



ISSOP
INTERNATIONAL SOCIETY FOR
SOCIAL PEDIATRICS AND CHILD HEALTH



SOSYAL PEDIATRİ SEMPOZYUMU

“Özel Bakım Gereksinimi Olan Çocukların; Hakları, İzlemi ve Bakımı”

ISSOP EĞİTİM KURSU

“Sağlam Çocuk İzlemi”



14-16 MAYIS 2015

HiltonSA Otel, Ankara

SON PROGRAM VE BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

KURULLAR

SOSYAL PEDIATRİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Gülbin GÖKÇAY (Başkan)

Adem AYDIN

Ufuk BEYAZOVA

Songül YALÇIN

Feyza KOÇ

DÜZENLEME KURULU

Nick SPENCER (ISSOP BAŞKANI)

Gonca YILMAZ (ISSOP Executive Komite Üyesi)

GÜLbin GÖKÇAY (ISSOP Executive Komite Üyesi)

Tony WATERSTON (ISSOP Executive Komite Üyesi)

Mitch BLAIR (Imperial College, LONDRA, İNGİLTERE)

Can Demir KARACAN (Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi)

Zehra AYCAN (Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi)

Kadriye YURDAKÖK (Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Pediatri ABD)

Nurullah OKUMUŞ (Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Yöneticisi)

BİLİMSEL KURUL

Nick SPENCER (ISSOP BAŞKANI)

Gonca YILMAZ (ISSOP Executive Komite Üyesi)

Gülbin GÖKÇAY (ISSOP Executive Komite Üyesi)

Mehmet CEYHAN (Hacettepe Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon ABD)

Can Demir KARACAN (Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi)

Zehra AYCAN (Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi)

Kadriye YURDAKÖK (Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Pediatri ABD)

Tony WATERSTON (ISSOP Executive Komite Üyesi)

Mitch BLAIR (Imperial College, LONDRA, İNGİLTERE)

BİLİMSEL PROGRAM / 14 Mayıs 2015, Perşembe

SOSYAL PEDIATRİ SEMPOZYUMU

09:00 – 09:45

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Gülbin Gökçay, Sosyal Pediatri Derneği Başkanı

Dr. Gonca Yılmaz, ISSOP Yönetim Kurulu

09:45 – 10:30

Engelli Çocukların Hakları

Oturum Başkanları: *Dr. Kadriye Yurdakök*

Dr. Serpil Uğur Baysal

Konuşmacılar:

Dünya’da Engelli Çocukların Durumu

Nurten Yılmaz

Türkiye’de Engelli Çocukların Durumu

Elçin Er

10:30 – 11:00

KAHVE ARASI

11:00 – 11:45

Engelli Çocuklarda İzlem Prensipleri

Oturum Başkanları: *Dr. Ufuk Beyazova, Dr. Songül Yalçın*

Konuşmacı: *Dr. Elif Özmert*

11:45 – 12:30

Engelli Çocuk ve Ergenlerin Hukuki Hakları

Oturum Başkanları: *Dr. Adem Aydın, Dr. Selda Bülbül*

Konuşmacılar: *Öğr. Gör. A. Aslı Şimşek*

Öğr. Gör. Damla G. Songur

12:30 – 13:30

ÖĞLE ARASI

13:30 – 14:15

Engelli Çocuklar ve Aileleri ile İletişim

Oturum Başkanları: *Dr. Sevgi Başkan, Dr. M. Melek Oğuz*

Konuşmacı: *Murat Altuğgil*

14:15 – 15:15 **Engelli Çocukların Kurum İzlemi**

Oturum Başkanları: *Dr. Ahmet Ergin, Dr. Emel Gür*

Konuşmacılar:

Engelli Çocukların Kurum İzlemi

Hulusi Armağan Yıldırım

Engelli Çocukların Rehabilitasyon İzlemi

Dr. Birol Balaban

15:15 – 15:45 **KAHVE ARASI**

15:45 – 17:15 **Engelli Çocuklarda Aşı Uygulamaları ve Engelli Çocukların İstismarını**

Önlemek İçin Sosyal Peditristin Yaklaşımı Oturumu

Oturum Başkanları: *Dr. Filiz Şimşek Orhon, Dr. Figen Şahin*

Konuşmacılar: *Dr. Sevtap Güney, Dr. Betül Ulukol*

17:15 – 18:15 **Poster Tartışmaları**

BİLİMSEL PROGRAM / 15 Mayıs 2015, Cuma

ISSOP EĞİTİM KURSU 1. GÜN

- 09:00 – 09:30 **AÇILIŞ KONUŞMALAR**
Dr. Nick Spencer, Dr. Gonca Yılmaz
- 09:30 – 10:00 **Sağlam Çocuk İzlemi**
Oturum Başkanları: *Dr. Stuart Logan, Dr. Gülbin Gökçay*
Konuşmacı: *Dr. Mitch Blair*
- 10:00 – 10:15 **Tartışma**
- 10:15 – 10:45 **KAHVE ARASI**
- 10:45 – 11:15 **Aşı Takvimi Uygulamaları**
Oturum Başkanları: *Dr. Kadriye Yurdakök, Dr. Adem Aydın*
Konuşmacı: *Dr. Meda Kondolot*
- 11:15 – 11:30 **Tartışma**
- 11:30 – 12:00 **Çocukluk Aşı Uygulamalarının Prensipleri**
Oturum Başkanları: *Dr. Nick Spencer, Dr. Emel Gür*
Konuşmacı: *Dr. Gülbin Gökçay*
- 12:00 – 12:15 **Tartışma**
- 12:15 – 13:15 **ÖĞLE ARASI**
- 13:15 – 13:45 **Anne Sütü ile Beslenme**
Oturum Başkanları: *Dr. Sevgi Başkan, Dr. Feyza Koç*
Konuşmacı: *Dr. Songül Yalçın*
- 13:45 – 14:00 **Tartışma**
- 14:00 – 14:30 **Epidemiyolojik Çalışmalar**
Oturum Başkanları: *Dr. Ahmet Ergin, Dr. Ufuk Beyazova*
Konuşmacı: *Dr. Stuart Logan*
- 14:30 – 14:45 **Tartışma**

14:45 – 15:15 **KAHVE ARASI**

15:15 – 15:45 **Büyüme İzlemi**

Oturum Başkanları: *Dr. Staffan Janson,*

Dr. Filiz Şimşek Orhon

Konuşmacı: *Dr. Emel Gür*

15:45 – 16:00 **Tartışma**

16:00 – 16:30 **Akılcı İlaç Kullanımı Oturumu**

Oturum Başkanları: *Dr. Başak Tezel,*


Dr. Bahar Çuhacı Çakır

Konuşmacı: *Dr. Hasan Tezer*

BİLİMSEL PROGRAM / 16 Mayıs 2015, Cumartesi

ISSOP EĞİTİM KURSU 2. GÜN

- 09:00 – 10:00 **Sağlam Çocuk İzleminde Çocuk İstismarına Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Dr. Nick Spencer, Dr. Figen Şahin*
Konuşmacılar: *Dr. Staffan Janson, Dr. Serpil Uğur Baysal*
- 10:00 – 10:15 **Tartışma**
- 10:15 – 11:15 **Gelişimin İzlenmesi**
Oturum Başkanları: *Dr. Stuart Logan, Dr. Meda Kondolot*
Konuşmacı: *Dr. Elif Özmert*
- 11:00 – 11:15 **Tartışma**
- 11:15 – 11:45 **KAHVE ARASI**
- 11:45 – 12:30 **Tamamlayıcı Beslenme**
Oturum Başkanları: *Dr. John Eastwood, Dr. Betül Ulukol*
Konuşmacı: *Dr. Selda Bülbül*
- 12:30 – 12:45 **Tartışma**
- 12:45 – 13:30 **ÖĞLE ARASI**
- 13:30 – 14:30 **Çocuk Hakları ve Klinik Uygulamaları**
Oturum Başkanları: *Dr. Jeff Goldhagen, Dr. Gonca Yılmaz*
Konuşmacılar: *Dr. Kadriye Yurdakök, Dr. Tony Waterston*
- 14:30 – 14:45 **Tartışma**
- 14:45 – 15:15 **KAHVE ARASI**
- 15:15 – 15:45 **Çocuk Sağlığında Eşitliğin Sağlanması**
Oturum Başkanları: *Dr. Kadriye Yurdakök, Dr. Selda Polat*
Konuşmacı: *Dr. Jeff Goldhagen*
- 15:45 – 16:00 **Tartışma**
- 16:00 – 16:45 **Sağlam Çocuk İzleminde Beklentisel Rehberlik**
Oturum Başkanları: *Dr. Mitch Blair, Dr. Gülbin Gökçay*
Konuşmacı: *Dr. John Eastwood*
- 16:45 – 17:00 **Tartışma**

A colorful illustration of children holding hands in a circle, surrounded by balloons. The children are drawn in a simple, cartoonish style with various hairstyles and clothing. The balloons are in shades of yellow, red, blue, and purple. The background is a light green and yellow pattern.

**SOSYAL PEDİATRİ SEMPOZYUMU
KONUŞMA ÖZETLERİ**

AÇILIŞ KONUŞMASI

Prof. Dr. Gonca Yılmaz

Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sevgili Arkadaşlarım, Değerli hocalarım,

Sosyal Pediatri Derneği tarafında düzenlenen ‘Engelli Çocuklar ve Hakları’ Sempozyumu’na hoş geldiniz. Bildiğiniz gibi 10–16 Mayıs arası Engelliler Haftasıdır. Engelliler Haftası yalnız ülkemizde değil Birleşmiş Milletlere üye 156 ülkede aynı zamanda düzenlenmektedir. Biz de Sosyal Pediatri Derneği olarak bu önemli haftada engelli çocuklarımızın onların hakları ve izlemleri için bir sempozyum yapmaya karar vermiş bulunuyoruz. Bu toplantıya katılarak bizleri desteklediğiniz için teşekkür ederim.

Bir çocuğun yaşına ve cinsiyetine göre kendinden beklenileni yapamaması onu engelli konumuna sokmaktadır. Türkiye Engellilik ve Sakatlık Tüzüğü’nde engellilik, bir kişinin toplumda beklenilen rolünün %40 veya daha fazlasını yapamaması olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise, engelli çocuk tanımını şöyle yapmıştır: Ortopedik, zihinsel veya sosyal özellikleri nedeniyle normal eğitim kurumlarında eğitilemeyen ve bu nedenle özel eğitime gereksinim gösteren çocuklar, engelli çocuklardır. Ayrıca engellilik sorunu, toplumda ortalamaların altına düşmek olarak da yorumlanabilmektedir.

Her çocukta, görme, işitsel, davranışsal ve sosyal alanların hepsinde engellilik olmayabilir ama bir kaç alanda birden engellilik hem çocuklar hem de ailelerini çok karmaşık bir duruma sokabilmektedir. Bu çocuklara ve ailelerine devletçe sosyal destek sunulabilmesi çok önemlidir. Bildiğiniz gibi, Türkiye 1989’da Çocuk Hakları Sözleşmesi imzalamış ve 1994 den itibaren iç hukuka bu sözleşmeyi sokmaya başlamıştır. Bu sözleşmenin 23. Maddesinde, toplumda engelli çocukların diğer çocuklar gibi eşit haklara sahip olmaları, sağlık sorunlarının çözülmesi ve özgüvenlerinin sağlanmasının, devletçe yapılması gerektiği belirtilmiştir. Beş senede bir ülkemizden bu konuda raporlar gitmektedir. Son yıllarda, engelliler için Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın kurulması, belirli oranda özel eğitimlerin verilmesi ve ailelere yapılan desteklerin yapılması olumlu gelişmelerdir. Ancak Devlet Denetleme kurumu, 2000 yılındaki raporunda bürokraside engelli sorunlarının çözülmesine karşı bir isteksizlik olduğunu belirtmiştir. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin kendileriyle ilgili yasaları bilip, uygulanmadığı durumlarda, hukukta haklarını aramaları gerekmektedir. Eğitim alamayan özel gereksinimi olan çocuklarıyla kürek mahkumu gibi yaşamaya terkedilen annelerimizin sayısı az değildir.

Burada biz pediatristlere, aile hekimlerine ve sağlık personeline de önemli görevler düşmektedir. En başta engelli durumun erken tanımlanması çok önemlidir. Erken farkındalık için aile eğitimi, profesyonellerin eğitimi, tarama testlerinin tüm topluma eksiksiz uygulanması önemlidir. Özel gereksinimi olan çocuk ne kadar erken tanı alırsa ve özel eğitimini alırsa topluma kazandırılması o kadar kolay olacaktır. Tabii kaliteli eğitim veren özel eğitim kurumlarının artırılması da diğer bir konudur.

Bu sempozyumun düzenlenmesine bana çok önemli destekler veren, Sosyal Pediatri Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Gülbin Gökçay hocamıza, toplantımıza katılarak deneyimlerini ve görüşlerini paylaşacak devlet görevlilerine, Unicef yetkililerine ve hocalarımıza teşekkür ederim.

Umarım yapacağımız sempozyum, engelli çocuklarımızın hakları konusunda farkındalıkta yararlı olur.

DÜNYA'DA ENGELLİ ÇOCUKLARIN DURUMU

Nurten Yılmaz

Child Protection in Emergencies Specialist, UNICEF Turkey

The 2013 edition of UNICEF's the *State of the World's Children* is dedicated to the situation of children with disabilities who represent approximately 93 million of the world's child population, but actual numbers could be much higher. The report highlights children with disabilities are often excluded from society by dismissive attitudes, vicious discrimination and lack of support, leaving them among the most invisible and vulnerable children in the world. Their exclusion often stems from invisibility. Few countries have reliable information on how many of their citizens are children with disabilities, what disabilities they have, or how these disabilities affect their lives. Children who are excluded are unknown to, and therefore cut off from, public services and the enjoyment of their human rights to which they are entitled.

The report argues that children with disabilities are often caught in a cycle of poverty and exclusion and shows how the causes and effects of poverty render children with disabilities especially vulnerable and increase levels of deprivation. Children with disabilities are less likely to have access to education and healthcare, and are also more likely to be institutionalized, segregated, abandoned or neglected. Approximately 30 per cent of children living on the streets worldwide are estimated to have a disability and more than 90 per cent of children with disabilities in developing countries are not attending school. For those children with disabilities who are attending school, they are often segregated in special schools and have lower completion rates than other children. Children and young people with disabilities have been almost entirely overlooked in sexual and reproductive health and HIV/AIDS programmes, as they are often incorrectly believed to be sexually inactive and at less risk of violence than their peers without disabilities.

The report lays out some of the key elements of inclusive societies that respect and protect the rights of children with disabilities, adequately support them and their families, and nurture their abilities so that they may take advantage of opportunities to flourish and make their contribution to the world. Children with disabilities belong at the centre of efforts to build inclusive and sustainable societies and must be empowered to make decisions that affect their lives. Changing perceptions and policies with the active involvement of children with disabilities is vital to fulfil their rights and the promise of a truly inclusive society.

The State of the World's Children 2013: Children with Disabilities in multiple accessible formats and additional multimedia material, can be visited at: <http://www.unicef.org/sowc2013>

Nurten Yılmaz holds a master degrees in Law from the University of Brussels and a L.L.M. in International Humanitarian Law from the Geneva Academy of Human Rights. She has been working in the field of international protection with UN agencies, such as UNHCR, UNRWA and UNICEF for the past 8 years. She focuses on child protection in emergency with field experience in Gaza, West Bank, Sierra Leone, Syria, Lebanon, Jordan, Iraq and moved recently to Turkey to support UNICEF Turkey's response to the Syrian crisis. Her field of expertise include children with disabilities, gender, Sexual and Gender-based violence, psychosocial support and child protection systems strengthening.

ENGELLİ ÇOCUKLARDA İZLEM PRENSİPLERİ

Prof.Dr. Elif N.Özmert

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri & Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı

Sağlık izlemi çocukların tam potansiyellerine ulaşmalarını sağlayabilmek için yapılan koruyucu, destekleyici ve geliştirici sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması/önlenmesi, hastalık ve engelliliğin azaltılması/önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve gelişmenin desteklenmesini içerir. Böylece de çocukların daha uzun, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmeleri hedeflenir. Sağlık izlemi, “Çocuk Hakları Sözleşmesi”nde de belirtildiği gibi tüm çocukların hakkıdır.

Engelli bireyler, diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Engel, vücut yapısında, işlevinde, hareketinde veya katılımında olabilir. Bunun yanı sıra kullanılan diğer bir tanım da “özel sağlık gereksinimi olan çocuk”tur. Uzun süreli fiziksel hastalığı, gelişimsel, davranışsal veya duygusal durumu veya riski nedeni ile genel olarak diğer çocuklardan daha farklı sağlık ve diğer hizmetlere gereksinim duyan çocuklar bu tanım içinde yer almaktadır.

Bu sunumda “engelli” veya “özel sağlık gereksinimi” olarak çocukların “sağlık izlemlerinde” dikkat edilmesi gereken konular ele alınacaktır. Alta yatan nedenler farklı olduğu için her duruma özel izlem protokolleri ayrıca oluşturulabilir. Bu sunumda temel prensipler bazı örnekler ile vurgulanacaktır.

ENGELLİ ÇOCUK VE ERGENLERİN HUKUKİ HAKLARI

Öğr. Gör. A. Aslı Şimşek

Atılım Üniversitesi Kamu Hukuku Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Damla Songur

Atılım Üniversitesi Özel Hukuku Anabilim Dalı

Yasalar önünde eşitliğin, yurttaşlık bakımından yeterli bir eşitlik anlayışına vücut vermediği ve ayrımcılık yasağıyla tamamlanmadan eşitlik ilkesinin tesis edilmesinin olanaklı olmadığı hususu, özellikle 1990'lardan itibaren hak mücadeleleri içinde kuvvetli şekilde dile getirilmeye başlanmıştır. Bu bağlamda ayrımcılıklara maruz kalarak toplumda eşitsiz bir konumda bulunan gruplar *dezavantajlı/ kırılmalı/ risk altındaki* gruplar olarak nitelendirilmektedir. Bu gruplar sınırlı sayıda olmamak üzere kadınlar, çocuklar, göçmenler, engelliler, yaşlılar ve çeşitli azınlıklardan meydana gelmektedir. Bu dezavantajların çakıştığı kimi durumlarda ise çifte dezavantajlar ortaya çıkmaktadır. Konumuz gereği engelli çocuklar bu gruplardan biridir. Bu nedenle hukuki durumlarının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Çocuk hakları, insan hakları bağlamında ele alınmakla beraber; hukuki konuları itibarıyla bu haklardan her zaman doğrudan faydalanamamaları veya haklarını bizzat arama imkânlarının bulunmaması, çocukların hukuki durumunu karmaşıktır. Bu da, ebeveynlerin ve devletin yükümlülüklerinin önem taşıdığı bir durum arz etmektedir. Bu anlamda, çocukların bedensel, zihinsel, ekonomik ve sosyal açıdan toplumun en güçsüz ve bağımlı grubu olmaları nedeniyle; çocuk hukuku, hem kamu hukuku hem özel hukuk hem de uluslararası hukuk bakımından kapsamlı bir bütüncül haklar yaklaşımını zorunlu kılmaktadır. Konu, sadece çocuk olmak bakımından bile bu kadar karmaşıkken; çifte dezavantajlı engelli çocukların durumu ayrı bir önem taşımaktadır.

