilmektedir. Eğer önlem alınmazsa, ülkemizde yetersiz beslenme yüzünden zeka yünden geri kalmış bir neslin yetişmesi kaçınılmaz olacaktır. Bu nedenle, protein yetersizliği sorunlarını azaltmak ve kaynakları en iyi şekilde değerlendirmek için son yıllarda yoğun çalışmalar yapılmaktadır.

Proteinlerin 1 gramı 4 k/kalorilik enerji verir. Sedarer bireyler için günde vücut ağırlığının kilogramı başına 0,8 - 1,0 gr protein yeterlidir. Günlük enerji tüketiminin yaklaşık %10-15'i proteinlerden sağlanır. Günlük protein gereksinimleri hesaplanırken büyüme, cinsiyet ve aktivite göz önüne alınmalıdır. Örneğin 1 yaş için Kg başına 2.1 gram, 10 yaş için Kg başına 1.35 g, yetişkinler için Kg başına 1 g yeterlidir. Erken doğmuş prematürelerde ise kilogram başına 4 gram protein gerekebilir. Gebelik ve emzilikte 6-15 g eklenir. Hastalıklarda özellikle yanıklarda, enerji dengesinin iyi olmadığı durumlarda, prematürelerde ve büyümekte olan çocuklarda protein gereksinimi artar.

Protein dengesi protein alımı, yapımı ve yıkımı arasındaki denge ile sağlanır. Pek çok hastalığın ve gelişme bozukluğunun protein eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Protein eksikliği, anoreksia, büyüme geriliği, besin kullanımının bozulması, enzim ve hormonların sentezinde azalma ile süt üretiminde azalmaya neden olabilir. Uzun süre açlık veya hastalık durumunda vücut proteinleri yıkılır. Karaciğerde, beyin gibi hayati önemi olan dokulara kaynak sağlamak amacıyla protein sentezi artırılır.

Beslenmede ana protein alım sorunları şu şekilde karşımıza çıkabilir

- **Eksiklik**
 - Diyetle esansiyel aminoasitlerin yetersiz miktarda olması
- **Dengesizlik**
 - Bir veya daha fazla aminoasitin diyetle eksik olması
- **Fazlalık**
 - Diyetle aşırı protein alımı
 - Üre olarak aşırı nitrojen atılımı

Proteinin Fazla Tüketiminin Olumsuz Etkileri

- Vücutta belirli bir protein deposu yoktur. Alınan proteinlerin fazlası yağa dönüşerek depo edilirler. Yağın artması ise performansı düşürüp, istenmeyen vücut ağırlığına neden olur.
- Hayvansal kaynaklı proteinlerin yapısında katı (doymuş) yağ ve kolesterol bulunur. Bu tür yiyeceklerin fazla tüketimi ileri yaşlarda kalp-damar hastalıklarına yakalanma olasılığını artırır.
- Proteinlerin parçalanması sonucu oluşan artık maddelerin atımı (ürik asit gibi) böbrekler ve idrar yolu ile olur. Bu da su kaybına (dehidrasyona) yol açabilir
- Fazla protein alımı idrarla kalsiyum atımını artırır. Bu durum özellikle bayanlarda osteoporoz risk faktörünü oluşturur

Protein Yetersiz Tüketiminin Olumsuz Etkileri

- Vücutta yeterli protein alınmadığı durumlarda vücut kendi hücrelerini kullanır.
- Sonuçta önce büyüme durur, daha sonra vücut ağırlığında azalma başlar.
- Vücudun direnci azaldığı için hastalıklara yakalanma olasılığı artar. İyileşme geç olur.
- Kan proteini olan hemoglobin yapılamadığı için kansızlık oluşur.
- Demir, kalsiyum ve A vitamini gibi besin öğelerinin kullanımı da azalır

Ülkemiz yeterli gelir düzeyine sahip olmayan insan sayısının çoğunlukta olduğu, gelişmekte olan ülkeler kategorisinde ele alınan bir coğrafyadır. Bu coğrafyada hayvansal gıdaların, az önce belirtilen şartlardan dolayı yeterince alınamaması sağlıklı nesillerin yetişmesinin önündeki en büyük engeldir. Pek çok hastalığın ve gelişme bozukluğunun altında yatan protein eksikliği ve bebek/çocuk beslenmesinde ve metabolizma içinde proteinin önemi bu oturumun tartışma konuları olacaktır.

POSTER BİLDİRİLERİ

MANİSA İLİ KENT MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM II. KADEME ÖĞRENCİLERİNDE ANA-BABA TUTUMU VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ

Saliha Altıparmak*, Hatice Yıldırım Sarı**, Figen Yardımcı***

*Celal Bayar Üniversitesi sağlık Yüksekokulu

**Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

***Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Amaç: İlköğretim II. kademedeki eğitim gören ergenlerde anne-baba tutumu ve sağlık davranışları ilişkisini belirlemek. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Manisa İl merkezinde bulunan ilköğretim okullarının 6.7.8. sınıfları oluşturmaktadır (n= 63424). Araştırma verileri 01.03. 2010- 01.06.2010 tarihleri arasında toplandı. Örnek büyüklüğü desen etkisi 2 alınarak, %50 prevalans, %95 güven aralığında, standart hatası 0.05 kabul edilerek 759 olarak hesaplandı. Veriler SPSS for 15,0 Windows istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yüzde dağılımları şeklinde değerlendirilmiş olup farklı gruplar için elde edilen istismar oranları arasındaki farklılıklar ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Örnek seçimi çok aşamalıdır. Birinci aşamada sosyo-ekonomik duruma göre tabakalı rastgele örnekleme yöntemi, ikinci aşamada 6,7 ve 8. sınıfların şubelerine göre küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma da amaca uygun soruların yer aldığı 3 anket formu kullanılmıştır. Bunlar sosyo-demografik anket formu, anne-baba tutum envanteri ve HSBC sağlık anketinin sağlık davranışları soru formudur. Elde edilen veriler SPSS 11 paket programında analiz edilmiştir. Çalışma verileri tanımlayıcı tablolar ve ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin 416'sı (%54,4) erkek, 349'u (%45,6) kızdır. Öğrencilerin 200'ü (%26,1) 12 yaş, 249'i (%32,5) 13 yaş, 316'sı (%41,3) 14 yaşındadır. 119'unun (%15,6) ailelerinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. 596'si çekirdek aileye sahiptir (%77,9) ve 19'u (%2,5) okul sonrası herhangi bir işte çalışmaktadır. Araştırma sonucunda öğrencilerin 542'si (%70,8) düzenli beslenmediği, 111'inin (%14,5) hiç egzersiz yapmadığı, 345'inin (%45,1) sedanter yaşadığı, 293'ünün (%38,3) son bir yılda tedavi gerektirecek düzeyde yaralanma yaşadığı, 468'inin (%61,2) son bir yılda dövüş/kavga yaşadığı, 16'sının (%2,1) halen sigara kullandığı, 100'ünün (%13,1) alkol denediği belirlenmiştir. Öğrencilerin 54'ü (%7,1) otoriter ana baba tutumuna, 185'i (%24,2) koruyucu ana baba tutumuna, 61'i (58,0) ilgisiz ana baba tutumuna, 4652i (%60,8) demokratik ana baba tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Ana baba tutumu ile sağlık davranışları karşılaştırıldığında sigara kullanımı ve son bir yılda dövüş yaşamada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Halen sigara kullanmayanların %61,3' demokratik ana baba tutumuna sahiptir (koruyucu %24,0, ilgisiz %8,0, otoriter %6,0). Son bir yılda kavga dövüş yaşamayanların %67,0'i demokratik ana baba tutumuna sahiptir (koruyucu %20,5, otoriter %6,7, ilgisiz %5,7).