Bu bağlamda, çalışmamızda çocuğun hukuki statüsü ortaya konulduktan sonra; engelli çocukların hukuki statüsü, engel ve engellilik kavramlarıyla birlikte açıklığa kavuşturulmuştur. Bu statüye göre engelli çocukların hakları, BM Engelli Hakları Sözleşmesi ve BM Çocuk Hakları Sözleşmesi ile 1982 Anayasası, Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu açısından incelenmiştir. Böylece pozitif hukukta dağınık halde bulunan düzenlemeler ele alınarak; konu hakkında hukuki bir çerçeve çizilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Hakları, Engelli Hakları, Engelli Çocuk, Dezavantajlı Gruplar, Eşitlik İlkesi

ENGELLİ ÇOCUKLAR VE AİLELERİ İLE İLETİŞİM

Murat Altuğgil

Sosyal Hizmet Uzmanı

Günümüzde, toplumun tüm bireylerinin sağlık, eğitim, iş ve meslek edinme ve yaşamın diğer alanlarına eşit olarak katılabilmesi kaliteli yaşam biçimine ulaşabilmeleri hakkına sahip olmasını gerektirmektedir. Bu konuda gelişen anlayış toplumun bütün bireyleri için bütünleşmek zorunluluğunu gündeme getirmektedir. Ancak, insan yaşamının herhangi bir aşamasında oluşan bir aksama yaşamın tümünü aksatacak sorunlar yaratabilmektedir. Bu nedenle, engellilerin temel haklarının kullanımı tıbbi, eğitim, istihdam ve sosyal bütünleşmeye yönelik hizmetlerle yakından ilgilidir. Engelli insanların da her alanda normal insanlarla eşit koşullarda yaşaması için özel düzenlemelere gidilmesi zorunludur.

Halen ülkemizde engellilere yönelik hizmetler değişik sorumlular tarafından bir bütünlük içerisinde yürütülmemektedir. Oysa bu hizmetler değişik sorumluları olan ortak amaçlı bir hizmet olup, birbirini bütünleyici bir nitelik taşımaktadır. Bütünleşmiş bir yaklaşımla, fikir düzeyinde politika ve planlamada, örgütlenme ve uygulamada programların içeriğinde ve eylemde ilgili kurumların birlikte hareket etmesi gerekmektedir.

Ülkemizde engellilere yönelik olarak verilen hizmetler, birbirinden kopuk, istatistiki verilere ve değerlendirmelere dayanmayan biçimde dağınık olarak yürütülmektedir. Dolayısıyla çözümler hedef kitlenin ihtiyaçlarına tam olarak yanıt verememektedir.

Tıbbi, mesleki, sosyal rehabilitasyon ve özel eğitim uygulamaları engellilerin sorunlarına yönelik çözümleri, sistemin bütününe kapsamasını ve sistem içi bir yaklaşımla ele alınmasını içermelidir. Sorunun çözümü, sorunların temelinde yatan nedenleri ve ilişkileri anlamaya neden-sonuç ilişkisi kurmaya, doğum öncesinden başlayıp ölüme kadar uzanan ve yaşamın bütün süreçlerini kapsayan hizmetlerin bütünleyici önlemlerle desteklendiği bir yapıda olmalıdır. Buna yönelik hizmet ve hakları düzenleyen bir yasal düzenleme olması gereken 01.07.2005 tarih ve 5378 Sayılı Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun, maalesef evrensel doğrular ve ilkeler üzerine kurularak uygulamaların yeni sentezlerle çözüm üretmesine olanak tanıyan bir ruhla hazırlanmayarak yürürlüğe girmiştir. Ancak yakın zamanda kanunda yapılan yeni düzenlemeler ve eklemeler engelli hakları açısından önemli iyileştirmelerdir.

Anayasamızın 61. Maddesi “Devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirler alır.” Demekle, engellilerin korunması ve toplumsal yaşama katılımlarına yardımcı olunmasına temel oluşturmaktadır. Ancak 5378 Sayılı Yasa bu temele dayanılarak hazırlanmamış ve Sosyal Hukuk Devleti olma gereği kanun hazırlanırken dikkate alınmamıştır. Bunun yanında Devlet , “Sosyal Devlet ” olmasının gereğini Mülga 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu noktadan hareketle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü **“korunmaya muhtaç çocuk, genç ve yaşlıların yanında normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan engellilerin saptanması, korunması, bakım ve rehabilitasyonu ve toplum içinde bağımsız olarak yaşamasını sağlayıcı hizmetleri planlamak, bu hizmetlerden yararlanamayacak durumda olan engellilere sürekli bakım sağlayacak hizmetleri yürütmek ve yönlendirmek”** sorumluluğunu üstlenmiştir.

Bu bağlamda Kurum, amaca uygun olarak engellilerin bakım ve rehabilitasyonunu gerçekleştirecek bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan kişilerin fonksiyon kayıplarını gidermek, toplum içerisinde kendi kendine yeterli olmalarını sağlayan beceriler kazandırmak veya bu becerileri kazanamayanlara devamlı bakmak üzere **Engellsiz Yaşam, Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri** ile **Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezleri**'ni hizmete açmıştır.

Rehabilitasyon Hizmetleri üç ana başlıkta toplanabilir.

1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri,
2. Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri,
3. Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleridir.

Sosyal Rehabilitasyon: Engelli bireyin, bağımsız olarak yaşayabilmesi, topluma uyumunun kolaylaştırılması ve toplum içerisinde desteklenmesine yönelik hizmet ve yardımları kapsamaktadır.

Engellilere mümkün olduğu kadar, olanaklar içerisinde, ailelerinin ya da yakınlarının yanında, kendi evlerinde yaşayabilmesi ve orada gereksinimlerinin giderilmesi, Sosyal Rehabilitasyon çalışmalarını kapsar. Sosyal Destek çalışmaları Sosyal Rehabilitasyonun temelinde var olan bir olgudur. Engellilere, ev idaresinde (yemek, çamaşır, temizlik ve alışveriş) bakıma yönelik ve toplumsal yaşama tam katılımını sağlamada gerekli yardımlar sunulmaktadır.

Topluma uyum için sosyal yardım çeşitli hizmetleri kapsamaktadır. Bu yardımlar rehabilitasyon sorumluları tarafından sunulan hizmetlerin etkinliğini arttırmak içinde araç olarak kullanılmaktadır.

Sosyal Rehabilitasyon, engellilerin en iyi sağlık düzeyine kavuşması ve tüm potansiyeli ile gelişmesi için bütün tedavi edici yardımları, eğitim ve mesleki teşvik yardımlarını, uygun bir ev temin etme konusundaki yardımları, sosyal ve kültürel faaliyetlere katılmayı sağlayan yardımları kapsamaktadır. Sosyal Yardım için önemli olan bireysel yardımların uygun ve zorunlu olması, bunun olası oranda engellilerin topluma uyumunu gerçekleştirmesine hizmet etmesidir.

Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Destek:

Sosyal desteğin kaynağı 4 bölümde toplanır;

1- Bireyin kendine değer vermesi, kabul görüldüğünü hissetmesi. İnsanlarla iletişime girmekle olur, benlik saygısı fark edilir ve artar. Bu destek tipine kendini ifade etmesine yardım etme, benlik saygısı desteği, açığa vurma veya yakın destek adı da verilmektedir.

2- Bilgi desteği, olayları anlama, tanımlama ve çözümlenmede yardım etmektir. Tavsiye, yorumlama veya değerlendirme desteği, bilişsel (zihni) rehberlik gibi isimlerle de adlandırılmaktadır.

3- Sosyal birliktelik, arkadaşlık, boş zamanlarını değerlendirme ve eğlencede harcanan zamanı başkalarıyla birlikte geçirme biçiminde verilen destektir. Aynı zamanda yakın ilişki gereksinimini karşılayarak, ilişkiler sırasındaki problemler hakkında oluşan endişeleri gidererek veya etkin ve olumlu metotları kullanarak stresi azaltmaktır. Bu yaklaşıma yaygın destek veya bir gruba ait olma denilebilmektedir.

4- Gereksinimlerin karşılanmasında maddi olanakların kullanılması yoluyla, araç ile problemlerin çözülmesine yardımcı olunur. Sosyal desteği kavramsal olarak yukarıda açıkladığımız gibi ayırt edebiliriz ancak uygulamada birbirine bağlıdır.

Sosyal Rehabilitasyon Uygulamalarında engellinin toplumsal yaşama tam katılımı esastır. Burada engellilere yaratılan sosyal alanlar önemlidir.

Engellinin ulaşamadığı bir ulaşım sistemi içinde yaşamak zorunda kalması, bulunduğu çevrede alış-veriş merkezlerinin onların kullanabileceği sosyal alanlar olarak düzenlenmemiş olması ya da buna benzer eksiklikler içinde bulunması “Engelli Bireyi” bağımsız yaşayan, kendi kendine yardım eden ve toplumsal yaşama tam katılabilen bir birey olmaktan uzaklaştırır. Öz güvenini yitirmesine, yalnızlık duygusu yaşamasına ve en önemlisi kendisine ve çevresine karşı duyarsızlaşmasına neden olur. Buna neden olanlar, İnsan hakları ihlali yapmaktadır.

O halde ne yapılmalı?

Engelliler tıpkı normal kabul edilen diğer bireyler gibi birinci sınıf yurttaşdır.

Normal kabul edilen insanların sahip oldukları tüm haklara onlar da sahiptir.

Hatta uluslar arası antlaşmalarda onlara özel ek haklarda verilmiştir.

Onları olduğu gibi kabul ederek birlikte uyum içinde yaşamının yolları bulunmalı ve uygulanmalıdır.

Engellilerin durumlarına uygun Sosyal Uyum Programının oluşturulması gerekmektedir. Bunlar;

- Özgüvenlerini destekleyerek olumlu benlik algısını geliştirmek,
- Engellinin olumlu yönlerini ortaya çıkararak, kendisini gerçekleştirme için ortamlar hazırlamak ve bağımsızlığını desteklemek,
- Sosyal beceri ve iletişim becerisi eğitimi vererek, kişiler arası ilişkileri desteklemek,
- Farklı ortamlar tanımasını ve keşfetmesini, çevreyle olan ilişkisini artırarak motivasyonunun yükselmesini sağlamak, diğer çocuklarla iletişimini desteklemek,
- Toplum içinde sosyal olarak beklenen davranışları gösterebilmek, olarak özetlenebilir.

Bunun yanında;

Aile Eğitimi ve Aile Sosyal Destek Programlarının gerçekleştirilmesi de önemli bir başka etkindir.

- Ailenin kabullenme sürecine girmesini hızlandırmak ve bunu en sağlıklı şekilde başarmasını sağlamak,
- Ailenin soruları ve sorunlarına yönelik gereksinimlerini belirleyerek bunların giderilmesi,
- Ailenin yeterlilik düzeyini geliştirerek, çocukları üzerinde daha normal ve pozitif yaklaşımlarda bulunabilmelerini sağlamak,
- Eğitim programı basamaklarında aileyle tam bir işbirliği ve eşgüdüm sağlayarak engellinin gelişimini desteklemek,
- Engelliye kazandırılan bilgi ve becerilerin günlük yaşantıya transferlerinde aile ile işbirliğine girmek ve gereken desteğin verilmesini sağlamak,
- Ailelerin karşılaştığı ve karşılaşacağı olası sosyal, eğitimsel, kurumsal vb. problemlerinde ön bilgi vererek, çözüm geliştirmek ve rehberlik etmek.
- Ebeveynler arası sorumluluk paylaşımında bilgilendirmek suretiyle gerekli düzenlemeleri yapmak,
- Kardeşler üzerinde olası etkilerin saptanması ile gerekli yönlendirmeleri yapmak olarak sıralanabilir.

Evde ve İşyerinde Sosyal Destek Programlarının uygulanması gerekmektedir.

- Engellinin sosyal gelişim alanlarındaki çalışmalara devam etmesini ve bu çalışmalar için gerekli sosyal alanları sağlamak,
- Ailelerin planlanan sosyal çalışmalara aktif ve düzenli olarak katılmasını takip etmek ve aksaklıkları ortadan kaldırmak,
- Çocuğun, varsa davranış problemleri ve çözümünü hakkında aileyi bilinçlendirmek,
- Ailenin yanlış tutumları ve sonuçları konusunda aileye anlatmak ve bu tutumları için aileye yardımcı olmak.
- İşyeri sahibi ve diğer çalışanların engelliye olduğu gibi kabul etmesini ve sosyal ilişkilerini de buna göre düzenlemelerini gerçekleştirmek,
- Engellinin para kavramını öğrenmesi durumunda onu nasıl harcaması gerektiğini anlatmak,

- İşyeri sahibinin diğer çalışanlardan engelli bireye farklı davranmamasını sağlamak,
- Engellinin Sosyal Güvenlik haklarından yararlandırılmasını takip etmek, olası aksakaların önlemine almak konusundaki çalışmalar olarak sayılabilir.

Tüm bu sosyal çalışmaları, engellinin yüksek yararı ve hakları açısından “İnsan” olduğu noktasında gerçekleştirmek gerekmektedir.



ENGELLİ ÇOCUKLARDA AŞI UYGULAMALARI

Prof. Dr. Sevtap Güney

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Bağışıklama ve engellilik arasında yakın bir ilişki vardır. Bağışıklama, hastalıkları ve hastalıkların neden olduğu engelliliği önleyebilen birkaç uygulamadan biridir. Engelli çocuklar hem bedenlerinin kimi işlevlerindeki yetersizlik nedeniyle hem de sağlık kuruluşlarına sık başvuru gereksinimleri nedeniyle pek çok hastalık etkenine açık durumdadır. Bu çocukların bağışıklanması daha ileri engelliği ve ölümü önlemek açısından çok önemlidir. Çocuk Hakları Sözleşmesi de engelli çocukların, engelsiz çocuklar gibi en üst sağlık bakımını hak ettiğini, engellilik nedeniyle ayrımcılığa uğramaması gerektiğini ve hastalıklardan korunmanın çocuklar için yaşamsal bir hak olduğunu vurgular.

Ne yazık ki, bağışıklama oranları yüksek ülkelerde bile, engelli bireylerin aşılama oranlarının düşük olduğu bilinmektedir. Bunun temel nedenleri arasında engelli çocuklarda tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin hekim ve sağlık sistemi tarafından öncelenmesini, sağlık sistemine ulaşım ve başvurudaki sıkıntıları ve ailelerin engelli olan çocuğun bir başka hastalığa bağlı bir engeli daha olmasına "tanrının izin vermeyeceği" konusundaki kadenci tutumlarını saymak mümkündür. Bu sorunların çözümü ve engelli çocukların gereksinim duydukları aşılarla ulaşabilmesi için UNICEF'in önerileri şu şekildedir:

1. Çocukluk çağındaki rutin aşılar ayrımsız tüm çocuklara ulaştırılmalıdır.
2. Bağışıklamayı da içeren sağlık hizmeti tüm çocuklara sağlanması gereken temel bir haktır.
3. Bağışıklama yoluyla bazı engel durumları önlenebilir.
4. Engellilik tek başına aşılar için kontrendikasyon oluşturmaz.
5. Engelli çocukların bağışıklama hizmetlerine ulaşımalarının sağlanması gereklidir.
6. Bağışıklama vizitleri diğer önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetleri için de fırsat oluşturur.
7. Bağışıklamanın sürekliliği açısından ergen ve erişkin engellilerin bağışıklanması unutulmamalıdır.
8. Sağlık sistemi ile engellilere verilen diğer hizmetler bütünleştirilmelidir.

9. Engellilere hizmet veren sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği ve bu kuruluşlara sağlanan destek ve danışmanlık hizmetleri artırılmalıdır.
10. Engelli bireylerin bağışıklanma durumunu aydınlatacak, bağışıklama önündeki engelleri kaldıracak daha çok veri ortaya konmalıdır.

Engelli çocukların, engeli oluşturan hastalıklara göre gereksinim duydukları rutin dışı aşılar ve aşılama şemalarındansa sunuda söz edilecektir.

1. Çocuk Hakları Sözleşmesi. <http://www.unicef.org/crc/>
2. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. <http://www.un.org/disabilities/convention>.
3. Monitoring disability in developing countries: results from the multiple cluster survey. <http://www.crin.org/resources/infodetail.asp?id=19337>
4. CDC. Influenza Vaccination Practices of Physicians and Caregivers of Children with Neurologic and Neurodevelopmental Conditions — United States, 2011–12 Influenza Season. MMWR;2013;62:744-746.
5. UNICEF. Disability prevention efforts and disability rights: Finding common ground on immunization efforts. http://www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Immunization_and_Disability_Paper_FINAL.pdf

ENGELLİ ÇOCUKLARIN İSTİSMARINI ÖNLEMELİK İÇİN SOSYAL PEDIATRİSTİN YAKLAŞIMI

Prof. Dr. Betül Ulukol


Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Çocuğa yönelik şiddet tüm dünyada yaygın görülen, önemli bir sorundur. Türkiye’de yapılan çalışmalar da fiziksel şiddete uğrayan çocukların yanı sıra cinsel ve duygusal istismara uğrayan çocuk sayısının oldukça önemli boyutlarda olduğunu göstermektedir. Çocuğa yönelik şiddet için risk etmeni olabilecek durumlar incelendiğinde bazı özelliklerin çocuğun şiddetle karşılaşma olasılığını artırdığı görülmektedir. Kötü muamele riskini artıran etmenler içinde çocuğun engelli olma durumu önemli bir yer tutmaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de çocuğun engelli olması hem istismarını hem de ihmalini kolaylaştırmaktadır. Bu da engeli olan çocukların kötü muameleye uğrama sıklığını artırır. Bunun sosyal etiketleme ve ayrımcılık, olumsuz geleneksel inanışlar ve toplumun riskleri görmezden gelmesi, engelin tipine bağlı olarak iletişim güçlükleri, ifade zorlukları gibi sorunlar, engelli çocuğun örselenebilirliğinin daha fazla olması ve daha fazla tıbbi bakım gereksiniminin varlığı gibi pek çok nedeni olabilir.

Engelli çocuklara yönelik şiddetin önlenmesi, şiddet mağduriyetlerinin engellenmesi için toplumsal ölçekte etkili müdahalelerin yapılması gerekir. Ayrıca bu çocukların sağlık durumlarını iyileştirecek ve yaşam kalitelerini artıracak çalışmalar ihmal edilmemelidir. Bu kapsamda; çocuk sağlığına bütüncül yaklaşımı savunan, verdiği hizmette de aile temelli ve çocuk hedefli hizmet ilkesini benimseyen sosyal pediatri yaklaşımı, engelli çocukların gerek şiddetten korunması, gerekse sağlık izlemlerinin en etkin şekilde yapılabilmesinde kilit öneme sahiptir.

Çocukların şiddetten korunmasında “ekolojik model” ve “koruma spektrumu” gibi farklı müdahale yaklaşımları söz konusu olabilir. Bu çalışmaların tümünde de ortak nokta müdahalenin yalnızca çocuklara yönelik değil, aynı zamanda çocuğu çevreleyen biyolojik ve sosyal yapının da dikkate alınıyor olmasıdır.



**ISSOP EĞİTİM KURSU
KONUŞMA ÖZETLERİ**

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Nick Spencer

President of ISSOP, UK

As President of the International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP), it gives me great pleasure to welcome you all to this ISSOP training course focusing on Well Child Care. We are delighted that Professor Yilmaz and our Turkish colleagues have enthusiastically taken up the challenge and organised this course continuing a tradition of ISSOP (formerly ESSOP) training courses dating back to the 1970s. These courses have proved an invaluable opportunity for colleagues, particularly in the host country, to come together to discuss and learn about social pediatric approaches to major child health challenges.

To quote the glossary of Social Paediatrics published in the Journal of Epidemiology and Community Health (Spencer et al 2004):

Social paediatrics is a global, holistic, and multidisciplinary approach to child health; it considers the health of the child within the context of their society, environment, school, and family, integrating the physical, mental, and social dimensions of child health and development as well as care, prevention, and promotion of health and quality of life. Social paediatrics acts in three areas - child health problems with social causes, child health problems with social consequences, and child health care in society - and encompasses four areas of child health care - curative paediatrics, health promotion, disease prevention, and rehabilitation.

Well Child Care, the subject of this course, is an integral part of this approach with its focus on health promotion and disease prevention and the opportunity it provides to consider the health of the child within the context of their family and local environment. Like so many areas of health care, especially in this period of global economic downturn and financial constraints, well child care faces many challenges. There is huge variation in well child care schedules provided in different countries indicating a lack of consensus on the optimal service provision. The evidence-base for many interventions is weak despite well child care services being offered to many millions of children. This course will address many of the challenges associated with well child care and, hopefully, contribute to encouraging practitioners to critically assess the services they are offering and promote a more robust evidence-base.

Many thanks again to Gonca and colleagues for giving us the opportunity to share views and address the challenges of providing optimal well child care to our child populations.

Prof. Dr. Gonca Yılmaz

Sevgili Hocalarım, Arkadaşlarım ve Değerli Katılımcılar,

Uluslararası Sosyal Pediatri Derneği (ISSOP) tarafından düzenlenen ‘Kanıta Dayalı Sağlam Çocuk İzlemi’ toplantısına katılımınız bizleri çok mutlu etmiştir. Dernek başkanımız Prof. Dr. Nick Spencer’ın belirttiği gibi 1970’ lere uzanan ISSOP (Eski adı ESSOP) eğitim kursu geleneğini devam ettirebilecek olmaktan onur duyduğumuzu belirtmek isterim.

Ülkemizde, sağlam çocuk izlemi, çocuk hekimleri ve aile hekimleri tarafından çocuk sağlığını korumaya yönelik hizmetler olarak yapılmaktadır. Bu koruyucu hizmetler, büyüme ve gelişme takibi, işitme, görme ve bazı hastalıklar için yapılan taramalar, aşılama, aile eğitimi ve geleceğe yönelik yapılan öneriler (anticipatory guidance) şeklinde olmaktadır.

Hastanelerde çalışan yan dallarda uzmanlaşmış doktorlar ve sağlık personeli çocukların hastalıklarını tedavi ederek hayatlarını kurtarabilmekte iken, sahada çalışan pediatristlerin ve aile hekimlerinin çocuk sağlığını korumada çok daha önemli olduğunu unutmamalıyız. Nitekim, bu koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan doktorlar her yıl binlerce çocuğun hayatını kurtarabilmektedir.

Türkiye’de koruyucu çocuk sağlığı konusuna genellikle büyük önem verilmesine karşılık devletçe karşılanan bu hizmetlerin kullanımında aksamalar olabilmektedir. Ailelerin sağlam çocuk izleminin yararları ve ulaşılabilirliği konusunda her zaman farkındalığı olmayabilmektedir. Örneğin gelişimsel geriliği olan birçok çocuk erken tanınamamakta, tanı almak için okul çağı beklenmektedir. Erken yaşlarda başlanan özel eğitimin ileri yaşlara göre çok daha belirgin yararı olabileceği kanıtlanmıştır.

Birinci basamak izlem merkezlerinde yapılan sağlam çocuk takibinin hastalık ve kazaların önlenmesinde etkinliği ispatlanmış olmasına rağmen, her yapılan muayene ve işlem kanıta dayalı değildir. Örneğin sağlam çocuk muayenelerinin sıklığı ve zamanlaması, halen kanıta dayalı değildir. Bu izlemlerde yapılan fizik muayene de yararlılığı ispatlanmış ve ispatlanmamış komponentleri içerebilmektedir. O zaman bu muayeneler için kanıta dayalı bir sistem nasıl oluşturulabilir? Bu konuyla ilgilenen birçok akademik kurum, bu soruya cevap vermek için sistematik literatür değerlendirmeleri yapıp, bunu internet sitelerinde yayınlamaktadır. Bu sitelerdeki güvenilir bilgilerle kanıta dayalı bir sağlam çocuk izlemi oluşturulabilir.

Ama önerilen yaklaşımlar her zaman bir konsensus oluşturamamaktadır. Bu durumda önerilen, bu izlemleri yapan aile hekimleri ve pediatristlerin buldukları topluma göre bu önerileri ortaklaşa uyarlamalarıdır.

Bu sempozyumda ulusal ve uluslararası sağlam çocuk izlemi konusunda deneyimli hocalarımız, bizlere çocuk izlemi konusunda en son ve değerli bilgileri sunacaklardır. Bu sunumlar, siz değerli arkadaşlarımızın düşünceleri, deneyimleri ve önerileriyle daha da zenginleşecektir. Amacımız, özellikle birinci basamakta sağlam çocuk izlemi yapan arkadaşlarımızın yaptıkları izlemi sorgulamaları, bunu bu toplantıda kanıt ve ülkemize en uygun hale getirmeleridir.

Bu toplantının düzenlenmesinde bana büyük yardımları olan Uluslararası Sosyal Pediatri Derneği Başkanı Sayın Prof. Dr. Nick Spencer ve Türkiye Sosyal Pediatri Derneği Başkanı Prof. Dr. Gülbin Gökçay'a çok teşekkür ediyorum. Ayrıca bizi kırmayarak ülkemize gelen ve deneyimlerini paylaşacak olan Prof. Dr. Staffan Janson, Prof. Dr. Mitch Blair, Prof. Dr. John Eastwood and Prof. Dr. Jeff Goldhagen'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu toplantının hem ulusal hem de uluslararası katılımcılar için yararlı ve verimli olmasını dilerim.

Prof. Dr. Gonca Yılmaz

Dear Colleagues and Participants,

We are pleased to your participation to International Society for Social Pediatrics (ISSOP)'s, 'Evidence Based Well Child Care' conference. As Prof. Nick Spencer mentioned, we are also honored for continuing a tradition of ISSOP (formerly ESSOP) training courses dating back to the 1970s.

Well child care represents preventive health services for children provided by primary care physicians, pediatricians and family practitioners in our country. These services include screening for normal growth and visual, hearing and social/emotional development, immunisations and parental child health education and reassurance, often referred to as anticipatory guidance.

Children's hospitals and their specialized staff may dramatically save a child's life on occasion, but we should keep in mind that primary care physicians practicing preventive medicine on a daily basis, have the greatest impact on children's health. It is these physicians who are responsible for saving thousands of lives every year

Although preventative care for children serves as a health care paradigm today and is broadly accepted by Turkish providers and parents as something of paramount importance for normal child development, government-funded utilization has been limited due to lack of awareness of its availability and benefit. For instance, many children with developmental delays are not being identified as early as possible. As a result, these children must wait to get the help they need to do well in social and educational settings (for example, in school).

Well baby and child care in the primary care setting has not always been based on evidence that has been shown to be effective in preventing and detecting disease and injury. For example, evidence for the precise frequency and timing of well-baby and well-child visits remains inconclusive. Traditional physical examinations of infants and children are a mixed bag of proven benefits and unproven rituals. So what are the clinical preventive procedures that have enough scientific basis so as to justify their inclusion in a protocol for health supervision? Several academic institutions are in charge of answering this question, by way of systematic literature reviews, on which they base their specific recommendations. By simply accessing the websites of these organizations, one has a huge amount of reliable information that can be almost immediately applied. However, the total agreement between recommendations is not a rule. Every pediatrician should use the recommendations judiciously, together with the health team, and adapt them to the needs of his/her target population.

In this congress, our most experienced domestic and international colleagues will present the most current issues related to follow-up of healthy children. These presentations will be further enriched by our opinions, suggestions and experiences.

Our aim is to help pediatricians and family physicians to question their practice of well-child follow-up and to help them do it according to the best evidence-based monitoring. Your participation in this meeting will further develop the experience of our colleagues who follow up healthy children.

I would like to thank to International Society for Social Pediatrics (ISSOP)'s president Prof. Nick Spencer and Prof. Gülbin Gökçay for important contributions to this meeting. I would also thank to my colleagues who joined this meeting for sharing their views and experiences: Prof. Staffan Janson, Prof. Mitch Blair, Prof. John Eastwood and Prof. Jeff Goldhagen.

I hope this meeting will be very helpful and productive for my colleagues and international participants dealing with well child care.

SAĞLAM ÇOCUK İZLEMİ

Well Child Care Visits

Prof. Mitch Blair

London Imperial College Faculty of Medicine

There is enormous variation in the number and quality of world childcare visits in Europe and elsewhere. Much of this variation is due to historical factors in the timing and development of services in different countries. However, in an era of increased scrutiny on value for money and return on investment, the aims and content of the childcare visit programme has to be reviewed. In the UK Public Health England carried out a rapid review of evidence which builds on the excellent evidence reviews over the last 15 years led by Hall and Elliman.¹

There is a balance to be made between the efficacy of procedures in terms of screening, e.g. blood spot tests, hip and heart examinations, etc. and the opportunity at different points in child and parent's lives for health promotion. In the UK the schedule has been reduced to just five key examinations in the first five years of life and the benefits and disadvantages of such an approach will be discussed. One of the key priorities is the need to adapt world childcare visits to the needs of an individual country and to be able to adapt the content and the training of health professionals and others in an appropriately responsive way.

The increase in non-communicable disease morbidity in most countries now requires a shift in thinking from a pure screening model, the so called "seek and treat" framework, to a "prevent and promote" paradigm.² A growing interest in the concept of "school readiness" has resulted in an appropriate focus on the need for early identification of children at risk of speech, communication and language impairments as well as socio-emotional difficulties. These are by far the two largest groups of children for whom early prevention and intervention programmes yield greatest benefits.

The presentation will conclude that different countries are likely to interpret the current evidence base in the context of their own service requirements. The overriding imperative must be that we sufficiently value early childhood health and development to invest appropriately in high quality staff training and resources to optimise the promotion of children's health and wellbeing.

- 1) Hall, D. M., & Elliman, D. (2006). *Health for all children: revised fourth edition*. Oxford University Press.
- 2) Blair, M., & Hall, D. (2006). From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Archives of disease in childhood*, 91(9), 730-735.

AŞI TAKVİMİ UYGULAMALARI**Doç. Dr. Meda Kondolot**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Sosyal Pediatri Bölümü

Aşı ile korunulabilir hastalıklara karşı aşılama her çocuğun hakkıdır. Ülkemizde mevcut Çocukluk Çağı Ulusal Aşı Takvimi 13 aşı antijenini kapsamaktadır ve Sağlık Bakanlığı 2014 faaliyet raporunda aşılama oranlarının %98'lere ulaştığı bildirilmektedir. Ülkemizde uygulanmakta olan Çocukluk Çağı Ulusal Aşı Takvimi, Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Danışma Kurulu kararları doğrultusunda ve Genişletilmiş Bağışıklama Programı hedefleri kapsamında güncellenmektedir. Çocukluk Çağı Ulusal Aşı Takvimimiz tablo 1'de gösterilmiştir. Sağlıklı çocuklara veya ergenlere uygulanabilecek ve ülkemizde bulunan diğer aşılama rotavirus aşısı, influenza aşısı, meningokok aşısı, insan papillomavirus aşısı ve ergen/erişkin tip difteri-tetanoz- aselüler boğmaca aşısıdır.

Avrupa Bölgesi Aşı Eylem Planına göre 2015-2020 yıllarında; (1) poliosuzluk durumunun korunması, (2) kızamık ve kızamıkçığın elimine edilmesi, (3) hepatit B enfeksiyonu kontrolünün sağlanması, (4) bölgede hedeflenen aşılama oranlarına ulaşılması, (5) kanıta dayalı kararlarla yeni aşılama takvime eklenmesi ve (6) ulusal aşılama programlarının devamlılığı için mali desteğin sağlanması hedeflenmektedir.

Bu sunumda ülkemizde ulusal aşı takviminde yer alan ve takvim dışında yararlanılabilecek diğer aşılama ile ilgili güncel bilgiler tartışılacaktır.

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18. ayın sonu	24.ayın sonu	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT,İPA,Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			II	
DaBT, İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı, OPA: Oral Polio Aşısı, KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı
KPA: Konjüge Pnömonok Aşısı, BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı

ÇOCUKLUK AŞI UYGULAMALARI PRENSİPLERİ

Prof. Dr. Gülbin Gökçay

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Aşı uygulamaları, çağımızın en önemli koruyucu sağlık uygulamasıdır. Ancak bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı azaldıkça bu hastalıklara karşı aşılama konusunda toplumlarda çekinceler oluşmakta ve bu durum tekrar bulaşıcı hastalıkların salgınlar şeklinde görülmesine çok sayıda çocuğun ve ailelerinin acı çekmesine yol açmaktadır. Böyle bir durum son dönemde Kızamık aşılması ile ilgili olarak Avrupa'da yaşanmış ve sonuçta kızamık salgınları ortaya çıkmıştır.

Çocuklarda aşı uygulamasının üç amacı vardır. Çocuğu ciddi yan etkileri ve ölüm riski olan hastalıklara karşı korumak birinci amaçtır. İkinci amaç aşılama oranlarını yükselterek toplumda bulaşıcı hastalık salgınlarını önlemek, yaygın aşılama ile toplum düzeyinde bağışıklık (herd immunity) sağlayarak, toplumda %1 oranında bulunan çeşitli nedenlerle aşılama oranı düşük çocukları korumaktır. Bu grupta kanser gibi ağır hastalıklar nedeni ile tedavi görenler ve ağır immün yetersizliği olanlar bulunur. Aşı uygulamalarının üçüncü amacı; ölümcül hastalıkların kökünün dünyadan kazınmasıdır. Bu amaca yaklaşık otuz yıl önce çiçek hastalığı konusunda erişilmiştir. Amerika kıtası 1994 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından çocuk felcinden arındırılmış bölge ilan edilmiştir. Ülkemizde 1998 yılından bu yana vahşi virüse bağlı çocuk felci vakası görülmediği için Türkiye de DSÖ tarafından çocuk felcinden arındırılmış ülke olarak kabul edilmiştir.

Bir yaşından küçüklerde aşılama oranı %90'a ulaştığında bu hastalıklar toplum için bir tehlike olmaktan çıkmaktadır. Bu hedefe ulaşmak için toplumda çocukların aşılmasını engelleyen etmenlerin bilinmesi ve bunların ortadan kaldırılması için çaba sarfedilmesi gerekmektedir.

Aşı Çeşitleri

Aşılar belirli hastalık etkenlerinin veya ürünlerinin antijenik özelliklerini taşıyan ancak hastalık yapıcı özellikleri çok azaltılmış ya da hiç olmayan ürünlerdir. Aşılama ile özgün (belirli hastalık için spesifik) bir bağışıklama sağlanır. İmmünglobülinlerin vücuda dışarıdan verilmesi ile edinilen pasif bağışıklıktan farklı olarak, aşılama sonucu oluşan aktif bir bağışıklıktır ve belirli bir süre sonunda gelişir.

Bu süre her aşı için farklıdır ve bir hafta-iki ay arasında değişir. Aktif bağışıklık ile edinilen bağışıklık uzun sürelidir. Bazı aşilar ile yaşam boyu bağışıklık kazanılır. Zayıflatılmış canlı etken içeren aşiların yarattığı bağışıklık daha uzun sürelidir. Hiçbir aşı % 100 oranında bağışıklık sağlamaz. Aşı uygulanan az sayıda kişide immün yanıt gelişmeyebilir.

Aşilar sıvı ya da toz halde bulunur. Toz aşilar uygulanmadan önce önerilen uygun sıvılar ile sulandırılmalıdır. Sulandırılan aşilar prospektüsünde belirtilen süre içinde kullanılmaz ise atılmalıdır. Bu süre aşilara göre 2-5 saat arasında değişmektedir.

Aşiların Uygulanma Yolları

Aşiların üretici firma tarafından belirtilen şekilde uygulanması optimal düzeyde bağışıklığın gelişmesi ve lokal reaksiyonların en aza indirilmesi açısından önemlidir. Canlı aşı uygulamadan önce cilt alkol ile temizlendikten sonra alkolün uçmasını bekleyip aşiyı uygulamak aşının etkinliği açısından gereklidir. Bu durum cilt içine uygulanan BCG aşısında çok önemlidir. Aşilar temel olarak beş yolla uygulanır.

İntradermal (cilt içi)

BCG aşısı bu yolla yapılır. Kısa iğne ile yapılır. Aşı yapılırken cilt iyice gerilir, iğne cilde paralel tutulur ve aşı yavaş olarak uygulanır. Aşı ilk verilirken bir direnç hissedilir ve mercimek büyüklüğünde bir kabartı oluşur. Eğer bu iki durum oluşmaz ise aşı uygulaması durdurulup iğne çıkarılmalı ve kalan dozun verilmesi yeniden denenmelidir.