Sonuç: çalışma sonucunda ergenlik dönemindeki öğrencilerde sağlık davranışlarını pozitif yönde etkileyen ana-baba tutumunun demokratik ana baba tutumu olduğu belirlenmiştir. Bunu koruyucu ana baba tutumu izlemektedir. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda ana baba tutumu ile ilgili ailelere verilecek eğitimlerin öğrencilerin sağlık davranışlarının pozitif yönde etkileneceği düşünülmektedir.

YEME SORUNU YAŞAYAN 12-72 AYLIK ÇOCUKLARA AİT ÖZELLİKLER VE FİZİKSEL BÜYÜME DURUMLARI

Emel Örün, Zeynep Erdil*, Semra Çetinkaya***, Naile Tufan**, Songül Yalçın***

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü

**Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

***Kırıkkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: 12-72 ay arası sağlıklı çocuklarda yemek sorunu olanların tespiti, risk faktörlerinin tanımlanması ve fiziksel büyüme üzerine etkisinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** Çalışmaya Şubat-Haziran 2007 tarihleri arasında İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Polikliniğine başvuran, kronik hastalığı olmayan sağlıklı 12-72 aylık çocuklar alındı. Vakaların sosyodemografik özellikleri ile doğum zamanı, anne sütü alma süresi, emzik ve biberon kullanımı, yeme sorunu varlığı, tükettiği besin grupları, yemek yedikleri yer, abur cubur tüketme alışkanlığı, mikronütrient/mikroelement takviyesi alma durumlarına ait bilgiler annelere uygulanan anket ile sağlandı. Annelerin ifadesine göre şimdiye kadar herhangi bir dönemde yeme sorunu yaşayan çocuklar “yeme sorunu olan grubu”, yaşamayanlar “yeme sorunu olmayan grubu” oluşturdu. Çocukların vücut ağırlığı, boy ölçümleri yapılarak yaşa göre vücut ağırlığı, boy ve vücut kitle indeksi z skoru değerleri hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 331 çocuğun ortalama yaşı 3.32 ± 1.39 yılı. Annelerin 135 (% 40.8)’i çocuklarında yeme sorunu yaşadığını belirtti. 12-24 aylık çocukların %30.3’ünde, 25-48 aylık çocukların %43.1’inde, 49-72 aylık çocukların %45’inde yeme sorunu yaşanmıştı.

Anneler yeme sorununu peşinde dolaşarak yedirebilme (% 45.6), televizyon izleterek yedirebilme (%41.9), aşırı iştahsızlık (%39.0), kusma ve öğürme (%25.7), yemeği ağzında uzun süreli tutma (%20.6), pütürlü gıda almama (%11.8) olarak tanımladı. Anne ve baba eğitimi, annenin çalışması, çocuk sayısı ve ailede çocuk ölümü öyküsü, cinsiyet, doğum zamanı, anne sütü alma süresi, emzik ve biberon kullanımı, kreşe gitme ile yeme sorunu olması arasında ilişki saptanmadı. İlk 1 yaşta demir preparatı kullanan, şu anda et, sebze, meyve tüketmeyen, abur cubur yeme alışkanlığı olan, balık yağı takviyesi alan çocuklarda yeme sorunu görülme sıklığı daha yüksekti. Yeme sorunu olan çocukların yaşa göre ağırlık ve vücut kitle indeksi z skor ortalaması, sorunu olmayan çocuklardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü.

Sonuç: 12-72 aylık çocuklarda yeme sorunu olması büyümeyi olumsuz etkilemektedir. Çocuk hekimleri tarafından yeme sorunu olan çocukların antropometrik değerlendirilmesinin dikkatli yapılması, büyümenin izlenmesi ve beslenme konusunda ailelere gerekli desteğin verilmesi gerekmektedir.

ZİHİNSEL YETERSİZLİĞİ OLAN ÇOCUKLAR VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

Hatice Yıldırım Sarı*, Saliha Altıparmak**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

**Celal Bayar Üniversitesi sağlık Yüksekokulu

Zihinsel yetersizliği olan çocukların sağlık düzeyleri yetersizliği olmayan çocuklardan farklıdır. Sağlık durumundaki bu farklılık sağlıkta eşitsizlikle açıklanabilir. Belek'in (1998) belirttiğine göre; sağlıkta eşitsizlik; doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenlerden dolayı etkilendiği; önlenemez, önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; toplumsal bir bağlam içinde ele alınması gereken, toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır.

Bu bildiride zihinsel yetersizlik, sağlıkta eşitsizlik açısından değerlendirilecektir. Zihinsel yetersizlik hem sağlıkta eşitsizliğin sonucunda ortaya çıkan bir durum hem de sağlıkta eşitsizliğe yol açan bir durum olarak değerlendirilebilir. Yetersiz beslenme, erken çocukluk döneminde uyaran eksikliği gibi önlenemez nedenlerden genetik bozukluklara kadar çok çeşitli nedenler zihinsel yetersizliğe yol açmaktadır. Düşük sosyoekonomik durum ve bunun ortaya çıkardığı sorunlar hafif düzeyde zihinsel yetersizliğin görülme oranını artırabilir. Özellikle önlenemez nedenlerden dolayı ortaya çıkan zihinsel yetersizlik sağlıkta eşitsizliğin sonuçlarından biridir. Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda sağlık sorunlarının toplumun geneline göre yüksek düzeyde görülmesi ise eşitsizliğin en belirgin göstergesidir.

Uluslararası Zihinsel Yetersizlik Bilimsel Çalışma Grubu (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities) raporuna göre (2005) yetersiz beslenme, obezite, kardiyovasküler sağlık sorunları, diş sağlığı sorunları zihinsel yetersizliği olan çocuklarda toplumun genelinden daha yüksek oranda görülmektedir. Bağışıklanma oranları ise toplumun genelinden düşüktür. Sağlık hizmeti kullanımı açısından eşitsizlik; bazı grupların, insanların hizmeti kullanabilme yeterliliklerinin engellenmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (2001) raporuna göre zihinsel yetersizliği olan çocuklar koruyucu sağlık hizmetlerinden ve sağlığı geliştirme yaklaşımlarından yeterli düzeyde yararlanamamaktadır.

Sağlık profesyonellerinin zihinsel yetersizliği olan çocukların sorunlarını saptamada ve çözüm bulmada yetersiz kaldığı, sağlık sorunlarının erken tanılanamadığı, sağlık bakım gereçleri ve programların eksik olduğu, sağlık gereksinimlerine yeterince özen gösterilmediği belirtilmektedir. Zihinsel yetersizliği olan çocukların aileleri de toplumsal kaynaklar ve sağlık bakım desteğini yetersiz bulmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Özürlüler İdaresi'nin 2002 yılında yaptığı araştırma sonuçlarına göre zihinsel yetersizliği olan bireylerin %84'ü bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden, %49.2'si sağlık hizmetlerinden, %87.7'si aile rehberliği ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır.

Sonuç olarak eşitsizliğin ortadan kaldırılması için toplum sağlığı hizmetlerinin zihinsel yetersizliği olan çocukları da kapsayacak şekilde planlanması gerektiği söylenebilir. Zihinsel yetersizliği olan çocukların hem temel sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalı hem de özel sağlık bakım gereksinimleri karşılanmalıdır.

ANNELERİN DOĞUM ÖNCESİ EĞİTİM ALMASININ EMZİRME VE BEBEK SAĞLIĞINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Gülçin Bozkurt*, Sevgi Gökdemirel, Gülbin Gökçay***

*İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

**Adnan Menderes Üniversitesi*

Giriş: Anne sütünün bebek sağlığı için önemi tartışmasız bilinmektedir. Emzirme sürecinde işe başlayan çalışan anneler bu konuda bilgilendirilir ve desteklenirlerse, işe geri döndüklerinde bile bebeklerini kendi sütleri ile beslemeye devam etmeleri sağlanabilir.