Subkutan (cilt altı, deri altı)

Zayıflatılmış canlı viral aşiların genellikle bu yolla uygulanması önerilir. Enjektör cilde 45° açı ile tutulur.

İntra müsküler (kas içi)

İnaktif bakteri aşilarının büyük bir kısmı bu yol ile uygulanır. İğne cilde 90° açı ile tutulur. Aşı yapıldıktan sonra bir süre kuru pamuk ile bölgeye tampon yapılmalıdır. Aşı yerinden az miktarda sıvı gelebilir, bu önemli değildir. Kullanılacak iğnenin uzunluğu çocuğun yaşına ve kilosuna göre değişir.

Oral yol

Canlı çocuk felci aşısı, rota aşısı bu yolla verilir. Aşı uygulamasından sonra çocuğun aç bırakılmasına gerek yoktur.

İntranasal yol

Canlı influenza aşısı bu yolla uygulanmaktadır.

Güvenli Aşı Uygulama Prensipleri

Aşı sonrası istenmeyen reaksiyonları en aza indirmek için güvenli aşı uygulama prensiplerine dikkat etmek gerekir. Bu amaçla aşı uygulamasından önce Tablo 1’de belirtilen tarama sorularının sorulması gerekir.

Aşının uygulanma basamaklarını şöyle sıralayabiliriz:

- Aşı öncesi tarama sorularının yanıtlarında sorun olmadığı değerlendirilir.
- Eller iyice yıkanır. Aşı uygulaması sırasında eldiven kullanılması önerilmez.
- Aşının son kullanma tarihi kontrol edilir.
- Aşı uygun şekilde çalkalanır, içinde yabancı cisim vb. var mı kontrol edilir.
- Aşı flakonunun başlığı açılır ve alkol ile temizlenir.
- Bir dozluk aşı enjektöre çekilir.
- Aşı uygulanacak bölgeye gereken temizlik yapılır.
- Çocuğun sıkıca tutulması sağlanır.
- Aşı yapılırken kontrol amaçlı aspirasyon yapılması önerilmemektedir.
- Aşı uygulandıktan sonra o bölgeye bir süre baskı uygulanır ve pflaster konur.
- Aşıya bağlı görülme olasılığı yüksek reaksiyonlar ve yapılacaklar konusunda aile bilgilendirilir.
- Aşının yapıldığına ilişkin kayıtlar gerekli yerlere işlenir.

Aşı sonrası anafilaksi gelişimi

Çok nadir olmasına karşın aşıdan sonra ilk 30 dakika içinde anafilaksi gelişebilir. Ölümcül reaksiyonlar ilk 15 dakika içinde ortaya çıkar. Bu nedenle aşı uygulanan kişinin aşıdan sonraki ilk 15-20 dakika sağlık kuruluşunda bulunması sağlanmalıdır. Baygınlık anafilaksi ile kolayca karışabilir. Süt çocuklarında aşı sonrası gelişen ani bilinç kaybında öncelikle anafilaksi düşünülmelidir. Karotitte palpe edilen dolgun bir nabız durumunda baygınlık düşünülmelidir. Baygınlık durumunda adrenalin yapılması yararlı değildir. Aksine zararlı olabilir. Aşı yapılan yerde oksijen tüpü, adrenalin, kortizon ve antihistaminik,ambu, hava yolu, serum ve serum seti bulunmalıdır.

Aşı sonrası kafa travması

Ayakta aşı uygulaması sonrası gelişen senkop sonucu düşmeye bağlı oluşan kafa travması önlenemez en önemli aşı sonrası gelişen istenmeyen yan etkiler arasında yer alır. Bunun önlenmesi için aşılar her zaman kişi otururken ve çocuk sıkıca tutulurken yapılmalıdır.

Aşı uygulaması sonrası sık görülen sistemik reaksiyonlar

Ateş, iştahsızlık, huzursuzluk vb. durumlar aşı uygulaması sonrası gelişebilir. Ancak bu semptomlar üç günden fazla sürmez. Aşı sonrası ateş yükselmesini önlemek amacı ile antipiretik uygulaması önerilmemektedir. Araştırma sonuçları böyle bir uygulamanın aşı sonrası antikor gelişimini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Aşı sonrası 38.5° C ve üzeri ateş yükselmelerinde uygun dozda ve sıklıkta antipiretik kullanılabilir.

Aşı uygulaması sonrası sık görülen lokal reaksiyonlar

Aşı uygulanan yerde kızarıklık, şişlik ya da hassasiyet uygulamadan sonra ilk 3 gün içinde gelişir ve kendiliğinden düzelir. Üç günden uzun süren ya da giderek ağırlaşan reaksiyonların ayrıntılı değerlendirilmesi gerekir. Lokal reaksiyonların en aza indirilmesi için aşıların önerilen tekniğe göre ve yaşa uygun dozda yapılması önemlidir. Kas içi uygulanması gereken bir aşının subkutan yapılması durumunda lokal reaksiyonlar artmaktadır. Kasiçi aşı uygulamalarında iğnenin boyunun kısa olması aşının lokal reaksiyon sıklığını artırmaktadır. Bu nedenle iğne boyunun uzunluğu çocuğun kilosuna göre ayarlanmalıdır. Kas içi uygulamada küçük çaplı ve uzun iğneler tercih edilmelidir. Bir yaşından küçük çocuklarda kas içi enjeksiyonlar kas kitlesinin en fazla olduğu uyluk üst dış yan yüze. Bir iki yaş arasındaki henüz yürümeyen çocuklarda da aşı uyluk dış yan yüze yapılabilir. Büyük çocuklarda kas içi aşı uygulamaları deltoid kasına yapılmalıdır. Gluteal bölgenin aşı uygulamalarında kullanılması önerilmez. Tendon bölgelerine yakın enjeksiyonlar deride gamzelenmeye neden olabilir.

Aşı uygulaması sırasında ağrı

Bebeği yatırmak yerine kucakta tutmak; aşığı uygulamadan önce ya da sonra enjeksiyon bölgesine fiske vurmak; Daha az acı veren aşığı önce yapmak ve aşı sırasında, örneğin öksürterek, dikkati başka yöne çekmek aşı uygulaması sırasında ağrıyı en aza indiren uygulamalardır.

Tablo 1. Aşılama öncesi çocuğa, Anne, Babaya ya da bebeğe bakım veren kişiye sorulması gereken tarama soruları

- Çocuğun bugün bir rahatsızlığı var mı?
- Çocuğun herhangi bir ilaca, besine ya da aşıya karşı alerjisi var mı?
- Çocuğun geçmişte bir aşıya karşı ciddi bir reaksiyonu oldu mu?
- Çocuğun havale, beyin ya da sinir hastalığı var mı?
- Çocuğun astım, kalp hastalığı, böbrek hastalığı, şeker hastalığı ya da kan hastalığı gibi bir sorunu var mı?
- Çocuğun kanser, lösemi, AIDS ya da başka bir bağışıklık sistemi sorunu var mı?
- Çocuk son 3 ayda kortizon, kanser ilacı aldı mı ya da radyoterapi gördü mü?
- Çocuğa son 3 ayda kan ve kan ürünü ya da immun globulin isimli bir ilaç verildi mi?
- Son 4 haftada aşı oldu mu?
- Ev halkı içinde kanser tedavisi gören, bağışıklık sistemi sorunu olan ya da immun yetersizliği olan birey var mı?

Aşıların Depolanması ve Saklanma Koşulları

Uygun saklama koşulları aşıların etkinliğinin korunmasında büyük önem taşır. Aşıların uygun saklama süreci “soğuk zincir” olarak bilinir. Aşının üretildiği yerden çocuğa yapılana dek soğukta saklanmasını sağlayan aletler ve aletleri kullanan kişiler soğuk zinciri oluştururlar. Aşılar buzdolabında aşağıdaki ilkelere uyularak saklanmalıdır.

1. Her sağlık ekibinde aşı buzdolabından sorumlu bir kişi olmalıdır
2. Buzdolabı güneş ışığından uzak, duvara en az 20 cm yakın olacak şekilde yerleştirilmelidir
3. Buzdolabı mümkün olduğunca seyrek açılmalıdır. Bu amaçla gün boyu kullanılacak aşılar bir termosun içinde soğuk aküleri ile birlikte saklanabilir.
4. Buzdolabının kapağında ısı çizelgesi ve içinde termometre bulunmalı, buzdolabının ısı her gün sabah ve akşam olmak üzere çizelgeye kaydedilmelidir.
5. Hiçbir aşı buzdolabının kapak raflarına konmamalıdır
6. Buzdolabına aşılar, sulandırıcılar ve buz kalıpları dışında herhangi bir madde örneğin ilaç, yiyecek konulmamalıdır
7. Buzdolabında mutlaka su dolu kaplar, buzluklar bulundurulurak elektrik kesilmelerine karşı önlem alınmalıdır
8. Aşılar raflara etrafında hava dolaşımı olabilecek şekilde yerleştirilmelidir.

9. Buzdolabında tüm aşilar ortalama +4 derecede saklanmalıdır. Aşilar buzuğa ya da derin dondurucuya konmamalıdır

10. Canlı viral aşilar en üst rafa, diğer aşilar ve sulandırıcıları orta raflara yerleştirilmelidir.

11. Buzdolabının düzenli aralarla temizlenmesine özen gösterilmeli, buzlanmanın 3 cm geçmesi önlenmelidir.

Sıvı halde bulunan aşiların dondurulmaması gerekir. Bir aşinin donup donmadığı kesin olmamakla birlikte çalkalama testi ile anlaşılabilir. Bu test için aşı iyice çalkalanır ve incelenir; donmuş ve çözülmüş aşıda homojen bir bulanıklık yoktur, taneler belirgin görülür. Çalkalamadan 30 dakika sonra donmamış aşıda üstte az miktarda berrak sıvı, altta ise yoğun bir beyaz homojen bulanıklık görülür. Donmuş aşıda ise üstteki berrak kısım daha fazladır ve altta yoğun koyu renkli bir çökelti gözlenir.

Ulusal Bağışıklama Programı

Ulusal bağışıklama programında yer alan aşilar ücretsiz olarak yapılmaktadır. Hastalıkların epidemiyolojisindeki değişikliklere ve aşı üretimindeki gelişmelere bağlı olarak ulusal programda değişiklikler yapılmaktadır. Birçok aşı aynı anda uygulanabilir. Aynı anda uygulanamayan inaktive aşilar herhangi bir ara ile yapılabilir. İnaktive ve zayıflatılmış canlı aşilar arasında belirli bir süre olmasına gerek yoktur. Ancak aynı anda yapılmamış olan parenteral uygulanan iki canlı aşı arasında en az 4 hafta süre geçmiş olmalıdır. Oral yoldan uygulanan canlı aşilar için böyle bir süre gerekli değildir. BCG aşısı için de özel bir durum vardır. BCG aşısından önce yapılacak canlı parenteral uygulanan viral aşilar için en az 4 hafta süre önerilirken BCG aşısı sonrası böyle bir süre önerilmemektedir.

Aşı Kontrendikasyonları

Herhangi bir nedenle hastaneye getirilmiş aşısı eksik ancak aşılabilir durumda olan bir çocuğun aşılardan evine gönderilmesi kaçırılmış aşı fırsatı olarak tanımlanır. Kaçırılmış aşı fırsatının önlenmesi için gerçek aşı kontrendikasyonlarının (Tablo 2) iyi bilinmesi gerekir.

Tablo 2. Genel AŞI kontrendikasyonları

- Aşıdan sonra anafilaksi gelişimi
- Aşıdan sonra ilk hafta içinde gelişen ve hiçbir nedene bağlanamayan ansefalopati tablosu
- Aşı içeriğinde bulunan maddelere karşı anafilaktik reaksiyon öyküsü
- Canlı aşilar için bağışıklık sisteminin baskılandığı ya da yetersiz olduğu durumlar

Aşağıdaki durumların varlığında aşı yapılabilir:

- Prematürelilik
- Antibiyotik kullanıyor olmak
- Yumurta yedikten sonra alerjik döküntü
- İshal
- Nezle, hafif ateş gibi durumlar
- Büyüme–gelişme geriliği
- Astım vb. alerjik sorunlar
- Febril konvülsiyon geçirme öyküsü
- Lokal yada inhale kortikosteroid tedavisi
- İlerleyici özellikte olmayan nörolojik hastalıklar.

Özel Durumlarda Aşı Uygulamaları

Bu durumlara ilgili daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır. Temel amaç çeşitli sorunları olan çocukları aşı ile önlenabilir hastalıklardan korumak ve aşıya bağlı görülebilecek sorunları da en aza indirmektir. Aşağıda bazı özel durumlardaki aşı uygulamaları özetlenmektedir. Bu çocukların etrafındaki kişilerin de eksik aşılarının tamamlanması hasta çocuğun sağlığı açısından önemlidir.

1-Primer immün yetersizlikler:

İmmün yetersizliğin ağırlığına göre aşı uygulamaları farklılık gösterir.

Ağır immün yetersizlikler: Kombine immün yetersizlikler, Di George sendromu, Wiskott-Aldrich sendromu, Ataksi telanjiektazi, lökosit adhezyon yetersizliği, hiper IgM sendromu , kronik mukokütanöz kandidiazis, hiper IgE sendromu, X'e bağlı agammaglobulinemi, değişken immün yetersizlik gibi durumlar ağır immün yetersizlikler olarak tanımlanır. Bazılarında fenotipik ağırlık değişebilir bu nedenle aşı uygulaması hepsi için standart değildir. Bazı nadir çok ağır tipleri dışında hepsine tüm inaktive aşılar uygulanabilir, ancak sürekli immunglobulin alan bir kişide böyle bir uygulama gerekmez. Genel olarak bu hastalara canlı aşılar yapılmamalıdır. Ancak bu çocukların bir kısmına hastalığın tanısından önce genellikle OPA ve / veya Kızamık aşısı yapılmış olmakta ve herhangi bir sorunda yaşanmamaktadır. Bu grupta genel olarak OPA yerine IPA önerilmekte ve BCG uygulanmamaktadır ancak bazı tiplerinde kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşıları yapılabilir. Bu hastaların çevrelerindeki kişilerin kızamık ve suçiçeği açısından immün olduklarının bilinmesi önemlidir.

Orta derecede ağır immun yetersizlikler: IgA ve / veya IgG altgrup eksiklikleri bu grupta yer alır. Bu çocuklara immunoglobulin desteği yapılmaz da uzun süreli antibiyotik kullanımı gerekebilir. Rutinde kullanılan canlı aşılardan olumsuz etkilendikleri bilinmemektedir. Nitekim büyük bir kısmına tanı öncesi OPA, kızamık ve BCG yapılmakta ve bu aşılarla ilgili herhangi bir sorun ile karşılaşmamaktadır. Bu çocuklara pnömokok ve influenza aşıları özellikle uygulanmalıdır.

Spesifik olmayan immun yetersizlikler: Kronik nötropeni, kronik granülatöz hastalık (KGH), kompleman eksiklikleri, diğer opsonizasyon defektleri bu grupta yer alır. Canlı aşılar bu çocuklar için özel bir tehlike oluşturmaz yalnızca BCG aşısı KGH' da yapılmamalıdır. Kompleman eksikliklerinde influenza, pnömokok ve meningokok aşıları özellikle önerilmelidir (8).

2-Standart kemoterapi uygulamaları:

Hastalığın ve uygulanan tedavinin özelliklerine; dalağın ışınlanması ya da çıkarılmasına göre aşı uygulamaları farklılık gösterir. Dünyada da bu konuda standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. ABD'de aşılama kemoterapi bittikten 3 ay sonra başlanırken, İngiltere'de kemoterapi bittikten en erken 6 ay sonra tüm aşıların bir doz rapelleri uygulanmaktadır. Genel olarak canlı aşılar tedavi süresince ve tedavi bittikten sonraki 6 ay süresince uygulanamaz. Genel durumu iyi olan ve aşıdan sonraki 3 hafta içinde de iyi olması beklenen çocuklarda inaktive aşılar yapılabilir. Çocuk ile aynı evi paylaşan aile bireylerine de kemoterapi süresi içinde OPA uygulanmamalıdır. Influenza aşısı sonbahar ayında kemoterapi görmekte olan ya da ilk kemoterapiden sonraki 6 aylık dönem içinde olan tüm çocuklara yapılmalıdır. Bazı ülkelerde kemoterapiye 1 hafta ara vererek ve belirli koşullar altında suçiçeği aşısı uygulanmaktadır. Suçiçeğinden korunmak için önemli olan çocuğun etrafındaki seronegatif aile bireylerine aşı uygulamaktır.

3-Yoğun kemoterapi ve hemopoetik kök hücre transplantasyonu

Bu durumda aşı uygulaması hastalığın tipine, tedavinin ve transplantasyonun özelliklerine göre farklılık gösterir. Aşı uygulamaları standart kemoterapi görenlerde olduğu gibidir. Ancak canlı aşı uygulaması için geçmesi gereken süre 12 aydır ve graft versus host hastalığının varlığında aşı uygulanması önerilmez. Transplantasyon sonrası alıcılar, genellikle vericinin bağışıklık sistemine sahip olsalar da bazen bağışıklık göstergelerin bir kısmını kaybetmektedirler. Bazı otoriteler tetanoz ve difterin aşılarının transplantasyon öncesi ve hemen sonrasında uygulanmasının immun yanıtı artırdığını öne sürmektedirler. Bu durum diğer inaktif aşılar için de geçerli olabilir.

Genel olarak transplantasyondan 12 ay sonra rutin aşı şemasının tekrar uygulanması önerilmektedir. Bu aşamada serolojik değerlendirme de yaparak aşı programı düzenlenebilir.

4-Solid organ transplantasyonu

Transplantasyon öncesi çocukların tüm aşılarının yapılmış olması çok önemlidir. Bu aşıların içinde suçiçeği de bulunmalıdır. Bu amaçla gerekirse kızamık vb aşılar rutin programdan daha erken bir sürede transplantasyon öncesi yapılabilir. Transplantasyon öncesi çocukların serolojik durumlarının değerlendirilmesi ve gerekli aşılarının yapılması önemlidir. Transplantasyon sonrası verilen immun sistemi baskılayıcı ilaçlar aşılarla karşı immun yanıtın gelişmesini de olumsuz etkiler. İnaktive aşılar transplantasyondan sonra herhangi bir dönemde gerektiğinde uygulanabilir. Genel olarak bu aşıların transplantasyondan 6 ay sonra uygulanması planlanır. Transplantasyondan bir yıl sonra kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve su çiçeğine karşı antikör düzeylerinin değerlendirilmesi ve buna göre aşıların uygulanması önerilir. Transplantasyon yapılan çocuğun çevresindeki kişilerin hassas iseler KKK ve suçiçeği aşılarını yaptırmaları önemlidir. Ancak oral polio aşısı hane halkından herhangi bir kişiye yapılmamalıdır.

5-Sistemik kortikosteroid ya da diğer immunosupresif ilaç kullanımı

İki haftadan uzun süre 2 mg/kg/gün ve üzerinde prednisolon ya da eşdeğerini sistemik olarak alanların immun sistemi baskılanmış kabul edilir. Tedavi süresince inaktive aşılar uygulanabilir. Pnömonok aşısı mümkünse tedavi öncesi yoksa tedavi süresinde yapılmalıdır. İnfluenza ve meningokok aşılarının yapılması da önerilir. Kortikosteroid kullanımından en az bir ay; immunosupresif tedaviden ise altı ay sonra canlı aşılar uygulanabilir. Bu konuda halen farklı uygulamalar bulunmaktadır. Immunosupresif tedavi gören çocuklarda yeterli immun yanıt genel olarak tedavi bittikten en erken 3 ay sonra genellikle bir yıl sonra gelişmektedir.

6- HIV enfeksiyonu

Rutin inaktive aşılar yapılabilir. Ayrıca yıllık influenza aşısının yapılması önerilir. KKK aşısı CD4+ T-lenfosit sayısı % 15 ve üzeri olan bir yaşından büyük çocuklara yapılabilir. Dünya Sağlık Örgütü tüberkülozun sık olduğu ülkelerdeki HIV (+) çocuklara BCG aşısı yapılmasını önermektedir. Ancak ABD ve bazı endüstrileşmiş ülkelerde HIV enfeksiyonu varlığında BCG aşısı uygulanmamaktadır.

7. Malnutrisyon ve kronik hastalık

Malnutrisyon sırasında immun sistemin baskılandığı düşünülerek aşı uygulamasından çekinilmektedir. Oysa bu hastalıkların önlenmesi malnutrisyonun tedavisi açısından önemlidir. Canlı aşılarda dahil olmak üzere tüm aşılarda malnutrisyon sırasında uygulanabilir. Rutin aşı programına ek olarak pnömokok ve influenza aşılarda yapılmalıdır. İnfeksiyon hastalıkları, kronik böbrek yetersizliğinde (KBY) ölüme yol açan ikinci önemli neden olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle influenza pnömokok ve meningokok aşılarının yapılması önemlidir. KBY'li hastalarda rutin HBV aşılama şeması sonrası serokonversiyon oranını artırmak için etkin diyaliz yapılması önerilmektedir. Kronik karaciğer hastalığı olan 2 yaşından büyük çocuklardan seronegatif olanlara hepatit A aşısı uygulanmalıdır. Atopik dermatit vb kronik deri hastalıklarında diğer aşılarda yanı sıra suçiçeği aşısının yapılması özellikle önerilir. Bu çocuklarda BCG aşısı yapılırken yakın bölgede deri enfeksiyonunun varlığı kontrol edilmelidir.

8. Konvülziyon ve kronik nörolojik hastalıklar

Konvülziyon öyküsü olan çocuklarda özellikle Boğmaca içeren aşılarda ve KKK aşısı sonrasında konvülziyon görülme sıklığı daha fazladır. Aşı sonrası görülen konvülziyonların beyin hasarı yaptığı ya da ileri yaşlarda epilepsi sıklığını arttırdığına ilişkin kanıt yoktur. Yakın dönemde konvülziyon geçirmiş süt çocuklarına, progresif nörolojik hastalık dışlanana kadar boğmaca aşısı yapılmaması uygun olur. Ailede konvülziyon hikayesi olanlara boğmaca aşısı yapılabilir. Febril konvülziyon hikayesi hiçbir aşı için kontrendikasyon değildir. Ailesinde multiple skleroz gibi kronik dejeneratif hastalık öyküsü olan çocuklara başta hepatit b aşısı olmak üzere tüm aşılarda yapılmasında bir sakınca yoktur. Hepatit B aşısının multiple skleroz gelişme riskini artırdığına ilişkin bilimsel bir veri bulunmamaktadır.

9. Hemofili vb. kanama sorunları:

Tüm aşılarda uygulanabilir. Aşılarda ince uçlu iğne ile yapılması, aşı yapılan yere 20 dakika süre ile baskı yapılması önemlidir. Kas kitlesinin fazla olduğu yerlerde kompartman basısı gelişebilir. Bu nedenle kas kitlesinin fazla olduğu yerlere aşı uygulamaktan kaçınılmalıdır.

10. Prematürel

Rutin aşı programının uygulanması ve gecikmelerden kaçınmak özellikle önemlidir. Aşı uygulaması miadında doğanlardan farklı değildir. Doğum ağırlığı 2000 gramın altında olan bebeklerde hepatit b aşısı gerekiyorsa uygulanır ancak bu aşının etkisiz olabileceği göz önüne alınarak aşı tekrar edilir. İmmunglobulin ya da kortikosterooid kullanılmış prematürelde canlı aşı uygulamalarında bu durumun değerlendirilmesi önemlidir.

KAYNAKLAR;

1. American Academy of Pediatrics. Active and Passive Immunization. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Red Book : 2009 Report of the Committee on Infectious Disease. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009: 1-98.
2. CDC. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 2011;60(No. RR-2):1–61.
3. Chisholm JC. Reimmunization after therapy for childhood cancer. [Clin Infect Dis](#). 2007 ;44(5):643-645.
4. Diggle L, Deeks JJ, [Pollard AJ](#). Effect of needle size on immunogenicity and reactogenicity of vaccines in infants: randomised controlled trial. [BMJ](#). 2006;333(7568):571.
5. Gökçay G. New dynamics of setting vaccination strategies in developing countries. [Child: Care, Health and Development](#) 2003;29(2): 91-94.
6. Muscat M, [Bang H](#), [Wohlfahrt J](#) et al. Measles in Europe: an epidemiological assessment. [Lancet](#). 2009;373(9661):383-389.
7. [Prymula R](#), [Siegrist CA](#), [Chlibek R](#) et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials. [Lancet](#). 2009;374(9698):1339-1350.
8. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH). Immunisation of the immunocompromised child: best practice statement. RCPCH, 2002:10–3.
9. Taddio A et al. Physical Interventions and Injection Techniques for Reducing Injection Pain During Routine Childhood Immunizations: Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Quasi-Randomized Controlled Trials. [Clinical Therapeutics](#) 2009;31 (Sup): S48-S76.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2009, Ankara.
11. WHO Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, November 2011 – conclusions and recommendations [Weekly Epidemiological Record](#), 2012;87:1-16.

EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMALAR

Prof. Stuart Logan

Cerebra Professor of Paediatric Epidemiology; Director, NIHR CLAHRC South West Peninsula; Director, Institute of Health Research

Honorary Consultant Paediatrician, Royal Devon and Exeter Foundation NHS Trust

In this talk I will focus initially on the central need to define the research question in a way that helps to drive study design and conduct. By concentrating first on working out who exactly is the population about whom you want to make inferences, what is the nature of the exposure or intervention of interest and what outcomes you seek to attain or avoid, you will avoid most of the pitfalls of design. Once that is clear, you need to ask how *precise* an answer do you need. A good way to check whether you have gone through these steps appropriately is by considering whether, if your research produced findings that you didn't expect, it would change your opinion or actions because you would trust the answer you found

In the second part of the talk I will discuss some of the common errors of study design and conduct which are likely to lead to erroneous conclusions. These include methods of analysis that fail to understand the role of regression to the mean, the dangers of confounding variables and over-interpretation of associations in observational data.

SAĞLAM ÇOCUK İZLEMİNDE ÇOCUK İSTİSMARINA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Sosyal Pediatri Bilim Dalı*

'Zamanın bütün yaraların ilacı olduğu büyük bir yalan. Zaman öldürülmüş bir çocuğun yaralarını iyileştiremez' Yaşar Kemal

Çocuk istismarı ve ihmali, tüm sosyoekonomik düzeylerde, ırksal, etnik/ kültürel gruplarda, tüm dinlerde görülebilen yaygın bir sorundur. İhmal ve istismarın kurbanları olan çocuklar, büyüme geriliği gibi tıbbi sorunlar, çok sayıda gelişimsel ve davranışsal normalden sapmalar açısından yüksek risk ve mortalite riski taşımaktadırlar.

1. Tanım

İstismar: Bir çocuğun, bakımını sağlayan bireyin (anne- baba, yasal koruyucu, öğretmen, bakıcı, vb) kasıtlı oluşturduğu, vücut/ doku bütünlüğünün bozulması, ruhsal sorunlar, engellilik, ya da ölüm riskine yol açan fiziksel ya da duygusal yaralanmadan etkilenmesidir.

İhmal: Çocuğa bakım veren bireyin, çocuğun yaşamını sürdürebilmesi ve gelişebilmesi için temel gereksinimlerini karşılamaması, ya da aşırı ilgisizlik, gözetimsizlik sonucunda çocuğun, fiziksel, ruhsal, duygusal yönlerden tehlikede olduğu durumdur. İhmal, çocuklara kötü muamelenin %60'ını oluşturur; genellikle anneler sorumludurlar. Çocuk istismarının en yaygın biçimi, en tanınmayan, bildirilmeyen istismar biçimidir. İhmal edilen çocuklar büyük ölçüde etkilenirler; sıklıkla duygusal hasar gelişir. Mortalite oranı daha fazladır.

2. Sıklık

Kesin sayıların verilmesi güç olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde kötü davranış kurbanı olan çocukların yaygınlığı yaklaşık 1000'de 12 verilmektedir. Örneğin, ABD'de her yıl çocuk istismarı ve/ ya da ihmali şüphesi olan milyonlarca vaka bildirilmekte, vakaların yaklaşık üçte biri tanılabilmektedir. Duygusal/ psikolojik istismar yaygın olup tanınması güçtür.

Bilir ve arkadaşlarının, 1991 yılında, 16 bin çocuk üzerinde yaptıkları bir araştırmada fiziksel istismara uğrama oranı %33, tokat atma, kulak ve saç çekme oranı %25, sopa ile dövme oranı %14 bulunmuştur.

Türkiye’de Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED)’nin yaptığı çalışmalarda (2001), okullarda fiziksel olarak cezalandırılan çocuk oranı %85 bulunmuştur.

Dayak nedeniyle Kadın Sığınma Evleri’ne gelen kadınlar üzerinde bir araştırma yürütölmüş, %92’sinin çocuklarını dövdükleri saptanmıştır.

Simsek Orhon ve ark, anne- babalar, pediatri asistanları ve tıp öğrencileriyle bir araştırma yürötmüşler, istismar öyküsü bulunan ve disiplin konusunda doğru bilgileneememiş olan bireylerin çocuklara verbal ve fiziksel disiplin/ ceza uygulanmasını kabul edebildiklerini belirlemişlerdir.

[Gunnlaugsson G](#) ve Einarsdóttir J’nin 1980 ve sonraki yıllarda İzlanda’da doğan bireyler arasında yaptıkları araştırmada fiziksel cezalandırmanın daha az bildirildiğini belirlemişler; araştırmacılar, toplumda çocuk hakları konusunda bilgilenemenin ve farkındalığın artması, çocuk yetiştirme konusunda görüşlerin değişmesi gibi etkenlerin bu değişimi kolaylaştırdığı sonucuna varmışlardır.

Cinsel istismar sorgulandığında, bu oran oldukça fazladır. Kız çocuklarının %58’inin, erkek çocukların %42’sinin cinsel istismar ile karşılaştıkları bildirilmiştir. Aile içi cinsel istismar (ensest) vakalarının mahkemeye yansıyan sayılardan daha fazla olduğu düşünölmektedir.

Sofuoğlu ve ark.’nin, Çocuk İhmalı ve İstismarı Balkan Epidemiyolojik Çalışması (BECAN) Avrupa Birliği Projesi kapsamında, Türkiye’de ilk kez üç ilde, ISPCAN çocuk istismarı tarama araçları (ICAST-CH ve ICAST-P) kullanılarak olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin son bir yıl içindeki ve tüm yaşam boyu sıklığı saptanmıştır. Tarama yapılan çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olumsuz çocukluk çağı deneyimleri sıklığı %42 ile %70 arasında saptanmış olup Türkiye’nin bu bölgelerinde çok önemli bir halk sağlığı sorunu ve erişkin sağlık riski ile karşı karşıya olduğumuz ortaya çıkarılmıştır.

Ulukol ve ark.’nin 2013 Araştırma Raporu’na göre, Türkiye’de üniversite öğrencilerinde olumsuz çocukluk yaşantıları yaygındır. Bu durum, sağlık davranışlarında yüksek risk ve özđün sağlık sorunları ile birlikte.

Gündem Çocuk Derneği, Çocuk Hakları Merkezi’nin 2014 Raporu’nda, geçtiğimiz yıl yaklaşık 700 çocuğun, hastalık dışı önlenebilir nedenlerden dolayı yaşamını yitirdiği belgelenmiştir.

3. Etkileyen faktörler/ nedenleri

Fiziksel istismar için risk etkenleri

- Anne- baba ile ilgili: depresyon, madde bağımlılığı
- Çocukla ilgili: Davranışsal sorunlar, süregelen engellilik
- Aile/ toplum özellikleri: Sosyal izolasyon, stres, düzensiz aile yapısı, eğitim ve/ ya da sosyoekonomik düzey geri

Cinsel istismar için risk etkenleri

- Evde, çocukla biyolojik bağı bulunmayan bir erkeğin varlığı ve anne- baba ile çocuk ilişkisinin kötü olması

İhmal için risk etkenleri

- Fiziksel istismardakilere benzer.

4. Tanı

Fiziksel istismar

Çürükler / ezikler: Altı aydan küçük çocuklarda görüldüğünde istemli olma olasılığı daha fazladır. Çocuk daha çok hareket kazandığında istemsiz gelişen çürükler ortaya çıkar. Kemik çıkıntılardaki çürüklerin istemsiz olma olasılığı daha fazladır; dorsal yüzlerdeki muhtemelen oluşturulmuştur. Yalnız rengine bakılarak çürüğün yaşını belirlemek çok güçtür.

Çürüklerde ayırıcı tanı: Mongol lekeleri, eritema multiforme, koagülopati(lösemiler dahil), Henoch- Schonlein purpurası, sekonder sifiliz, kültürel alışkanlıklar(metal para basma, bardak çekme, vb.) fitofotodermatit.

Çürüklerin biçimi: Çürüklerin kasıtlı oluşturulduğunu düşündüren, el izi, kemer(U biçiminde), kemer tokası, elektrik kordonlarının izleri(omega biçiminde) gibi özgün biçimler olup olmadığını gözlemlemek önemlidir.

Yanıklar

Mekanizma: Kimyasal, termal, elektriksel, radyasyon. Haşlanma tipi en yaygın; yanıkların %85'ini oluşturur.

Zorla kaynar suya daldırma yanıkları keskin kenarlı, aynı derinlikte yanıktır(çorap-eldiven biçiminde). Fleksiyon çizgileri korunur. Yanıklar, sıklıkla, ellerin/ ayakların ya da kalçaların sıcak su içinde tutulmasının sonucundadır.

Kuru temas yanıkları, genellikle ütü, saç kurutma gereçleri, sigara, kibrit ve çakmak, ampul ile oluşturulur. Daha çok, vücudun kapalı bölgelerinde, daha derin, daha büyüktür.

Düşmeler

Ayakta iken düşmek ya da alçak bir yerden düşmek ciddi yaralanmaya pek az yol açabilir. Çocuğun boyundan daha yüksek bir yerden düşmesi, genellikle ciddi yaralanma olasılığı taşır.

Kafa travmaları: Diğer istismar biçimlerinden daha fazla mortalite ve uzun süreli morbidite ile ilişkilidir. Belirtiler genellikle özgün değildir: İrritabilite, beslenme güçlüğü, emmeme, uyku hali ve kusma gibi. Kasıtlı oluşturulmuş kafa travmasının tanınmaması durumunda çocuğun tekrar travma ile karşılaşma riski vardır.

Kafa travması, saçlı deride travma; subgaleal kanama; kafatasında kırık: epidural kanama var ya da yok; subdural/ subaraknoid kanama; beyin ödemi; akson hasarı; beyinde kontüzyon ya da intraparenkimal kanama biçimlerinde ortaya çıkabilir.

İstismara bağlı kafa travması kuşkusu bulunan vakalarda, deri yaralanmaları, intraabdominal yaralanmalar, frenulum, vb mukoza lezyonları ve retina kanamalarının olup olmadığının değerlendirilmesi önemlidir.

Kafa travmasında ayırıcı tanı: Minör travma, doğum travması, solunum durması, Menkes Hastalığı, Glutarik Asidüri Tip 1, epileptik nöbetler, altta yatan kafa içi patolojiye bağlı.

Sarsılmış bebek sendromu/ Sarsılmış impakt sendromu: Sıklıkla, bebeğin çocuğun kontrol edilemeyen ağlamasını durdurmak için yapılan bir harekettir. Sarsma hecmelerini, çocuğun bir yüzeye fırlatılması sonucunda çarpma izleyebilir. Sarsma ve çarpma ile hızın aniden kesilmesi, kafatasında köprü venlerinin yırtılması, subdural hematoma ve subaraknoid kanamaya yol açar. Beyne doğrudan travma, akson hasarına, yaralanan nöronlardan kimyasalların salınımı vazospazma ve oksijenin azalmasına yol açar. Belirtilerin derecesi ve ortaya çıkma zamanı sarsma kuvvetine ve süresine bağlıdır.

Göz muayenesi gereklidir; kaza dışı kafa travması bulunan çocukların %33'ünde retina kanaması görülür; buna karşın, kazaya bağlı kafa travmasında %2'dir. Diğer olası yaralanmalar: retinada ayrılma, optik sinir hasarı.

Retina kanamalarında ayırıcı tanı: Diğer nedenler pek az görülür ve yaşa özgüdür. Ayırıcı tanı listesi: Vajinal yolla doğum, kanama bozuklukları, arter-ven anomalileri, kafa içi basınç artışı, bakteriyel menenjit, istemsiz kafa

travması, idiyopatik periretinal membran. Vajinal doğumların %40'ında görülür; 10-14 günde geriler. Kazaya bağlı kafa travmalarında pek az görülür.