Amaç: Doğum öncesi eğitim alma durumunun çalışan ve çalışmayan annelerde emzirme durumuna ve bebek sağlığına etkisini incelemek. **Yöntem:** Tanımlayıcı, analitik ve kesitsel özellikteki araştırmanın verileri, Ocak 2005-Ocak 2006 tarihleri arasında, retrospektif olarak nicel yöntemlerle elde edildi. Araştırma İstanbul'da bir üniversite hastanesinin, çocuk sağlığı izlem polikliniğine başvuran, annelerle yürütüldü. Çocuk sağlığı izlem polikliniğine kayıtlı, 12–30 ay arasında olan 420 çocuğun annesi çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem seçim kriterlerine uyan, doğumdan önce ve sonra çalışan 54, çalışmayan 57 olmak üzere, toplam 111 anne çalışmanın örneklemi oluşturdu. Araştırmacılar tarafından hazırlanan bir soru formu ile veriler elde edildi. Verilerin analizi, yüzdelik ki kare, t testi, Mann Whitney U istatistiksel yöntemleriyle yapıldı. Araştırma Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Araştırma Fonu tarafından desteklendi.

Bulgular: Çalışan annelerin 23'ü, çalışmayan annelerin 27'si toplam 50 anne gebeliğinde üniversite hastanesinin Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi'nde yürütülen DÖE programına katılmıştı. Eğitim durumları eşlendiğinde, çalışan annelerden DÖE alanların almayanlara göre daha uzun süre SAS verdiği ($149.3 \pm 57.2 / 135.7 \pm 65.8$ gün), toplam emzirme süresinin daha uzun olduğu ($13.6 \pm 5.9 / 12.3 \pm 4.2$ ay) ve bebeklerin ilk bir yılda daha az hastalandığı ($2.4 \pm 2.2 / 3 \pm 3$ kez) saptandı. Ancak bu karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($t=0.78, p>0.05 / t=0.86, p>0.05 / t=0.76, p>0.05$). Çalışmayan annelerde de DÖE alanlar almayanlara göre, bebeklerini daha uzun süre SAS ile beslemiş ($136.5 \pm 63.4 / 118.3 \pm 74$ gün), daha uzun süre emzirmiş ($14.5 \pm 6.7 / 14.2 \pm 7.1$ ay) ve bebekleri ilk bir yılda daha az hastalanmıştı ($3.8 \pm 5 / 6 \pm 6.3$ kez). Ancak bu farklılıklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($t=0.97, p>0.05 / t=0.13, p>0.05 / t=1.47, p>0.05$).

Sonuç: Tüm annelerde SAS verme ve emzirme süreleri Türkiye ortalamasının üstündedir. Bu durum bebeklerin emzirmenin desteklendiği “bebek dostu” bir hastanenin çocuk sağlığı izlem polikliniğinde izleniyor olmasından kaynaklanabilir. Anne çalışsın ya da çalışmasın DÖE alma bebeğin SAS alma, toplam emzirme sürelerini arttırmış ve bebeğin hastalanma sıklığını azaltmıştır. Ebe ve hemşireler doğumdan önce tüm anne adaylarını eğitmeli ve DÖE programlarına katılmasını teşvik etmelidir.

SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİNDE BESLENME ŞEKLİNİN BÜYÜME VE SERUM DEMİR DÜZEYLERİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİ

Nilgün Çöl Araz *, Doç. Dr. Neriman Aydın**

*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Sosyal Pediatri BD. **Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Amaç: Sütçocukluğu döneminde büyüme, gelişme sağlıklı olmanın en hassas göstergesidir. Erken süt çocukluğu döneminde büyüme beslenmenin yeterliliğini değerlendirmede kritik bir öneme sahiptir. Serum demir düzeyleri de sağlıklı olmanın diğer önemli bir göstergesidir. Demir eksikliği anemisinin demir metabolizmasının yanı sıra, büyüme ve beslenmeyle de yakın ilişkisi vardır. Bu çalışmada sütçocukluğu döneminde özellikle yaşamın ilk 6 ayında farklı beslenme modellerinin çocuğun büyüme ve serum demir düzeyleri üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: “Çocuk Sağlığı İzlem” polikliniğinde düzenli olarak takibi yapılmakta olan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çocuklar doğumdan sonraki ilk 6 aylık dönemdeki beslenme modeline göre 3 gruba ayrıldı: Sadece anne sütü ile beslenenler, kısmen anne sütü alanlar (Anne sütü + 400 cc.’den az formül mama) ve sadece formül mama ile beslenen çocuklar. Bu olguların yenidoğan dönemi ile 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. aylardaki vücut ağırlığı (kg), boy (cm), baş çevresi (cm) değerleri kaydedildi. Altıncı ayda yapılmış olan “tam kan sayımı” sonuçlarından kan parametreleri [eritrosit sayısı (RBC), hemoglobin (Hb), hematokrit (Hct), ortalama eritrosit volümü (MCV), ortalama eritrosit hemoglobini (MCH), ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (MCHC), serum demiri (SD), total demir bağlama kapasitesi (TDBK) ve ferritin (F)] değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirme için SPSS for Windows 13.00 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 85 çocuktan %62.4 ü kız, %37.6 sı erkekti. Çocukların %41.2’si (35) anne sütü ile %35.3’ü (30) karışık, %23.5’i ise (20) formül mama ile besleniyordu. Doğum şekli ve doğum mevsimi beslenme modeli üzerinde etkili değildi. Bebeğin doğum haftası ve doğum kilosu beslenme şeklini etkilemiyordu. Doğum sayısı 1 ile 8 arasında değişiyordu. ($1.68 \pm 1,10$). Annenin doğum sayısı arttıkça çocuğun Hb ve Hct düzeyleri azalıyordu. (Hb; r: -0.307, p: 0.006; Hct; r: -0.222; p: 0.049). Doğum sayısı ile beslenme modeli arasında ilişki yoktu Anne sütü ile beslenenlerde tüm aylarda ağırlık artışı daha fazlaydı ($p < 0.05$). Anne sütü alan gruptaki ağırlık artışı 1, 5 ve 6. aylarda formül mama ile beslenenlerden; 2, 3 ve 4. aylarda ise hem karışık, hem de formül mama ile beslenenlerden daha fazlaydı. Boy uzaması beslenme şeklinden etkilenmiyordu. Beslenme modeli ile baş çevresi artışı arasında ilişki saptanmadı. Gruplar arasında kan parametreleri ve serum demir düzeyleri arasında farklılık saptanmadı.

Sonuç: Bu veriler yaşamın ilk 6 ayındaki beslenme modelinin demir düzeyleri ve kan parametrelerine etkisi olmadığını, ancak anne sütü ile beslenenlerin tüm aylarda daha hızlı büyümekte olduğunu göstermektedir. Bu nedenle doğumdan sonra tüm çocukların anne sütü ile beslenmesi desteklenmelidir.

ÖRSELENME KUŞKUSUYLA GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK KORUMA MERKEZİ TARAFINDAN BİLDİRİMLERİ YAPILAN ÇOCUKLARIN ADLİ VE SOSYAL SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