İskelet yaralanmaları: Küçük çocuklarda görülen kırıkların %2'si kazaya bağlıdır. Dokuz ay- üç yaş arasındaki çocuklarda, tibianın oblik kırığı kazaya bağlı en yaygın görülen kırıktır. Kaza dışı kırıkların çoğunluğu (%80) 18 aydan küçük çocuklardadır. İstismara özgü bir kırık biçimi yoktur. Uzun kemiklerde metafizeal kırıklar istismara bağlı kırıklar arasında yaygındır. Kıvrılmaya bağlı oluşan spiral ve oblik kırıklardır. Büyük ölçüde bir bükme gücü uygulanmasını gerektirir. Tibia, en yaygın bölgedir. Humerus, istismara bağlı kırıklar arasında ikinci en yaygın etkilenen uzun kemiktir. Kaburga kırıkları genellikle iskelet incelemesinde fark edilir. Klinik olarak şüphelenilmez. Arka kaburga kırıkları daha siktir. Genellikle çok sayıda ve iki yanlıdır.

Kırıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır: İstemsiz travma, doğum travması, prematürede osteopeni, rahitis, skorbüt, Menkes Hastalığı, sekonder hiperparatiroidizm, osteogenezis imperfekta Tip I ve Tip IV, T- Hücre Hastalığı, ilaç toksisitesi- metotreksat, prostaglandin, A hipervitaminozu, osteomyelit, sifilis, nöromüsküler hastalıklar, iskelet displazileri, neoplazmlar, infantil kortikal hiperostoz, bakır eksikliği.

İnsan ısırıkları, intratorasik ve intraabdominal yaralanmalar, saç kaybı fiziksel istismar belirtileri olabilir.

İhmal

İşaretler

- Bireysel hijyen kötü
- Yaşam koşulları sağlığa uygun değil
- Uyku koşulları uygun değil
- Gözetim yokluğu(tekrarlayan kazalar/ yaralanmalar)
- Tıbbi ilgi yetersiz, bilinen bir hastalık için başvuruda gecikme
- Madde kullanımının kanıtı
- Yapısal tehlikeler, yangın riski, çevresel tehlikeler

İhmal biçimleri

- *Fiziksel:* Obezite, yetersiz beslenme; uygun barınma koşullarının ve temizliğin olmaması.
- *Tıbbi:* Sağlık bakımının reddi ya da sağlık bakımında gecikme.
- *Gözetimsel:* Güvenli çevrenin sağlanamaması, çocuğu aile içi şiddet, terk edilme, velayet sorunlarıyla karşı karşıya bırakma.
- *Duygusal:* Yeterli sevgi gösterilmemesi; çocuğun alkol/ madde kullanımına ya da toplumsal kurallara karşı çıkmasına izin verilmesi; çocuktan gerçekçi olmayan beklentiler.
- *Eğitim:* Çocuğa zorunlu eğitimi sağlamamak.

Olası Göstergeleri

- *Davranışsal:* Göz teması kurmama, gülümsememe, çevreye ilgi göstermeme, kendini ifade etmede güçlük, sarılmaya negatif yanıt, başı vurma gibi tekrarlayıcı davranışlar, uygun olmayan biçimde yabancılarda sevgi aramak.
- *Fiziksel:* Ciddi bez dermatiti, impetigo, özbakım kötü, yetersiz tartı alımı/ tartı alımında duraklama, karın şişliği(kötü beslenmeyi gösterir), oksipital bölge düz.

Cinsel İstismar

Sosyoekonomik durum ve ırk farkı gözetmez. Kız çocukların %20sinde, erkek çocukların %10unda cinsel istismar öyküsü bulunur. Erkek çocukların olayı açıklamaları daha az olasıdır. Suçlu, genellikle aileye yakın olan biridir.

Belirtiler;

- Ağrı, kanama; uretra, vagina, rektumdan akıntı
- Haftalar, aylar boyunca gelişen süreğen, sinsisi, gizli kalmış istismar olabilir. Nonspesifik karın ağrısı, vaginada inflamasyon, dizüri
- Anne- baba ya da sağlık çalışanları tarafından çocukta cinsel davranışların gözlenmesi. Gelişimsel yönden uygun olup olmadığını ayırt etmek önemli.

Olguların çoğunda fizik muayene normaldir.

İstismara uğrayan çocuk ile görüşülür. Çocukla bir kez görüşerek uygun kayıtlar tutulmalıdır. Görüşme, eğitimli bireyler tarafından yapılmalı, yönlendirici sorulardan kaçınılmalıdır.

- Çocuğun söylediklerine inanılmı,ı,
- Çocuğun kendi sözlerini kullanarak söylediklerini tırnak içinde kaydetmeli,
- İsteksiz çocuk muayene edilmemeli.
- Ciddi genital ağrı ya da aşırı genital kanama olmadıkça çocuğun elbiseleri çıkartılmamalı ve genital bölge muayene edilmemeli.
- Çocuk, genital bölgenin muayenesi için uzmana gönderilmeli.

Adli kanıtların toplanması ve kaydedilmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için testler gerekebilir.

Fizik Muayene

Anogenital muayene esastır; muayene bulgularının normal olması istismarı dışlatmaz. Çocukların yalnız %10'unda yaralanma izi vardır. Muayene için istenen pozisyon sırtüstü kurbağa ya da diz- göğüs pozisyonlarıdır. Vajinadan kanama ve/ ya da akıntı, her zaman istismar sonucu değildir. Uretranın prolapsı ya da yabancı cisim açısından bakılmalıdır.

Bakım verenin oluşturduğu yapay belirti/ işaret/ hastalık (Munchausen-by-proxy, MbPS)- Tıbbi çocuk istismarı

Çocuk, anne- baba ya da bakım veren bireyin mental hastalığının kurbanıdır. Çocukta belirti, işaret, hastalık, hastalığın nedeni hakkında bilgiyi inkar eden anne- baba ya da bakıcı tarafından uydurulur, abartılır, oluşturulur ve bu durum tekrarlar. Genellikle Anne tarafından çocukta hastalık simüle edilir. Çocuk, sık sık tıbbi değerlendirme ve bakım için getirilir ve birçok işlemle karşılaşır. Çocuk, bakım verenden ayrıldığında belirtiler azalmaya başlar /ortadan kalkar. Bu durumda çocuk, anne-baba/ bakıcı ile yalnız bırakılmamalıdır.

Önemli İşaretler

- Belli bir açıklama olmaksızın tekrarlayan ciddi hastalık, uygun tedavilere yanıt alınamaması
- Başkaları tarafından gözlenmemiş olan ve kanıtlanamayan belirtiler
- Tıbbi ya da aile öyküsünün bir kısmının uydurulduğunun belirlenmesi
- Çocuğun kardeşlerinde açıklanamayan hastalık ya da ölüm
- Çocuk çok hasta olduğunda bakım verenin alışılmadık biçimde soğukkanlı olması
- Anne, vb bakım verende Munchausen Sendromu öyküsünün varlığı

Çocuk bakımını sağlayan bireyin uydurduğu, abarttığı, oluşturduğu yapay belirtiler ve işaretlerle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ya da çocuk sağlığı izlem polikliniklerinde de karşılaşılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Etkilenen çocuklar düzenli izlenmelidir, aile dinamikleri incelenmeli, annelere ve ailelere ruhsal ve sosyal destek sağlanabilmelidir.

Duygusal İstismar

Tüm istismar türlerinin bir parçasıdır. Çocuğun gelişimini ve sosyal becerilerini olumsuz etkiler. Olguların çoğu hafiftir; fakat, erken tanı önemlidir. Bilinçli yapılmaz.

- Çocuğu gözardı etme
- Çocuğun gereksinimlerini ve isteklerini reddetme
- Çocuğu izole etme
- Sözel saldırıda bulunma(örn: ad takma, sert biçimde tehdit/ gözdağı)
- Yıkıcı, antisosyal davranışı teşvik etme
- Çocuğu aşağılama

5. Korunma

Bireysel önleme, istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi ve izlemine içerir. İstismara uğrayanların etkin tedavisi, bu çocukların erişkin dönemlerinde istismar uygulama risklerini azaltacaktır. İstismar edenlerin yalnız cezalandırılmaları değil, tedavi ve rehabilite edilmeleri de gerekir. Toplumsal önleme, riskli grupların saptanmasına yönelik olmalıdır. Evsizlik, işsizlik, madde bağımlılığı, alkolizm, aile içi şiddet, ailede psikiyatrik hastalık, çocuk istismarına yol açan risk etkenlerinin başlıcalarıdır. Evrensel önleme, tüm çocukları kapsamaya yönelik olarak gerçekleştirilebilir. Bu koruma biçiminde düzenli sağlık bakımı, anne- baba eğitimi, ev ziyaretleri, doğurganlığın düzenlenmesi, yoksulluk ve işsizlik ile savaşımla önem kazanır.

6. Tedavi

Hekimlerin, istismar ya da ihmalden şüphelenilen vakaları, başta çocuk koruma servisleri ve bölge polisi olmak üzere uygun kurumlara bildirmeleri yasal ve etik bir zorunluluktur.

İstismar/ İhmalin Bildirilmesi: Makul bir neden varsa bildirim yapılmalıdır. Kanıt gerekli değildir.

Makul Neden: Eğitim ve deneyim yoluyla ya da fiziksel kanıt gözlemlendiğinde/ tanımlandığında sağlık çalışanı, ihmalin ya da kaza dışındaki araçların yaralanma nedeni olabileceğini farkeder hale gelir.

Devam eden yaralanmaların tedavisi, bir çok olguda çocuğun hastanede yatırılarak korunması gerekir.

7. Çıkarımlar

- Çocuk istismarı/ ihmali, hekim yüksek düzeyde şüpheye sahip olduğunda ortaya çıkarılabilir ve tanı konabilir.
- Hekimlerin, istismar ya da ihmalden şüphelenilen vakaları bildirmeleri yasal ve etik bir zorunluluktur.
- Çocuk istismarı/ ihmali vakalarına bütüncül yaklaşım ve disiplinlerarası işbirliği önemlidir.
- Vakalar, eğitilmiş ve alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından, örselenmeden özel bir birimde muayene edilmeli, 'çocuk/adolesan dostu muayene - değerlendirme yöntemleri' uygulanmalıdır.
- Bireysel önleme, istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi, izlem ve rehabilitasyonunu kapsar. Toplumsal önleme, riskli grupların belirlenmesine yönelik olmalıdır. Evrensel önlemede ise düzenli sağlık bakımı, anne- baba eğitimi, ev ziyaretleri, doğurganlığın düzenlenmesi, yoksulluk ve işsizlik ile savaşım önem kazanır.
- Çocuk istismarı ve ihmali konusunda anahtar role sahip olan hekimlerin başta mezuniyet öncesi olmak üzere mezuniyet sonrası eğitimlerinde çocuk istismarı ve ihmali konusuna gereken önem verilmelidir.

Başlıca kaynaklar

Bilir Ş, Arı M, Dönme N ve ark. 4-12 yaşları arasında 16,100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk istismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Ankara: Gözde Repro Ofset; 1991:45-53.

UNICEF, Adli Tıp Kurumu(Düzenleyen: Prof. Dr. Ali Yemişçigil). Çocuk İstismarı ve İhmali. İstanbul: Özgün Ofset, 2003.

Simsek Orhon F, Ulukol B, Bingöler B, [Baskan Gulnar S. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices.](#) Child Abuse & Neglect 2006; 30: 1081-92.

Uğur Baysal S. İhmal- İstismar ve Çocuk. Tüzün DÜ, Hergüner S(Ed). 'Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım' kitabı içinde. İstanbul: Epsilon Yayıncılık, 2007: 479-498.

Uğur Baysal S, Akçay Ş. Child abuse and neglect: Knowledge, experiences, attitude of residents in pediatrics and trauma units. APPCAN 2009, 15- 18 November, Perth, Australia. Final Program and Abstract Book. P.86.

Agirtan CA, et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference! Child Abuse & Neglect 2009; 33: 247–255.

Coombs CM, Stevens Kirk A, McMillan JA. Oski's Pediatric Certification and Recertification Board Review. Philadelphia: LW&W, 2011:112-113; 301-312.

[Gunlaugsson G](#), Einarsdóttir J. Experience of Icelandic adults of corporal punishment and abuse in childhood. [Laeknabladid](#) 2013; 99: 235-9.

Sözen MŞ, Arıcan N, Uğur Baysal S. Adli Tıp. Devocioğlu Ö, Çıtak A(Ed)'Pediatrie Rutinler' içinde. 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 839-858.

Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, Halıcioğlu O, Akşit S. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. (Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey). *Türk Ped Arş* 2014; 49: 47-56.

Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanlar ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. (Comparison of the levels of knowledge and approaches in relation with child abuse and neglect in residents of pediatrics, pediatricians and practitioners working in the province of Ankara). *Türk Ped Arş* 2014; 49: 57-65.

WHO Regional Office for Europe. Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey study report- 2013. Editors: Ulukol B, Kahiloğulları AK, Sethi D. Copenhagen: World Health Organization 2014.

Gündem Çocuk Derneği, Çocuk Hakları Merkezi. Türkiye'de Çocuğun Yaşam Hakkı 2014 Raporu. Ankara, 2015.

Tablo 1. İstismar ve ihmal vakalarında özellikler

Çocuk	Aile
Prematürite	Ev içi şiddet
Doğumsal anomali, engel	Alkol, madde bağımlılığı
Sürekli ağlama gibi belirli	Anne-baba çok genç
Davranışların tekrarı	Anne-babanın beklentileri uygun değil
	Sosyal izolasyon
	Çocukken istismara uğramış

Tablo 2. İstismar Kuşkusunu Oluşturan Durumlar

- Ailenin sağlık kurumuna geç başvurması ve gecikme nedenini açıklayamaması.
- Öyküde çelişkilerin varlığı, öyküyü sonradan değiştirme, anne-babadan ayrı ayrı alınan öykülerin farklı olması, öykünün çocuğun yaşına ve gelişme durumuna uymaması, öykü ile bulguların oluşum mekanizması arasındaki çelişki, birden fazla şüpheli travma öyküsü, ana- babanın çocukluklarında istismar öyküsünün varlığı.
- Anne- babada/ bakıcıda düşmanca davranışlar.
- Lezyonların farklı zamanlarda olması.
- Aile tarafından kardeşinin, bir yabancıнын, çocuğun suçlanması.
- Çocuğun anne- babayı suçlaması.
- Anne- babanın çocuktan beklentilerinin gerçekçi olmaması.

Tablo 3. Çürüklerin yeri ve nedeni arasındaki ilişki

Oluşturulmuş	İstemsiz
Üstkollar	Bacak ön yüzleri, dizler
Gövde	Kemik çıkıntıları
Uyluk ön yüzleri	Önkollar
Yüzün bölümleri	Alın
Kulaklar ve boyun	Çene altı
Genital bölgeler, kalçalar	

Çocuk istismarı/ ihmali düşünülen vaka

Çocuk İstismarı Şüphesi= Bildirim

(Çocuk Koruma Birimi, Sosyal Hizmetler, Çocuk Polisi, Savcılık)

Çocuk ve Ergen Ruh Sağ. ← Konsültasyonlar → Adli Tıp Uzmanı, vb

Tanı

Çocuk Polisi

Adli Rapor

Cumhuriyet Savcısı

Hukuksal Süreç

Medeni yargılama
Aile içinde koruyucu önlemler
Diğer: Kurum bakımı, eğitim, tedavi

Ceza yargılaması

Çizim 1. Çocuk İstismarı- İş Akış Şeması

GELİŞİMİN İZLENMESİ

Prof. Dr. Elif N. Özmert

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri & Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı

Gelişim, motor, dil, bilişsel, sosyal, duygusal, davranışsal alanların tümünde işlevlerin artmasıdır. Bu artış genetik ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile oluşmaktadır. Günümüzde bebek ölümleri ve enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde elde edilen başarılar sonucu kronik hastalıklar ve gelişimsel sorunlar çocuk sağlığında daha da önemli bir yer tutar olmuştur. Ne yazık ki Dünya’da halen düşük ve orta gelirli ülkelerde 200 milyon çocuğun gelişimsel potansiyeline ulaşamadığı belirtilmektedir. Bu ülkelerde, uyarıcı eksikliği, iyot ve demir eksikliği, IUBG, annenin depresyonu, kurum bakımı, şiddet, istismar, ihmal, çevresel toksinler, sıtma/HIV gibi enfeksiyonlar ve yoksulluk en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır. Gelişimsel risklerin saptanarak en kısa sürede önlem alınması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonun başlanması, erken yaşlardaki beyin plastisitesi nedeni ile en iyi sonucu vermektedir. Bu nedenle “çocuk sağlığı izlem” alanlarından ve amaçlarından biri de gelişimin izlenmesi ve değerlendirilmesi ile çocuğun gelişimsel potansiyelini gerçekleştirmesini sağlamaktır.

Bu konuşmada erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesinde, temel gelişim kuramları, riskler, klinik uygulama sırasında yaklaşım ilkeleri, gelişimin taranması ve aile merkezli önleme ve uygulamalar üzerinde durulacaktır.

TAMAMLAYICI BESLENME

Prof.Dr. Selda Bülbül

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı Başkanı

Yıllar süren tartışmalar sonucunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bebeklerin 6. Aya kadar sadece anne sütü alması gerektiğini resmi olarak 2002 yılında küresel halk sağlığı önerisi olarak yayınladı (1). Ancak 2008 yılında Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGAN) beslenme komitesi bebeklere 17. Haftaya Anne sütü dışında başka hiçbir gıda verilmemesi gerektiğini, ve tüm bebeklerin 26. Haftaya geldiğinde mutlak tamamlayıcı beslenmeye geçmesi gerektiğini bildirdi (2). Altı ay anne sütü politikasını delen bu bildiriye İspanya Pediatri Derneğinin bloğunda yayınlanan bir yazı dışında DSÖ ve diğer profesyonel dernekler tarafından herhangi bir itiraz da gelmedi (3). 2011 yılında DSÖ Beslenme Komitesi BMJ da yayınlanan bir derleme yazıda tekrar 6. Aya kadar sadece anne sütü politikasını vurguladı (4). Adriano Cattaneo ve arkadaşları ESPGAN önerilerinin yerinde olduğunu gösterir kuvvetli kanıtlar olmadığını öne sürerek DSÖ “6. Aya kadar sadece anne sütü verilmeli” önerisine riayet edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (3). Anlaşılacağı üzere tamamlayıcı beslenmeye geçişin zamanı ve nasıl başlanacağı henüz üzerinde bu alanda çalışan uzmanların karar birliğine vardığı bir konu değildir. Bu yazıda tamamlayıcı beslenmenin ana unsurları (başlama zamanı, ne verileceği, nasıl verileceği ve besin güvenliği gb) tartışılacaktır.