Figen Paslı, .Runa İdil Uslu*, Gökçe Yılmaz**, Figen Şahin**, Ufuk Beyazova**,**

*A.Ü.Tıp Fakültesi,

**G.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Koruma Merkezi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezine, istismar edilmiş olma kuşkusuyla başvuru veya yönlendirilen çocukların adli ve sosyal hizmet bildirim süreçlerinin işlevselliğinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** Bu çalışma, betimleyici nitelikte araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmaya katılan örneklem grubu, Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezine 2001-2008 yılları arasında istismar kuşkusunu ile başvuran/yönlendirilen 241 çocuktan adli ve sosyal hizmet bildirimi yapılmış olan 100 çocuk ve ailesidir. Bazı olguların bildirimi Merkezdeki ekip tarafından, bazılarının adli ve sosyal hizmet bildirimleri Merkeze gelmeden önce yapılmıştır. Araştırmanın amaçlarına uygun olarak geliştirilen İstismara Uğrayan Çocuk Bilgi Formunda yer alan bilgiler çocuklar ve aileleri ile yüz yüze görüşerek ve telefonla, ayrıca kayıtlardan elde edilmiştir. Mahkeme sürecine ilişkin bilgilerin bir kısmı ailelerle yapılan görüşmeler, bir kısmı ise avukat ve savcılarla kurulan iletişimle elde edilmiştir. Sosyal hizmet bildirimine ilişkin bilgiler SHÇEK Ankara İl Müdürlüğü ve SHÇEK Fatma Üçer Çocuk ve Gençlik Merkezi kayıtları incelenerek elde edilmiştir. Araştırmada istatistiksel analizler SPSS 13 paket programından yararlanılarak yapılmıştır. Aileye ilişkin bazı değişkenler (anne ve babanın beraber yaşama durumu, gelir getiren işe sahip olma durumu, psikiyatrik hastalık durumu) ve çocuğun yaşadığı ortam değişkeni istismar öncesi ve sonrası dönemlere göre ki-kare testiyle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Cinsel istismar olgularının % 71'inde adli, % 2'sinde sosyal hizmet bildirimi, fiziksel istismar olgularının % 6'sında adli, % 13'ünde sosyal hizmet bildirimi yapılmıştır. Bildirimi yapılan cinsel istismar olgularının % 71'inde mahkeme açılmış, % 12'sinde takipsizlik verilmiş, fiziksel istismar olgularının ise % 3'ünde mahkeme açılmış, % 4'üne takipsizlik verilmiştir. Mahkeme açılan cinsel istismar olgularının % 36'sı sonuçlanmış ve sanık ceza almış, % 14'ünde sanık ceza almamıştır. Sosyal hizmet bildirimi yapılan cinsel istismar olgularının % 24'üne kurum bakımı, % 6'sına koruyucu aile hizmeti sağlanmıştır. İhmal olgularının % 10'una sosyal yardım sağlanmıştır.

Sonuç: Adli bildirimde bulunan olguların çoğunda dava açılmıştır, bazıları halen devam etmektedir. Bu davalar uzun sürmekte, bu durum çocukları ve aile bireylerini olumsuz etkilemektedir. Suçlunun cezalandırılmasıyla sonuçlanan davalar ebeveynleri ve profesyonelleri olguları bildirmeleri için cesaretlendirmektedir, ancak tek başına yeterli değildir. Çocukların korunması ve bakımından sorumlu temel devlet kurumu olarak SHÇEK'in, diğer kurumlarla işbirliği içinde çocuk istismarı olgularının sistematik, hızlı ve etkili bir şekilde yönetimi ve izlenmesi için daha fazla uzmanlaşmış birimler oluşturması ve profesyonelleri istihdam etmesi gerekmektedir. Çocuk istismarı olgularına çoğul disiplinli/bütüncül yaklaşımla müdahale edilmesi gerektiği genel olarak kabul görmektedir. Ancak adli, sağlık ve sosyal hizmet kurumları arasında ilgili mevzuatta var olan işbirliği ve eşgüdüm mekanizması oluşturulmalı ve etkin bir şekilde uygulamaya geçirilmelidir.

SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BESLENME ÖRÜNTÜSÜNÜN İSHALLİ HASTALIKLARA ETKİSİ: VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

O.Tolga İnce*, S.Songül Yalçın*, Fehminaz Temel, Eda Köksal***, Kadriye Yurdakök*, Sabahat Tezcan****

*Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Ünitesi

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

***Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Giriş: Bu ön çalışmada 6–24 aylık çocukların bazı sosyodemografik özellikleri ve prebiyotikli gıda kullanım durumunun ishalleri üzerine etkisi incelendi. Yöntem: 17 Kasım–31 Aralık 2008 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Sağlam Çocuk ve İshal Polikliniklerine başvuran 6–24 aylık çocuklar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerin çocukları araştırmaya dâhil edildi. İshalleri olan 20 olgu vaka grubunu oluştururken herhangi bir hastalığı olmayan 42 olgu kontrol grubunu oluşturdu. Bu bebeklerin annelerine 2 bölümden oluşan anket uygulandı. İlk bölümde bebek ile ailenin bazı sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde bebeğin son bir ay içinde tükettiği probiyotik ve prebiyotikli besin maddeleri ve miktarları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan vaka ve kontrol grupları yaş, cinsiyet ve yaşa göre vücut ağırlığı yönünden benzer bulundu. Anne veya çocuğa bakımvereninin eğitimi ile çocukta ishal gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken sekiz yıldan az eğitim gören babaların çocukları daha uzun eğitim gören babaların çocuklarına göre 7.5 kat daha fazla ishal riskine sahipti (95%GA=2.24–25.09 p=0.001). Annesi ≤29 yaşında olan çocuklarda ishal gelişme riski 3.3 kat fazla idi (95%GA=1.01–10.73 p=0.04). İshal riski evin aylık toplam geliri 2000 TL ve altında olan olgularda 6,75 kat fazla iken (95%GA=1.38–32.88 p=0.01), yaşanan evin oda sayısı 3’den az olduğu durumda da 3.66 kat artıyordu (95%GA=1.17–11.53 p=0,02). Anne sütü alma durumu, ek gıdalara başlama zamanı, bakım veren kişinin eğitimi, doğum sırası, çocuğun son bir ayda herhangi bir antibiyotik kullanması çocukta ishal riskini arttırmadı. Nohut ve ev yapımı kek tüketim sıklığı ishalleri olan olgularda daha azdı (sırasıyla p=0.01 ve p=0.04). Kurufasülyenin günlük tüketim miktarı ishalleri olan olgularda daha az bulundu (p=0.03).

Sonuç: Bu ön çalışmanın verileri pre-probiyotikli beslenmenin ishal riskini azaltabileceğini düşündürmektedir. Bu yüzden ailelere konu ile ilgili beslenme eğitimi verilmelidir. Ayrıca düşük sosyoekonomik durum çocukta ishal gelişimi için önemli risk faktörüdür. Ailelerin refah indeksinin artırılmasını içeren programların geliştirilmesi de ishalleri hastalık riskini azaltacaktır.

ÜLKEMİZDE ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDEKİ KURUMSAL HİZMET SUNUMLARI FARKLI MI? (OLGU SUNUMU)

Sevgi Özsoy Gökdemirel*, Gülçin Bozkurt, Hayriye Ertin Çakmak*****

* Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu

** İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

***Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Amaç: Bu olgu ile ülkemizde, çocuk sağlığı izlemindeki, kurumsal hizmet sunumlarındaki farklılıklara değinilecektir. **Olgu:** Mutlu ailesi, biri 6 yaşında kız ve diğeri 14 yaşında erkek iki çocuğa sahip ve anne-baba üniversite mezunudur. Ailenin çocuklarının sağlığı, doğumlarından itibaren ülkemizin en gelişmiş büyükşehirlerinden birindeki, üniversite hastanesinin Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izlenmiştir. Ülkemizin batısında bir şehre taşınan aile, buradaki üniversite hastanesine, çocuklarının kontrolleri yapılsın diye başvurur. Bekleme salonunda 14 yaşındaki erkek çocuğunun ilk tepkisi (ortamın kalabalık ve hasta çocukların olması nedeniyle); “Sağlığımızı kontrol ettirelim derken hasta olmazsak iyidir... Oofffff... tüm günümüz burada geçer herhalde. Anne kocaman adam oldum, kaç yaşına kadar beni sağlam çocuk polikliniğine getireceksin?” şeklinde başlar. İki kardeş arasında sen küçüksün, ben büyüdüm tartışması sürerken sıra onlara gelir. Poliklinik odasının küçük olması nedeniyle baba dışarı çıkar. Oldukça genç olan doktorun başvuru nedenine yönelik sorusuna annenin yanıtı “çocukların rutin izlemlerini yaptırmak için geldik. Buraya yeni taşındık, daha önce çocukların düzenli olarak kontrollerini yaptırıyorduk, burada da devam ettirmek istedik” diyerek çocukların önceki dosyalarını doktora verir (Doktor dosyaları alarak incelemeyi masaya bırakır). Doktor, çocuklarının sorunlarını sorduğunda; anne, altı yaşındaki kızının kısa sürede hızlı kilo aldığını, son bir yılda iki persantil atladığını, erken ergenlik kaygılarını; oğlunun da ergenlik belirtilerine yönelik endişeleri olduğunu söyler.

Doktor boy, tartı ve fizik muayene bulguları ile anormal bir durumun olmadığını belirterek muayeneyi bitirmiştir. Çocuklar için hem rutin ve hem de yaşa göre yapılması gereken herhangi bir tetkik istenmemesi anneyi şaşırtmıştır. Bu durumu belirttiğinde doktor; “herhangi bir şikayetleri ve anormal bir muayene bulgusu yok. Bizim rutinimizde yer almıyor ama istiyorsanız bi kan tetkiki yapalım fakat boş yere canlarını yakmaya gerek yok” diye açıklama yapmıştır. Anne “peki tansiyonlarına da bakmayacak mısınız?” dediğinde; “tansiyon aleti sadece endokrin polikliniğinde var istiyorsanız rica edip baktırabilirsiniz” diye öneride bulunmuştur. Anne “doğrusunu isterseniz önceki hastanede olsaydık, şimdi bizden bir sürü tetkik ve tahlil yaptırmamız istenirdi. Gerçekten bir sorun olup olmadığına da onların sonuçlarına bakılarak karar verilir”. Doktor “söyledim ya bizim rutinlerimizde bu tür tetkiklerin düzenli aralıklarla yaptırılması gibi bir uygulama yok. Biz ancak bir sorun olduğunu düşündüğümüzde tetkik istiyoruz”. Anne “Bence bu işin bir standardı olmalı, o hastane de başka, bu hastanede başka olmamalı, öyle değil mi?” diyerek düşüncesini dile getirmiştir.

Sonuç: Şehir değiştirince, aldıkları sağlık hizmetinde değiştiğini fark eden aile artık çocuklarının sağlığını izletmeyi bırakmıştır. Çocuk sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinin önemi tartışmasız kabul edilmekte ve bu hizmet sağlık ocağından üniversite hastanelerine kadar birçok kurumda verilmektedir. Ancak ülkemizde halen hizmet içeriği, sunum şekli vb. konularda bir standart yoktur. Bu hizmeti sunan sosyal pediatri uzmanları yetersiz ve hemşirelerin rol ve işlevleri tanımlanmamıştır.

OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ: TOPLUMA ERİŞEBİLMENİN YOLU

S. Uğur Baysal*, Y. Sahip*, B. Özmen*, A. Aktı sezgin*, T. Parman*, O. Abalı*, A. Bulut*, G. Gökçay*

*İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Aile Sağlığı ve Sosyal Pediatri Anabilim Dalları,

Amaç: Bu projenin amacı, kurumlararası işbirliği sağlayarak, okullarda sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmak, Türkiye’de yaygın olarak kullanımını sağlamak üzere örnek bir sağlık hizmet modeli geliştirmektir. **Yöntem:** 1999-2004 yılları arasında, İstanbul’un yarı kentsel bir ilçesinde bir ilköğretim okulunda, 7- 11 yaşlarında 503 ikinci sınıf öğrencisine her yıl, sağlık taraması, sağlık bakımı, sağlık eğitimi içeren sağlık hizmetleri sunuldu. İleri inceleme ve tedavi gerektiren çocuklar, ikinci basamak hizmetlere yönlendirildiler. Öğrenciler, başlıca sağlık sorunları, sağlığı geliştirme, tedaviye ve sevklerle uyum açısından değerlendirildiler; belirlenen sorunların çözümlenmesi amacıyla eğitim- öğretim yılı boyunca izlendiler. Öğrencilere, anne- babalara, öğretmenlere yönelik sağlık eğitimleri verildi. Proje ile ilgili deneyimlerimizi ilgililerle paylaştık.

Bulgular: Ağız-diş sağlığı sorunları, akut solunum yolu enfeksiyonları başta olmak üzere akut hastalıklar, enürezis, süregelen yineleyen ağrı gibi süregelen bulgular, öğrenme güçlükleri ve davranış sorunları, görme kusurları ve deri bulguları başlıca sağlık sorunları olarak belirlendi. Sevk gerektiren nedenler, ağız-diş sağlığı sorunlarının tedavisi, süregelen sorunların ileri tetkiki, ruhsal sorunlarda rehberlik ve psikolojik danışmanlık gereksinimiydi.

Sonuç: Gelişmiş ülkelerden farklı olarak, ağız- diş sağlığı sorunları ilk sırada yer almaktadır. Düşük sosyoekonomik düzeyden etkilendiği bilinen ruh sağlığı sorunları da daha yaygındır. Okulda ortaya çıkan acil durumların kaydı yapılmamaktadır. Rehberlik hizmetlerinin geliştirilmesine büyük gereksinim vardır. Okulda sağlığı hizmetleri, çevre ile bütünleşmeli, sürekli olmalıdır. Okullar, topluma erişebilmenin yoludur.

Anahtar sözcükler: okul sağlığı, sağlık hizmeti, sağlık sorunları, ağız- diş sağlığı, ruh sağlığı, toplum sağlığı

Proje, Çocuk Sağlığı Derneği tarafından desteklenmiştir.

Projenin çıktıları:

Uğur Baysal S, Özmen B, Parman T, Sahip Y, Bulut A, Gökçay G. A Mental Health Screening Project in İstanbul, Turkey. J Sch Health 2004; 74: 341-343. İÜ Proje No: UDP-81;BYP-850.

Abalı O, Özmen B, Kılınçaslan A, Sahip Y, Parman T, Uğur Baysal S. Psychiatric assessment of Turkish school age children. ESSOP Annual Meeting 2003, Madrid. Abstract Book:12.

Uğur Baysal S, Çağlayaner H. Okul çağında sık rastlanan sağlık sorunlarına yaklaşım. Klinik Çocuk Forumu. Eylül-Ekim 2005:26-44.

Uğur Baysal S. Okul Sağlığı: Deneyim Paylaşımı ve Öneriler. Tartışma- Editöre Mektup. Cumhuriyet Bilim Teknik 2005: 967: 20.

Uğur Baysal S, Gökçay G, Özmen B, Sahip Y, Bulut A. School Based Health Services Project In Turkey. ESSOP Annual Meeting 2006,Cardiff. Abstract Book: 52. İÜ Proje No: UDP 773.

Uğur Baysal S. Recent Developments in School Health Services in Turkey. ESSOP Annual Meeting 2008,Reykjavik. Health of School-Age Children. Programme Book and Abstracts:19. İÜ Proje No: UDP- 2845.

OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN ÖRNEK BİR YÖNERGE TASLAĞI HAZIRLAMA

A. Bulut*, Y. Sahip*, B. Özmen*, S. Uğur Baysal*, O. Neyzi *

Cocuk Sağlığı Derneği İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü

Amaç: Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlıklarını birlikte ilgilendiren okul sağlığı, yapılacak işbirliğinin kimin sorumluluğunda, nasıl yerine getirileceği net olarak belirlenmemiş, halk sağlığında çözüm bekleyen önemli sorunlar arasındadır. Amaç, okul sağlığı gibi önemli bir alanda deneyimlere dayanan etkili bir hizmet modeli oluşturup, yönetimi için yol gösterici örnek bir yönerge hazırlayarak ilgililerin dikkatini çekmektir.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü'nün liderliğinde İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün onayıyla, Kağıthane İlçesi'nde, Ferit Aysan Çağdaş Yaşam İlköğretim Okulu'nda "Okul Sağlığı Hizmeti Projesi" başlığı altında bir proje geliştirilerek, Çocuk Sağlığı Derneği'nin desteği ile 1999-2004 yıllarında uygulandı. Çalışmada, "sağlık çalışanlarının yanı sıra okul idaresinin, öğretmenlerin, öğrencilerin, anne babaların etkin katılımı sağlandı. Var olan sağlık sisteminden yararlanılarak ikinci sınıfa devam eden 503 çocuğun sağlığının değerlendirilmesi, saptanan sorunlara gerçekçi, olabildiğince kalıcı ve süreklilik içeren çözümler sağlamak için çevre kuruluşları ve gönüllüler aracılığıyla desteklenen etkinlikler, öğrencilerin izlemi temeline dayandı. Okulda çözümlenemeyen sorunlar için, çok yönlü katılımı, çocukların aileleriyle birlikte sevk kuruluşlarına gitmeleri sağlanarak, çözüm ve rehabilitasyonları gerçekleştirildi. Uygulama sonuçları ve çalışma sürecinde ekibin elde ettiği deneyimler, geniş katılımlı bir toplantıda ilgililerle paylaşıldı; gruplar oluşturularak yapılan hazırlıkla ikinci bir toplantıda "Okul Sağlığı Hizmet Yönergesi" taslağı oluşturularak 2005 yılında Bakanlıklar ilgililerine sunuldu.