Tamamlayıcı Beslenme Başlama Zamanı

Tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanını bebeğin gelişimsel özellikleri belirler. Ancak ne verileceği sorusunun cevabını besinsel faktörler oluşturur ve buna göre tamamlayıcı beslenme önerileri oluşturulur. Tamamlayıcı beslenme gıdalarının bebeğe verilmeye başlanması bebeğin besini kabulü, sindirebilmesi ve güvenle alımına bağlıdır. Anahtar Faktörler: sindirim ve emilim, nöromuskuler gelişim, tat ve besinin kabulüdür. Besin Seçimini etkileyen faktörler ise; bulunabilirlik, fiyatı, tadı, besin değeri, satış pazarlama teknikleri, çocuğun sağlık durumu ve beslenmeye aile tarafından verilen önemdir.

Bebeğin Anne sütü dışında tamamlayıcı gıdaları alabilmesi için bedeninde oluşan gelişimsel değişimler aşağıda verilmiştir;

- Oral kavite büyür ve dil ağız içinde daha az yer kaplar
- Dil oral kavite içinde daha fazla hareket yeteneği geliştirir
- 3-7. aylarda yutma dil ortasından arkaya doğru hareket eder
- Uzatılmış dil katı besinleri dişlerin arasından alabilir ve çiğnemek için de dişler patlamaya başlamıştır
- Beslenme dudaklar, dil, diş etleri ve dişlerin ayrı ayrı hareketleri ile olgunlaşmaya başlar

Bebeğin tamamlayıcı beslenmeye geçişe hazır olduğunu gösteren bazı gelişim basamakları vardır.....

- Tek başına veya destekle oturur
- Başını dik tutabilir
- Besinin geldiğini görünce ağızını açar
- Kaşığı almak için dilini aşağıda ve düz tutar
- Kaşık üstünden ağızını kapatır ve kaşık ağızdan çıkarılırken yiyeceği ağızına alır
- Yiyeceği ağızında tutabilir ve yanaklara doğru iletmektense yutar
- 4-6. aya kadar dil ağza giren katı gıdayı dışa iter, bu aylarda ise bu refleks kaybolur

Aslında tamamlayıcı beslenme dönemi, tek besinden çeşitliliğe geçiş dönemi olarak da bebeğin hayatında önemli bir dönüm noktasıdır. Bu değişimlerle birlikte bebeğin beslenme karakterinin değişmesi bebeğe farklı kazanılarda sağlar; beslenme ile enerjisini almak yanında, büyütür, öğrenmesini kolaylaştırır, gelişim basamakları desteklenir, ilişki kurmasını, duygulanım ve mizaç geliştirmesini sağlar (5). 4-6. aya kadar dil ağza giren katı gıdayı dışa iter, bu aylarda ise bu refleks kaybolur. Bu aslında en hareketli olduğu dönemde bebeği doğada erişkin kontrolünün olmadığı durumlarda zehirlenmelerden korumak amacıyla kazanılmış bir davranış biçimidir.

Erken katı gıdaya başlamak geç dönem obezite için önemli faktörlerden birisidir. Ne yazık ki altıncı aydan önce başlamak ise hemen tüm Avrupa ülkelerinde sık karşılaşılan bir durumdur ve sonucunda da Avrupa'da çocukluk çağı obezitesi 1-2 yaş grubu bebeklerde %7-34 sıklıktadır (6). Anneler tarafından erken ek gıdaya başlamanın nedeni olarak en sık gösterilen gerekçeler; a) çocuğun sadece süt ile tatmin olmadığını düşünmek, b) gece boyunca bebeklerin uyuyor olmaması.

Besin Seçimi

Besinin Sosyolojisi olarak nitelendirebileceğimiz açlık, sosyal statü, sosyal kurallar ve normlar, din/gelenek ve beslenme/sağlık ilişkili faktörler gıda seçimini, beslenme davranışını ve besini kabulü etkiler (5).

Bebeğin besini kabulünde tat duygusu gelişimi de önemli rol oynar. Tatlı duygusu doğumdan 4. aya kadar alınabilir, erken dönemde tatlı duygusu ile tanışan bebek ileri dönemlerde de bu tadı çok fazla isteyebilir. Bu nedenle kazein hidrolizatlı formüller tadı çok güzel olmadığı için 2. ayda tanıştırılmalıdır, 7. ay çok geç olabilir, bebek daha sonra bu tadı kabul etmek istemeyebilir. 4. – 6. aylar arası yeni tatlara alışmak için pencere dönemidir ve meyve/tahılların bebeğe verilmesi için en uygun dönem olarak düşünülebilir. 6. – 12. aylar arası ise katı gıdalara karşı hassas olduğu dönemdir, bu dönemde tuzlu gıdalar bebeğe tanıştırılabilir (5).

Bebekler beslenme şemasını 1-2 yaşlarında besini deneyerek, 3-4 yaşlarında pozitif akran modelleme ve bebeklikten itibaren de negatif akran modelleme ile oluştururlar. Besin tercihini ise annenin gebelik sırasında yemiş oldukları, ilk 6 ay beslenme şekli (Örn: Anne sütü alan bebekler formula alanlara göre sebzelere daha fazla ilgi gösterirler), erken dönemde tadını almış olmak, ilk iki yılda bebeğe verilen gıdalar belirler. Bir besini bebeğe kabul ettirmek için çeşitlilik (besin çeşitliliği, tat çeşitliliği, biçim çeşitliliği gb) ve bebeğin aşına olmadığı besin maddelerini tekrar tekrar bebeğe sunmak (en az 10 kez) gerekir.

Tamamlayıcı Beslenmenin farklı tanımları bulunmaktadır;

- “Anne sütünün yerine geçen ve anne sütü alımını azaltan herhangi bir enerji içeren besin maddesi” (AAP)
- “Tamamlayıcı beslenmeye geçiş sırasında anne sütü dışında bebeğe verilen besin ögesi içeren herhangi bir gıda veya sıvı[when] anne sütü ile beraber verilen diğer gıda ve sıvılar(DSÖ)
- “Hayatın ilk 12 ay içerisinde anne sütü ve/veya formula dışında bebeğe verilen her hangi bir besin ya da sıvı” (Healthy Start Guidelines)

6. aydan sonra anne sütü bebeğin besin gereksinimlerini karşılayamaz. Anne sütü alan bebeklerde günlük referans değerleri karşılayacak D vitamini, demir, çinko, vitamin B6, niasin, vitamin E ve diğer mikronutrientleri karşılamak üzere desteklenmesi gerekir. 2002 yılından beri DSÖ ve Sağlık Profesyonelleri 6 ay sadece anne sütü ve devamında anne sütü ile beraber tamamlayıcı beslenmenin başlanması gerektiğini optimal bebek beslenmesi olarak nitelendiriyor (1).

Tamamlayıcı Beslenme Döneminde Hangi Besinlerle Başlayalım?

Emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda veya bebeğin süttten kesildikten sonraki yaşamında yeterli bir alternatif beslenme zorunlu hale gelmektedir. Fizyolojik ve besinsel açıdan dengeli bir salğıdır, yeni doğan canlıların her türlü ihtiyaçlarına uygun bir besindir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre (2010), Türkiye genelinde çocuklar ortalama 8.4 aylık olduklarında %54.6'sına inek sütü verilmeye başlanmıştır. İnek sütü verilen çocukların oranı en düşük Doğu Karadeniz bölgesinde (%40.3), en yüksek İstanbul (%59.9) ve Doğu Marmara bölgesindedir (%59.8). Tamamlayıcı besin olarak yoğurt ortalama 6.7'inci ayda başlanmıştır ve genelde peynire başlama zamanı ise 8.6 aydır (7).

Yoğurt *Lactobacillus bulgaricus* ve *Streptococcus thermophilus* ile fermente edilmiş bir süt ürünüdür. Yoğurdun besleyici değeri yapıldığı sütü yansıtır ancak yoğurttaki protein ve karbohidrat daha kolay sindirilir, büyümeyi artırır. Bitkisel kaynaklı beslenmeye süt ve/veya yoğurt eklenirse çinko emilimi artar. Bitkisel ürünlerin içerdiği fitik asit, fitat, polifenoller, oksalat ve lifler çinko başta olmak üzere minerallerin emilimini engeller (8).

Soya, fıstık, tahıllar, pirinç, yulaf, mısırdan bulunan fitat çinko ile bağlanarak GI sistemden emilimini engeller. Yoğurtta bulunan laktik asit fitat yıkımını (degradasyonu) artırdığı için diyetle olması çinko emilimini artırıyor. Yoğurttaki proteinler *Streptococcus thermophilus* ile ilişkili olarak büyüme uyarıcı faktöre bağlanır. Yoğurttaki büyüme faktörü β-galaktosidaz sindirilmemiş laktoz miktarını barsaklarda azaltır. Süttteki laktoz miktarının azaltılmasıyla da hayvanlarda büyümenin arttığı gösterilmiştir (9).

Peynir yapımından sonra laktoz ilk 10 gün içerisinde laktik aside dönüşmektedir. Taze tüketilen, yani nem oranı yüksek peynirlerin laktik asit içeriği fazladır (% 2-3 civarında). Sert peynirlerin laktik asit içeriğinin bir bölümü kalsiyum laktat halinde kalır. Yumuşak peynirlerin laktik asit içeriği de özellikle yüzeysel küfler tarafından tüketilmekte ve ileri olgunlaşmada tümüyle yok olmaktadır.

Bebek beslenmesinde peynir pastörize süttten yapılmış ve tuzsuz olması koşuluyla, 9. ayda küçük miktarlarda kullanılabilir. Kaşar peynirde beyaz peynire göre daha fazla protein ve kalsiyum vardır (10).

30 gr peynir =200 cc süt

Yumurta, vücutta en iyi şekilde kullanılan yüksek kaliteli protein içerir. Vitaminler ve mineraller, karotenoidler, kolin yönünden zengindir, glisemik indeksi düşüktür, kolay ulaşılabilir ve güvenilirdir.

Organizmanın madensel tuz ve vitamin ihtiyacını karşılar, yapısındaki B vitamin bileşikleri sayesinde sinir sistemini düzenler, zihin yorgunluklarını

giderir, kasları güçlendirir, yenilen besinlerin sindirilmesini kolaylaştırır, şekerin bir an önce kana karışmasını sağlar, gözdeki retina tabakasını güçlendirir, dokuları besler, kemikleri geliştirir, çocukların büyümesini ve gelişmesini kolaylaştırır (11).

Diyette bulunan 3 önemli besin önemli miktarda DHA içerir; yumurta sarısı, tavuk ve yağlı balık. Büyük yumurta sarısı tavuğun beslenme durumuna göre 25- 140 mg DHA içerir. 6 – 9. aylarda anne sütü (50 mg), yumurta sarısı ve diğer ek gıdaları (83 mg) alan bir bebek günde yaklaşık 133 mg/gün DHA, 9 – 12. aylarda ise ek gıdalardan ortalama 83 mg/gün DHA alır. Tavuk eti az miktarda DHA, 100 gr tavuk eti yaklaşık 7 mg DHA içerir. Tavuk erişkinler için iyi bir DHA kaynağı olsa da bebekler için zayıf bir kaynaktır. Haftada 4 adet zenginleştirilmiş yumurta sarısı yiyen bir bebekte 12. ayda eritrositlerde DHA düzeylerinde anlamlı artış olmuştur (12). Bu bebeklerde aynı zamanda demir düzeylerinde ve transferrin saturasyonlarında da anlamlı yükselik saptanmış.

Belirli besinlerin veya besin gruplarının bebek tarafından alınan miktarıyla total besin değeri 1980'lerden beri incelenmektedir. Bachter ve Nichols besinler için "besin öğelerinden zengin" kavramı yerine "önemlidir" kavramını getirmiştir (13). Bir besinin önemi içindeki besin öğelerinin konsantrasyonundan ziyade ne sıklıkla tüketildiği ile doğru orantılıdır. Örneğin, mayalı ekmekler aslında iyi bir kalsiyum kaynağı değildir, ancak çok sık tüketildiği için toplam günlük kalsiyum ihtiyacının %9'unu karşılamaktadır. Aksine karaciğer ve sakatat A vitamini için çok iyi bir besindir ancak çok nadir tüketildiği için günlük ihtiyacın sadece %5'ine katkıda bulunabilmektedir.

Beslenme yaşamın her döneminde önemlidir. Büyümenin en hızlı olduğu evrelerden bebeklik döneminde beslenme ayrı bir önem taşımaktadır. Doğumdan iki yaşın sonuna kadar devam eden dönem, çocuklarda büyüme-gelişiminin en hızlı olduğu yaşama sağlıklı başlangıç için en kritik dönemdir. Büyümenin en hızlı olduğu bu dönemde oluşan büyüme geriliğinin iki yaş sonrasında düzeltilmesi oldukça güçtür. Bu nedenle, süt çocuğu ve küçük çocukların beslenmesiyle ilgili alışkanlıkların bu dönemde kazandırılması ve annelerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR;

- 1) WHO (2002) Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. *WHO: Geneva.*
- 2) Agostoni C., Decsi T., Fewtrell M., Goulet O., Kolacek S., Koletzko B. *et al.* (2008) Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 46, 99–110.
- 3) Cattaneo A, Williams C, Pallás-Alonso CR, Hernández-Aguilar MT, Lasarte-Velillas JJ, Landa-Rivera L, Rouw E, Pina M, Volta A, Oudesluys-Murphy AM. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Matern Child Nutr.* 2011 Oct;7(4):335-43. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00363.x.
- 4) Scientific Advisory Committee on Nutrition & Committee on Toxicity (2011) Joint Statement: Timing of Introduction of Gluten into the Infant Diet. SACN: London.
- 5) Nicklaus S. Children's acceptance of new foods at weaning. Role of practices of weaning and of food sensory properties. *Appetite.* 2011 Dec;57(3):812-5. doi: 10.1016/j.appet.2011.05.321. Epub 2011 May 27.
- 6) Synnott K, Bogue J, Edwards CA, Scott JA, Higgins S, Norin E, Frias D, Amarri S, Adam R. Parental perceptions of feeding practices in five European countries: an exploratory study. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Aug;61(8):946-56. Epub 2007 Jan 17.
- 7) .TSBAraştırması, 2010
- 8) Krebs NF, Westcott JE, Culbertson DL, Sian L, Miller LV, Hambidge KM.: Comparison of complementary feeding strategies to meet zinc requirements of older breastfed infants. *Am J Clin Nutr.* 2012 Jul;96(1):30-5. doi: 10.3945/ajcn.112.036046. Epub 2012 May 30.
- 9) Gaetke LM, McClain CJ, Toleman CJ, Stuart MA. Yogurt protects against growth retardation in weanling rats fed diets high in phytic acid. *J Nutr Biochem.* 2010 Feb;21(2):147-52. doi: 10.1016/j.jnutbio.2008.12.005. Epub 2009 Mar 9.

Songisepp E, Hütt P, Rätsep M, Shkut E, Kõljalg S, Truusalu K, Stsepetova J, Smidt I, Kolk H, Zagura M, Mikelsaar M. Safety of a probiotic cheese containing *Lactobacillus plantarum* Tensia according to a variety of health indices in different age groups. J Dairy Sci. 2012 Oct;95(10):5495-509. doi: 10.3168/jds.2011-4756. Epub 2012 Aug 3.

- 10) Makrides M, Hawkes JS, Neumann MA, Gibson RA. Nutritional effect of including egg yolk in the weaning diet of breast-fed and formula-fed infants: a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2002 Jun;75(6):1084-92.
- 11) Zou X, Huang J, Jin Q, Guo Z, Liu Y, Cheong L, Xu X, Wang X. Lipid composition analysis of milk fats from different mammalian species: potential for use as human milk fat substitutes. J Agric Food Chem. 2013 Jul 24;61(29):7070-80. doi: 10.1021/jf401452y. Epub 2013 Jul 10.
- 12) Batcher OM, Nichols JM. Identifying important food sources of nutrients. J Nutr Educ. 1984;16:177-181.

ÇOCUK HAKLARI VE KLİNİK UYGULAMALARI *Child Rights and Its- Clinical Implications*

Dr.Tony Waterston

Newcastle University Institute of Health & Society

1. Why is child rights relevant to well child care?
Protection – Provision – Participation
These concepts apply to -
The protection of children from harm
The provision of health care, education, screening and immunisation
The participation of the child in the process of well child care
A revolutionary concept now endorsed by most countries in the world
2. Which parts of the UNCRC are especially relevant to well child care?
Brief description of the Convention and following articles:
Article 5 Evolving capacities
Article 6 survival and development
Article 12 Expression of views
Article 13 Freedom of expression
Article 16 respect for privacy
Article 17 Access to information
Article 19 Protection from violence
Article 22 Protection of refugees
Article 23 disabled children
Article 24 Health and health care
Article 27 Standard of living
Article 28 Education
Article 32 Protection from economic exploitation
3. Some examples of the application of child rights to well child care
Communication with the child, provision of information
Protection from violence: discipline and positive parenting
Prevention of obesity: societal factors
4. What we need to do to ensure that the CRC becomes fundamental to our practice in child health care:
Understand how it applies in the clinic and outside
Use it every day of our lives
Teach it to our colleagues and trainees in all disciplines

ÇOCUK SAĞLIĞINDA EŞİTLİĞİN SAĞLANMASI

Promoting Child Health Equity in Well Child Care Visits

Dr. Jeffrey Goldhagen

M.D. MPH University of Florida College of Medicine

The evidence-base for the impact of social and environmental determinants on children's health and well-being is profound. Several decades of research in social epidemiology and the life course sciences—child development, epigenetics, developmental neurology and endocrinology, early brain development—provide the epidemiology and science required to transform the practice of pediatrics to one that is responsive to these social and environmental determinants. What remains, as the challenge to us all, is how to translate this epidemiology and science into the practice of community pediatrics. The principles, standards and norms of child rights, health equity and social justice provide the foundation and framework to so.

The 40 minutes we have today is hardly enough time to fully prepare you to use the elements of child rights, social justice and health equity in your practice. What we will do today is introduce the steps toward transforming our approach to child health—10 critical steps. The intent is to provide an overview of a structured approach to a rights-based practice of pediatrics and child health—an approach that will help pediatricians respond to the social and environmental determinants of health. New resources will be available in the near future to provide pediatricians with the strategies and tools to translate these principles into practice.

Step 1. Identify ourselves as Child Advocates.

It is critically important to move beyond our role as biomedical practitioners focused on *health*, to self-identify and function as child advocates responsible for the well-being of our patients and all children.

Step 2. As Child Advocates we must work in the domains of clinical practice, health systems development and the generation of health policy.

As advocates, in order to achieve optimal health and well-being for every child, and Health Equity for all children, we need to work simultaneously in all domains of pediatrics—in the care of children, in the community through the development of health systems and with public and private sector decision-makers through the generation of public policy.

Step 3. *WHO Definition of Health*

The WHO definition of health provides the context for pursuing a holistic approach to child health that addresses the biomedical, social and environmental determinants of health.