Bulgular: Taslak yönergede, genel ilkeler, örgütlenme- işbirliği çerçevesi, okullarda birim ve ekip oluşturma, sağlığı değerlendirme, akış şemaları, sevkler, öğretmenlerin sorumluluğu, ilgili kayıtlar, spor yarışmaları için değerlendirme, sağlık eğitimi, beslenme, çevre sağlığı, okul hekimi ve hemşireliği, meslek eğitimi, sivil toplumun katkısı ve parasal kaynaklar başlıkları bulunmaktadır. Hazırlanma süreci ile, düzenlemelere yol gösterecek teknik bilgiler ek olarak paylaşılmıştır.

Sonuç: Belirlenen sorunlar ve çözüm yolları diğer çalışmalarla uyumludur. Ancak, çözümlerin gerçekleştirilmesi için yaşananlar İl düzeyinde Valilik katında ilgililerin işbirliği yapmasını gerektiren karmaşık süreçlerdir. Bu örneğin ve oluşma sürecinin paylaşımının gelecek uygulamalara yön verici olacağına inanıyoruz. Günümüzde "Sağlıkta Dönüşüm" programına dayanan değişikliklerle artan belirsizlikler, okul sağlığı alanında benzer bir düzenlemenin acil olarak yapılması gereğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: okul sağlığı, okul projesi, sağlık hizmeti, sağlığı geliştirme, sağlıkta dönüşüm, yönerge.

Katılımcı Süreçte Yer Alan Raporlar

Ayşen Bulut, Hacer Nalbant, Muhtar Çokar. Ergenler ve Sağlık Durum Raporu. İstanbul Tıp Fakültesi, KÇSEAB, Mart 2002.

Çocuk Sağlığı Derneği(ÇSD), İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İÜ Çocuk Sağlığı Enstitüsü(ÇSE)(Düzenleyenler). İlköğretim Çağında Okul Sağlığı. "Deneyim Paylaşımı ve Gelecek için " Öneriler " İstanbul, 24 Ekim 2003.

İÜ ÇSE, İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü, ÇSD (Düzenleyenler). Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi için "Öneriler". İstanbul, Mayıs 2004.

ÇSD, İÜ ÇSE (Düzenleyenler). Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi için Yönerge Taslağı. İstanbul, Ekim 2004.

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ: BEBEKLİK VE ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE TEMEL DÜZENLEME BECERİLERİNİN KAZANDIRILMASI İÇİN ÖNEMLİ BİR FIRSAT

Nilcan Kuleli Sertgil*, Gülbin Gökçay,**

*Okan Üniversitesi

**İstanbul Üniversitesi

Amaç: Bebeklik ve erken çocukluk döneminde ailelerin çocuk hekimlerinden yardım istedikleri konuların başında uyku-beslenme düzeni, hareketlilik ve davranış ile ilgili sorunlar gelmektedir. Bebeklik döneminde kendini düzenleme becerilerinde görülen sorunlar oldukça yaygındır ve önemi düşünüldüğünden daha fazladır. Bebeğin uyarılma (arousal) ve fizyolojik durum düzenlemesi yapabilmesi çevreye uyum gösterebilmesi açısından çok önemlidir. Normal gelişim gösteren çocuklarda kendini sakinleştirebilme, yemek düzenine ve uyku-uyanıklık döngüsüne alışma genellikle 6. ayın sonlarına doğru gerçekleşirken, bazı bebeklerde bu becerilerle ilgili belirgin ve süre giden sorunlar görülmektedir. Erken çocukluk dönemine kadar çözölemeyen bu sorunlar daha da belirgin hale gelerek duyu bütünleme sorunları, dikkat sorunları, değişime uyum gösterememe, ciddi uyku düzeni bozuklukları ve beslenme alışkanlıkları sorunları olarak ve bozulmuş anne-bebek, aile-bebek ilişkisi olarak uzmanların karşısına çıkmaktadır. Bu semptomların altında yatan sorunların anlaşılması, erken dönemde aileye bebeğin özelliklerine uygun öneriler verilmesi çok önemlidir.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsünde yürütölen 6-24 ay arası bebeklerin sosyal-iletişim alan becerilerine ait norm verilerinin belirlenmesi çalışması dahilinde 310 aileden bebeklerinin uyku, beslenme, hareketlilik ve davranış sorunları hakkında anket yoluyla bilgi toplanmıştır. Ayrıca gelişimsel gecikme açısından riskli olarak belirlenen grup ile normal gelişim gösteren grup, bu sorunların varlığı açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: 6-24 ay arası çocuğa sahip ailelerin en sık dile getirdiğı sorunlar beslenme, hareketlilik ve uyku sorunları olmuştur. Yaklaşık her üç aileden biri beslenme ile ilgili sorunlar yaşadığını belirtirken, her dört aileden biri aşırı hareketlilik ile ilgili sorunlar belirtmişlerdir. Ayrıca yaklaşık her beş aileden biri çocuklarında uyku ile ilgili sorunlar olduğunu belirtmiştir. Davranış sorunları daha az sıklıkla dile getirilmiştir. Uyku sorunları en çok ilk 6 ay içerisinde dile getirilirken yemek sorunları 12. ve 24. Aylar arasında en sık dile getirilmektedir. Uyku, beslenme, hareketlilik ve davranış sorunlarının varlığı gelişimsel olarak yaş normlarının altında olma durumu ile yani gelişimsel gecikme riski taşıyor olma durumu ile ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç: Uyku, beslenme, hareketlilik ve davranış sorunları 6-24 yaş aralığında çok yaygın olarak görölmekte ve ortalama her 4 aileden biri bu konularda sorun yaşamakta ve yaş dönemine uygun bilgilendirmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle çocuk sağlığı izlemlerinde ailelere bu becerilerin öneminin vurgulanması ve erken dönemde kazandırılması için uygun öneriler verilmesi önemlidir. Bu önleyici yaklaşım ile sorunların yerleşik ve karmaşık hale gelmesi önlenilecek, bebeğin ve ailenin günlük yaşantısı daha düzenli ve uyumlu olabilecektir. Bu sayede bebeğin diğeri gelişim alanlarında ilerleyebilmesi için gerekli zeminin oluşması da sağlanabilecektir.

HASTANEDE ANA ÇOCUK SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ: ÖN ÇALIŞMA

Rabiya Altunay Konukoğlu*, Serpil Uğur Baysal*

*İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Aile Sağlığı Anabilim Dalı; Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Amaç: SAĞLIĞI TEŞVİK EDEN HASTANE(STEH), paylaşımcıları için yapılar, kültürler, kararlar ve süreçler geliştirerek sağlık kazanımını iyileştirmeyi amaçlayan bir kurumdur. STEH, öncelikle, hastane personeli, toplum nüfusu, çevresel etkenlerden yola çıkarak hastalara ve onların yakınlarına, korunmasız- özel gereksinimi olan gruplara odaklanır; sağlık eğitimini ve hastalıkları önleme yollarını birleştirir. Bu çalışmanın amacı, bir eğitim hastanesinde, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde (ÇSHK) Kurumsal Performans ve Kalite Birimi (KPKB) hizmetleri kapsamında, hastaneden hizmet alan anne ve çocukların, belirlenen gereksinimler doğrultusunda sağlığı geliştirmektir. Araştırmanın başlıca hedefi, anne ve çocukların aldıkları sağlık hizmetlerini Ottawa sözleşmesi kapsamında değerlendirip varsa eksikleri ve sorunları tanımlayarak, sağlığı geliştiren hastane olma yolunda uygulanabilecek öneriler oluşturmaktır.

Yöntem: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Mart- Haziran 2009 döneminde taburcu olmuş hastalar ve aileleri ile klinikte çalışan sağlık personeli çalışmaya alınmıştır. Araştırmada, 257'si yenidoğanlara ait 1246 dosya incelenmiştir. Veri Toplama Aracı Olarak "Dosya Kontrol Formu" kullanılmıştır. Hastane Kalite Birimi'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ile ortaklaşa yaptığı çalışma süreçleri ve diğer belgeler incelenerek, beş grupta yapılan çalışmaların Ottawa Sözleşmesine dayalı Sağlığı Teşvik Eden Hastane Sistemine uygunluğu araştırılmıştır: Organizasyonun Yapısı, Sağlık Personelinin Günlük Uygulamaları/ Davranışları, Sağlık Personelinin Becerisi ve Eğitimi, Çocukların Eğitimi, Ailelerin ve Sosyal Çevrenin Eğitimi. Veri, bilgisayar ortamında, tanımlayıcı yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sağlık personelinin sağlık hizmet sunumunu belirleyen işlemler, talimat ve diğer dokümanlar incelendiğinde kayıtların, servislerin işleyişini tam olarak yansıttığı ancak STEH için gerekli, özgün konularda ayrıntılı doküman bulunmadığı görülmektedir. Hastanede kullanılan standart formların bilgi almada ve kayıt tutmada etkili olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının ve yardımcılarının eğitimleri incelendiğinde, KPKB'nin öngördüğü eğitimleri, Enfeksiyon Komitesi eğitimleri, zorunlu eğitimler ve servise özel eğitimler izlemektedir. Bu çalışma ile EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde bir STEH çalışması başlatılmıştır ve yönetimin desteğini almıştır.

Sonuç: Hastaneye başvuran bireyler, sağlık çalışanları ve toplum için tam olarak örgüt-sel bir yaklaşım sergilenmese de kurumsal performans ve kalite biriminin de katkılarıyla hastanede STEH kültürünün oluşturulmaya başladığı, STEH kapsamında Ottawa ilkelerini karşılama çabasında olduğumuz söylenebilir. Sağlığın teşvikini belli bir bölümün ya da personelin sorumluluğuna bırakan hastaneler gelişme aşamasındadır. Hastanelerin ellerindeki gücü bilerek sağlığı teşvik için kanıta dayalı örgütsel yapılanmaları harekete geçirmeleri gerekmektedir. Çocuklar, ancak, gereksinim duydukları tıbbi tedavi, evlerinde ya da ayaktan yapılamadığında hastaneye yatırılmalıdırlar. Hastanede yatan çocuklar anne babalarını ya da diğer yakınlarını her zaman yanlarında bulundurma hakkına sahiptirler. Anahtar Kelimeler: sağlığı teşvik eden hastaneler (STEH), kalite, çocuk sağlığı, aile sağlığı, toplum sağlığı hasta çocuklar bildirgesi

Kaynaklar

<http://www.healthpromotinghospitals.org>

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

<http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/printIt.htm><http://www.itfdergisi.com/text.php3?id=552>

<http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/hizmettum.pdf>

CİNSEL İSTİSMAR: BİR META ANALİZ ÇALIŞMASI

Nazan Çakırer

Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, yüksek öğretim kurumu tarafından onaylanmış cinsel istismar tezleri hakkında büyük resmi görebilmektir. Bu alanda yürütülen çalışmaların bir araya getirilmesinin, önemli bir bilgi birikimi oluşturacağı ve bu alanda varolan boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

YÖNTEM: Araştırmanın yönteminde meta analiz kullanılmıştır. www.yok.gov.tr sitesinden basit tarama ile "cinsel istismar" anahtar kelimesi araştırılmıştır.

BULGULAR: Cinsel istismara ilişkin 1994-2010 yılları arasında toplam 14 tez yapıldığı saptanmıştır. Tezlerin 8'i çocuklar, 6'sı ise yetişkinlerde cinsel istismarı konu almaktadır. Çocuklarda cinsel istismar ile ilgili yapılan tezlerin; 2'si adli tıp, 2'si hukuk, 1'i sosyal hizmetler, 1'i psikoloji, 1'i psikiyatri ve 1'i eğitim-öğretim alanında yapılmıştır. Bu tezlerin 4'ü cinsel istismara uğramış çocuklarla, 2'si cinsel istismara uğramamış çocuklarla yapılmıştır. Cinsel istismara uğramış olan çocuklarla yapılan tezlerin 2'si ailelerin işlevsel özellikleri, 1'i adli tıp açısından inceleme ve koruma, 1'i sosyodemografik özellikleri ve koruma çerçevesinde yapılmıştır. Cinsel istismara uğramamış olan çocuklarla yapılan tezlerin 1'i cinsel istismardan korunma, 1'i ise zihinsel engelli ergenlerde temel cinsel bilgi ve cinsel istismarı algılama çerçevesinde yapılmıştır. Diğer 2 tez ise işin hukuki boyutunu ortaya koyan, çocukların cinsel istismarı suçu ve bu suçla mücadele konusunda yapılmıştır.

SONUÇ: Meta analiz sonucunda, 16 yılda cinsel istismar konusunda yalnızca 8 adet tez çalışması yapıldığı belirlenmiştir. Oysa çocuk istismarı, büyük bir evrensel sorun olup, bunu yaşayanların üzerinde fiziksel ve ruhsal olarak, esenliklerini ve yaşam boyu gelişimlerini olumsuz etkileyecek derin izler bırakmaktadır. Bireylerde oluşan ağır etkiler, genişleyerek toplumun genel yapısını da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, yapılacak çalışmaların sayısı arttırılmalı, yalnızca tanımlayıcı değil, deneysel çalışmalar da planlanıp uygulanmalıdır. Böylece sorunu belirleyip, multidisipliner yaklaşımla gerekli müdahaleler yapılabilecektir.

DÜŞÜK SOSYOEKONOMİK DÜZEY İLKÖĞRETİM ÇOCUKLARINDA ÇİNKO DESTEĞİNİN AĞIZ SAĞLIĞI VE TÜKÜRÜK AMİLAZ DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Yasemin Üçkardeş*, Meryem Tekçiçek, Elif N. Özmert***, Pınar Erkekoğlu****, Belma Giray****, Kadriye Yurdakök*****

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara, Türkiye

** Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti AD, Ankara, Türkiye

*** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara, Türkiye

**** Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Toksikoloji AD, Ankara, Türkiye

Genel Bilgi: Ağız ve diş sağlığı, çocuğun beslenmesini etkilemesinin yanı sıra çürük dişler ağız ve yüz enfeksiyonlarına eğilimi arttırmaktadır. Diş çürüğünün oluşum sürecinde ağız içerisinde bulunan karyojenik bakterilerin diş plağı üzerindeki kolonizasyonları ve şekerli fermente ederek ortaya çıkardıkları asitler önemli rol oynamaktadır. Tükürükte bulunan amilazın pekçok işlevi olmakla birlikte, amilazın diş yüzeyi ve diş plağındaki bakterilere bağlanması, yiyeceklerdeki nişastanın hidrolizini kolaylaştırmakta ve ortaya çıkan laktik asit diş çürüğünün gelişiminde önemli rol almaktadır.

Amaç: Bu çalışmada tükürük amilaz düzeyinin çürük, dolgu ve eksik diş ve gingival ve plak indeksi ile ilişkisinin ve çinko desteğinin tükürük amilaz düzeyine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. **Bireyler ve Yöntem:** Çift kör plasebo kontrollü müdahale araştırması düzeninde çalışılmıştır. Düşük sosyoekonomik düzey ilköğretim 3.sınıftaki 60 öğrenci iki gruba ayrılarak bir gruba 15mg/gün elementer çinko içeren çinko sülfat, diğer gruba ise plasebosu okulda 10 hafta süre ile verilmiştir. Kalıcı dişlerde, DMFT; Decayed (çürük) Missing (eksik) Filled (dolgu) Teeth (diş), DMFS; Decayed (çürük) Missing (eksik) Filled (dolgu) Surface (yüzey) indeksleri bakılmıştır. Süt dişlerinde dmft; decayed (çürük) missing (eksik) filled (dolgu) teeth (diş), dmfs; decayed (çürük) missing (eksik) filled (dolgu) surface (yüzey) indeksleri bakılmıştır. Diş etinin durumunu değerlendirmek için gingival indeks, çürüğe zemin hazırlayan plak durumunu değerlendirmek içinde plak indeksi kullanılmıştır. Çalışma başlangıcında ve sonunda çocuklardan sabah okulda alınan tükürük örneklerinde amilaz düzeyi ölçümü yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 60 öğrencinin 36'sı (%60) kız, 24'ü (40) ise erkek idi. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 8.37 ± 0.49 (7.4-10.2) olarak bulundu. Çalışma sonunda gingival indeksi çinko ve plasebo grubunda azaldığı saptandı ($p < 0,05$). Plak indeksi ise sadece plasebo grubunda azalmıştı ($p = 0,02$). Çalışma başlangıcında alınan tükürük örneklerinde ölçülen tükürük amilaz düzeyleri ile DMFT, DMFS, dmft, dmfs, gingival indeks ve plak indeksi arasında korelasyon bulunmadı. Çalışma sonunda, tükürük amilaz düzeyleri; çinko grubunda $0,28 \pm 0,53$ den $0,24 \pm 0,06$ mmol p-nitrofenol/dk/L'ye ($p = 0,016$) plasebo grubunda ise $0,29 \pm 0,08$ 'den $0,24 \pm 0,06$ mmol p-nitrofenol/dk/L'ye düştü ($p = 0,004$). Her iki grup arasında amilaz düzeyindeki azalma yönünden fark yoktu. Çinko desteği sonrası tükürük amilaz düzeyleri ile plak ve gingival indeks arasında da korelasyon saptanmadı. **Tartışma:** Düşük sosyoekonomik düzey ilköğretim çocuklarında sabah okulda alınan tükürük örneklerinde ölçülen amilaz düzeyleri ile DMFT, DMFS; dmft, dmfs, gingival indeks ve plak indeksi arasında korelasyon bulunmamıştır. Çinko desteğinin plak indeksini azalttığı saptanmakla birlikte, tükürük amilaz düzeylerindeki değişim yönünden gruplar arasında fark bulunamamıştır. Çinko desteğinin ağız sağlığına olan etkisi, daha geniş gruplarda ve tükürükte bulunan immünolojik belirteçler de dikkate alınarak araştırılmalıdır.

AUTHOR'S INDEX

A

Abali	136
Akcay	49
Akış	32
Akkaya	65
Akman	58, 59, 60, 64, 65
Aksakal	37, 57
Akşit	15, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 68, 120
Akyıldız	43
Albayrak	45
Albudak	58
Allagiannis	34, 66
Altaş	45
Altıparmak	128, 130
Alvarez	55
Anastasopoulou	34, 47, 66
Araz	51, 132
Arda	43
Arslan	52, 53
Arvas	69, 91
Aslan A	60, 63, 64
Astarcioğlu	59
Atak	37
Aydin	52, 53, 54, 63, 105, 132, 135
Aytac	45

B

Bachna	34, 47
Balci	56
Basbakkal	68
Baysal	31, 49, 110, 136, 137, 139
Bertan	70
Beyazova	32, 37, 56, 57, 113, 133
Blair	14, 20, 30
Boiro	26
Bozdayı	57
Bozkurt	62, 131, 135
Bremberg	9
Bülbül	15, 36, 39, 125
Bulut*	136, 137

C

Can	24, 69
Celik	63
Cetin	45, 63

Ç

Çakırer	140
Çakmak	135
Çamurdan	32, 37, 56, 111
Çetinkaya	129
Çiftçi	36
Çoker	58
Çolak	58, 59, 72

D

Darras	34
Dilmen	40
Dogan	70
Duperrex	20

E

Einarsdottir	26, 27
Er	34, 36, 38, 47, 66, 69
Eras	40
Erdoğan	62
Ergin	62
Erkekoğlu	61, 141
Ersahin	63
Ertem	14, 40, 112
Esmeray	71
Evliyaoğlu	39, 102

F

Fidan	56
Furman	13

G

Garcia	55
Gardiner	42
Geirsson	26, 27
Giray	61
Gokcay	13, 31, 50, 131, 136, 138
Gökdemirel	131, 135
Gribble	55
Guciz	70
Guerreiro	35
Gumruk	45
Guner	72
Gunnlaugsson	26, 27
Gurgey	45
Güler	62
Gür	69, 96

H

Halicioğlu	58, 59, 60, 63, 64, 65
Hatipoğlu	62
Haznedaroglu	70
Herrero	55
Hızıl	85
Hodes	42

İ

İnce	54, 62, 134
------	-------------

J

Jovancevic	21, 28
------------	--------

K

Kabanlı	89
Kara	63
Karaaslan	71, 72
Kavugacı	62
Kilickaya	67
Kirli	39
Koç	48, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 67
Kondelli	34, 47
Kondolot	43, 44, 46
Konstantelos	66
Konuşkan	43
Korkmaz	52, 53, 71

Koturoğlu	60, 64
Koulouri	66
Köksal	134
Kukla	33
Kurtoğlu	43
Kurugöl	60,64

L

Logan	5, 16
-------	-------

M

Martin	55
Mehta	29
Morgil	48
Mpahna	66
Muluk	36
Mutlu	40

N

Nakou	34, 47
Neyzi	13, 137

O

Ocak	69
Olçay	13, 39
Orhan	48
Ozcebe	70
<u>Ozcetin</u>	71, 72

Ö

Örün	48, 129
Öz	31,62
Özkan	53
Özmen	136, 137
Özmert	54, 61,24, 141
Özsoy	135
Öztop	46
Öztürk	44

P

Papadopoulou	34, 47, 66
Parman	136
Paslı	133
Pekcici	38
Polat	37

R

Raman	28 29
Reyes	55
Robinson	30, 42
Rota	56, 57

S

Sahinoz	38
Sahip	136, 137
Sakrucu	40
Sarı	128, 130
Senol	49, 63
Sertgil	50, 138
sezgin	136
Simpson	42
Solak	63

Soylemez	67
Spencer	8
Sutcuoglu	58

Ş

Şahin	25, 32,37, 56, 57, 58, 133
Şahin E	58

T

Taş	68
Tekçiçek	141
Tezcan	134
Tomba	63
Tonniges	11
Tsekoura	34, 47
Tsitoura	35
Tufan	129
Tuğcu	57
Tunc	38
Tuncer	45
Turan	46
Turhan	63
Tzavara	34, 47

U

Uslu	133
Uzun	48

Ü

Üçkardeş	61, 141
Ünal	45

V

Velipaşaoğlu	32, 78
--------------	--------

W

Waterston	8, 24
Williams	42

Y

Yağmur	46
Yakut	38
Yalçın	45, 48, 54, 115, 129, 134
Yeniay	62
Yetgin	45
Yıkılmaz	46
Yıldız	69
Yılmaz	18, 28, 71, 133
Yuksel	56
Yurdakök	16, 45, 48, 54, 61, 134, 141

Z

Zaxaropoulou	47
Zeben	34