Step 4. *Understand the definitions of Child Rights, Social Justice and Health Equity*

Child Rights. Children's rights are human rights specifically adapted to the child that take into account the age-appropriate needs of the child and his/her evolving capacities. They are framed in the context of *Promotion, Protection and Provision* rights. Promotion rights relate to the rights of children to a voice that is respected, to an identity and others that promote dignity and respect for the child. Provision rights ensure children have what they require for optimal survival and development, e.g., food, health care, education, social security, etc. Protection rights relate to children's rights to be protected against labor, exploitation, juvenile justice systems, and ill-treatment, etc.

Health Equity. *Equity* is the absence of avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically, or geographically.

Social Justice. How we choose to allocate resources.

Step 5. *Define the NEEDS required to ensure optimal health outcomes for individual children and health equity for all children.*

It's the role of pediatricians and child health professionals to identify and respond to the needs of children that have an impact on child health. Knowledge of social epidemiology and life course health development, highlight the requirements for child health practitioners to address all of the needs of children—biological, social and environmental.

Step 6. *Move from children's NEEDS to Child Rights*

Principles, standards and norms of child rights are grounded in the UN Convention on the Rights of the Child and associated General Comments and Optional Protocols. The 40 substantive articles of the CRC define the rights of children, that if fulfilled, will ensure that all of their needs will be met, and optimal health, well-being and equity attained. All rights are interdependent and indivisible—thus all must be considered when addressing children's health and well-being.

Step 8. Orient ourselves to the 5 forms of human capital.

As presented in the American Academy of Pediatrics' policy statement, Human Capital is conceptualized as: 1) Social, 2) Financial, 3) Educational, 4) Environmental, and 5) Personal capital. Investing in these five forms of human capital for children will deliver a return on investment measured in the currency of health, well-being and equity.

Step 9. Categorize Rights in the context of these 5 forms of Human Capital.

Now that we have our Needs reframed as Rights, the next step is to categorize these rights within the framework of the 5 domains Human Capital

Step 10. Structure our well-child visit using the 5 forms of Human Capital.

The framework now exists to restructure our practice of pediatrics and child health, using a rights-based approach, by addressing the 5 forms of human capital as child advocates working in the domains of clinical medicine, health systems development and the generation of health policy.

It is imperative that pediatricians take the lead in responding to the social and environmental determinants of health. A rights-based approach to child health, that engages the principles, standards and norms of child rights, health equity and social justice, provides us the strategies and tools to do so. The health and well-being of our children and families, and the relevance of pediatrics to the needs of our patients, demand that we do so.

SAĞLAM ÇOCUK İZLEMİNDE BEKLENTİSEL REHBERLİK

Dr. John Eastwood

UNSW Australia Medicine Women's & Children's Health

This presentation by Associate Professor John Eastwood, Sydney, Australia will discuss the burden of childhood injury and its prevention with a focus on the role of anticipatory guidance.

Globally childhood injury is the leading cause of death in children aged over 10. In high income countries, such as Australia, childhood injury is the leading cause of death after the first year. The common causes of injury will be discussed, as well as the role of the injury prevention pyramid in considering the morbidity of childhood injury. A comparison of the childhood injuries between Turkey and Australia will be presented.

Effective injury prevention requires a combination of interventions related to: environmental and product factors, enforcement, and education. Education is the least effective intervention but has a role in the context of national and local injury prevention programmes. The risk factors associated with childhood injuries will be discussed, as will the role that development plays in injury across the lifespan. Key principles of injury prevention will be presented including the well-used Haddon Matrix.

Finally, key anticipatory guidance messages for children at different levels of development will be presented using the Unicef Facts for Life and the New Zealand Well Child Programme as example resources.



POSTER BİLDİRLER

PS 1 / ÇOCUĞA YÖNELİK KÖTÜ MUAMELE: İHMAL ve İSTİSMAR

*Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl, *Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan,

** Öğr. Gör. Gamze Temiz

* *Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

** *Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*

Çocuk istismarı ve ihmali; anne, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Dünya Sağlık Örgütü de çocuk istismarını "Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak tanımlamaktadır. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır. Çocuğa yönelik kötü muamele ya da çocuk istismarı insanlık tarihi kadar eski, bir o kadar bilinen ancak ortaya çıkarılmayanları da çok olan, sosyal ve tıbbi bir sorundur. İhmal ve istismarın çocuğa en yakınları tarafından yapıyor olması nedeni ile tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma şeklidir.

Çocuk ihmali, beslenme, barınma, giyim, temizlik, oyun, eğitim, güvenlik ve sağlık hizmetini sağlama görevinin reddedilmesi ya da yerine getirilmemesidir. Çocuğa fiziksel ya da duygusal, bilinçli ve isteyerek zarar verildiği takdirde "aktif ihmal" den, bilgisizlik, olanaksızlık, umursamazlık gibi nedenlerle oluşursa "pasif ihmal" ihmalden söz edilir.

Çocuk istismarına uğrama riski altında olduğu düşünülen bazı durumlar vardır. Bunlar otorite kullanımı, alkol ve/veya madde kullanımı, ebeveyni ayrılmış çocuk, genç yaşta anne olma, sosyal izolasyon, ailenin kalabalık olması, düşük sosyoekonomik düzey, ebeveynlerde psikiyatrik hastalık ve ailede çocukta istismara uğrama öyküsü bulunması gibi faktörlerdir. Bütün bu risk faktörlerine ek olarak çocukları koruyan yasaların yetersiz olması, toplumdaki sosyal eşitsizlikler, savaşlar, silahlanma ve medyadaki şiddet mevcut riski daha da artırmaktadır.

Günümüzde çocuk istismarı ile ilgili süreçteki en önemli gelişme, 1989'da Birleşmiş Milletlerce kabul edilen "Çocuk Hakları Sözleşmesi"dir. Sözleşmenin 19. maddesi, çocuğun bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının, sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir.

Sonuç olarak; Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için hemşire, hekim, sosyal hizmet uzmanı ve psikolojik danışmanlardan oluşan ekipler oluşturularak konuyla ilgili olan kurumlar arasında işbirliği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR;

Bahar G, Savaş H, Bahar A.(2009) Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12.

Güner İ.,Güner S, Şahan M H.(2010) Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar,Van Tıp Dergisi, Cilt:17, Sayı:3 ,

Tıraşçı Y, Gören S. (2007) Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Dergisi, 34(1):70-74

Kara1 B., Biçer Ü., A S Gökalp. (2004) Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47: 140-151

PS 2 / BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ GELİŞİMSEL BAKIM VE SINAKTİF TEORİ

Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan, Araş. Gör. Sema Bayraktar

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Antenatal ve neonatal bakım koşullarında yapılan ventilatör desteği, antenatal steroid kullanımı, surfaktan uygulaması gibi çeşitli yöntemlerin kullanılmasına bağlı olarak, özellikle gelişmiş ülkelerde, prematüre veya çok düşük doğum ağırlığı (ÇDDA) ile doğan bebeklerin yaşam oranları %50'den %85'e yükselmiştir. Metaanaliz çalışmaları incelendiğinde; preterm yenidoğanlar ileriki yıllarda mental retardasyon, öğrenme güçlükleri, düşük IQ düzeyleri, hiperaktivite ve dikkat eksikliği, psikolojik bozukluklar, dil duyuşsal ve sosyal alanda gecikme, görsel-motor entegrasyon sorunları olan çocuklar olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

Büyüyen fetus için 23-40 gebelik haftaları arasında normal ortam uterusdur. Uterus fetus için normal, güvenilir ve çevresi belirlenmiş bir ortam sağlamaktadır.. Fetus karanlık, sulu bir ortam olan uterus içinde hareket edebilmektedir. Dış ortamdaki ses ve gürültüler bebeğe filtreledikten sonra ulaşmaktadır. Annenin hareketleri ve hormonal değişimler fetüse düzenli ve belirli zamanlarda uyarılar sağlamaktadır.

Çok güvenli, sessiz ve stressiz intrauterin ortamda olan preterm yenidoğanlar Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) yaşamak zorunda kalırlar. Preterm yenidoğanlar gelişimsel olarak hazır olmadıkları bir anda YYBÜ'de bir çok tekrarlanan ağırlı işlemlere, parlak ışık, yüksek sese, analjezik uygulamalarına ve ilaç uygulamalarına maruz kalırlar.

Fiziksel çevrenin yenidoğan gelişimindeki etkilerine dair kanıtlar günümüzde artmıştır. Uyku ve biyolojik ritim bozuklukları, kan basıncı ve oksijen saturasyonlarında azalma, periferik konstriksiyon, beslenme ve kilo alımında geçikme YYBÜ'nin yenidoğan üzerine olumsuz etkilerindedir.

Sinaktif teori yenidoğanların davranışsal ve fizyolojik cevaplarının tanımlanmasını ve değerlendirmesini içermektedir. Program bebek ve ailenin bireyselliği ile hemşirenin gözlemi üzerine kurulmuştur. Sinaktif teorinin temelinde; uygun olmayan ya da uygun zamanda gerçekleşmeyen çevresel uyarılara karşı bebeğin kendi kendini savunması yatmaktadır. Bu teoriye göre preterm yenidoğanların iletişim olarak kullandıkları yol davranışlarıdır.

Bu yüzden preterm yenidoğanların yapılan her işlem öncesinde, sırasında ve sonrasında gözlenmesi gerekir. Preterm yenidoğanların intrauterin gelişimini tamamlamamış olmaları nedeniyle dış ortama uyum sağlamada term yenidoğanlardan bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım ve sinaktif teori girişimleriyle desteklenmeye daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: Gelişimsel Bakım, Sinaktif Teori, Hemşire, Yenidoğan

KAYNAKLAR;

1. Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S. Ve Türmen, T . (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 104-109
2. Sarı YH & Çiğdem Z. (2013). Gestasyon Haftalarına Göre Bebeğin Gelişimsel Bakımının Planlanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2013,6 (1), 40-48
3. Sizun F, Westrup B.(2004). *Early developmental care of preterm neonates: a call for more research. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*; 89: 384-9.
4. Legendre V, Burtner PA, Martinez KL, & Crowe TK.(2011).The Evolving Practice of Developmental Care in the Neonatal Unit: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 31(3), 315–338
5. Stephens BE, Vohr BR.(2009). Neurodevelopmental outcome of the premature infant. *Pediatr Clin N Am*, 56, 631-46.
6. Karadaş, G.E. (2010). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Preterm Bebeklere Uygulanacak Terapötik Pozisyonlar Konusunda Farkındalık Düzeyinin Artırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Suzan Yıldız).
7. Westrup B (2007). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) — Family-centered developmentally supportive care. *Early Human Development*, 83, 443–449

PS 3 / ENGELLİ ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR

*Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan, *Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl

**Öğr. Gör. Gamze Temiz

* *Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

***Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*

Engelli, yaralanma ya da fiziksel veya zihinsel bir rahatsızlık nedeniyle bazı hareketleri, duyarları veya işlevleri kısıtlanan kişi olarak tanımlanmıştır. Çocuklar sıklıkla doğuştan olmakla birlikte sonradan da engelli birer birey olabilmektedir. Engelli olma nedenlerinden sırasıyla genetik hastalıklar ve doğum sırasında geçirilen travmalardan sonra annenin hamilelik döneminde geçirmiş olduğu enfeksiyonlar (kızamıkçık, herpes, CMV, toksoplazmoz, frengi, AIDS) veya bireyin bebeklik yada çocukluk yaş grubunda geçirmiş olduğu enfeksiyonlar(menanjitler) üçüncü sırada yer almaktadır.

Engelli çocuklar doğumdan ya da özürlü kaldıkları andan itibaren birçok sorunla karşı karşıya kalırlar. Engelli çocuklarda,

- Nöromusküler hastalıklara bağlı; gastroözefagial reflü veya beslenme sırasında yiyeceklerin aspirasyonu, yutma güçlüğü, sekresyon atılımında güçlük yaşanması, bronkopulmoner displazi, abdominal kas zayıflığına bağlı etkili öksürmenin yapılamaması, immobilité, kontraktür ve skolyoza bağlı olarak akciğer ve göğüs duvarında esnekliğin azalması ve solunum kaslarının yetersiz çalışması sonucu aspirasyon pnömonileri ve tekrarlayan solunum sistemi enfeksiyonları,
- Sürekli ağız açık nefes almaya bağlı farenjit, sinüzit, bronşit, bronşiolit, orta kulak enfeksiyonları
- Kontrolsüz salya akması sonucu maserasyona bağlı sekonder enfeksiyonlar
- Hareket kısıtlılığı ve dolaşım bozukluğu nedeniyle basınç yaraları, ülserasyonlar, ciddi doku hasarları ve bu bölgelerde yara yeri enfeksiyonları,
- İdrar tutamama ve vezikoüretal reflü sonucu idrar yolu enfeksiyonları
- Öz bakımlarının yeterli yapılmamasına ve kötü hijyene bağlı
 - barsak paraziti ve baş biti gibi paraziter enfeksiyonlar
 - gastrointestinal enfeksiyonlar
 - diş çürükleri ve periodontal enfeksiyonlar

- Travma, yaralanma veya ısırıklar sonrası gelişen enfeksiyonlar,
- Cinsel istismara bağlı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
- Eksik veya düzensiz aşılamaya bağlı bulaşıcı hastalıklar
- Aşırı antibiyotik kullanımına bağlı gastroenteritler ve vajinitler ile
- Hastanede uzun süre kalmaya bağlı hastane enfeksiyonları görülmektedir.

Engelli çocuklarda enfeksiyonların önlenmesine yönelik çalışmalar, yeterli eğitim ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasıyla desteklenmelidir. Enfeksiyonların, hastane yatış süresini uzattığı, morbidite ve mortaliteyi arttırdığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu sebeple enfeksiyonların erken tanınması hayati önem taşımaktadır. Diğer taraftan, gereksiz antibiyotik kullanımının maliyeti arttıracığı ve dirençli suşların ortaya çıkmasına sebep olacağı akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR;

1. Tülay Tarsuslu Şimşek ve ark., Serebral Palsili Çocuklarda Beslenme Problemleri ve Büyüme Üzerine Etkisi, Güncel Pediatri 2014;2:73-80
2. Gülen D., Aydın M., Uzun A., Kaya AD., Presence of Rotavirus and Adenovirus Antigens in Children with Gastroenteritis Who Attended the Tekirdağ State Hospital, J Pediatr Inf 2013; 7: 131-5
3. Atambay M., Karaman Ö., Karaman Ü., Aycan Ö., Yoloğlu S., Daldal N., Akşemseddin İştme Engelliler İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Bağırsak Parazitleri ve Baş Biti Görülme Sıklığı, Türkiye Parazitoloji Dergisi, 31 (1): 62-65, 2007
4. Duduran Y., Bodur S., Engellilerin engellilikleri dışındaki sağlık sorunları: karşılaştırmalı bir çalışma, Selçuk Tıp Derg 2009;25 (2):69-77

PS 4 / TÜRKİYE'DEKİ ENGELLİ GERÇEĞİ

Öğr. Gör. Gamze Temiz**, *Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl**,
****Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan**

* *Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*

** *Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Engelliliğin literatürde çok değişik tanımları vardır. Birleşmiş Milletler Sakat Hakları Bildirgesi'nde, "Kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri (bedensel ya da sonradan olma) herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar" engelli olarak tanımlanmaktadır. Engelli bireylerin toplumun önemli bir bölümünü oluşturduğu bilinmektedir.

Ülkemizdeki engelli profilini incelediğimizde, yaşadıkları birçok toplumsal sorunlar nedeniyle, engellilerin toplumla bütünleşme yönünde büyük engel yaşadıkları görülmektedir. Toplumumuzun engelli bireyleri anlamaması, sosyal yaşantı içinde onları fark etmemesi ya da yadırgamaları, engelli bireyin de "nasıl olsa önemsenmiyorum" deyip, kendini toplumdan soyutlamaları çok ciddi iletişim sorunlarını doğurmaktadır. Engellilik sadece bu sorunu yaşayan kişiyi değil, ailesini ve yakın çevresini; ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak etkileyen bir sorundur.

Bu bireylerin önündeki en büyük engeller ise eğitim, ulaşım, fiziksel çevre ve konut sorunudur. Yaşama alanları tasarlanırken, bir toplum modeli ortaya koyarken, içinde yaşanılan fiziksel çevreyi de o toplumun içinde yaşayan herkesi düşünerek tasarlamak gerekir. Yollar, kaldırımlar, kamu binaları, parklar ve bahçeler, okullar, içinde yaşanılan konutlar, ulaşım araçları ve bunun gibi daha birçok fiziksel çevre unsuru, engellilerin topluma katılmasının önünde ciddi birer engel oluşturmaktadır. Ülkemizde engelliler için yeterli eğitim ve rehabilitasyon (mesleki eğitim ve rehabilitasyon dahil) merkezinin bulunmaması da önemli bir sorundur.

Özürlüler İdaresi'nin yaptığı araştırmaya göre, ülkemizde sosyal güvencede olmayan engelli sayısının oldukça fazla olduğu görülmüştür. Büyük çoğunluğu yoksul olan özürlülerin, özellikle tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri için sosyal güvenliğinin olmaması, engellinin durumunu daha da zorlaştırmaktadır.

Tüm toplumlarda, engelli bireyler fiili olarak kötü işlerde çalıştırılmıyor olsalar bile, fiziksel engelleri yüzünden tecrit edilmiş bir şekilde yaşamaya mecbur bırakılarak yaşamın güzelliklerini cam pencerelerin arkasından seyretmeye mahkum edilmektedirler.

Engellilik sağduyu, hak ve adalet meselesidir. Engelli bireyler de eşit davranış, itibar görme, yaşamlarını bağımsız idame ettirme ve toplumun bir parçası olma gibi haklara sahip olmalıdırlar. Bize düşen görev, engelli vatandaşlarımıza bu haklarından faydalanmaları için imkân ve fırsatlar sağlamak olmalıdır.

KAYNAKLAR;

1. Seyyar A (2006). *Özürülere Adanmış Sosyal Politika Yazıları*, Adapazarı..
2. Ataman A (2005). *Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş*, Gündüz Yayınları, Ankara.
3. Hakan Sarı H (2003). *Özel Eğitime Muhtaç Öğrencilerin 106 Tü r k i y e 'd e Engelli Gerçeği*,
4. *Eğitimiyle İlgili Çağdaş Öneriler*, Pegem A Yayınları, Ankara.
5. Karataş K (2002). Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları, Bir Sosyal Politika Yaklaşımı. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, C. 2, S. 2.

<http://e-musiad.org.tr/contentimages/arastirmalaryayin/pdf/>

PS 5 / ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARDA ÖZ-BAKIM BECERİLERİ VE ÖĞRETİMİ

*Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl, **Öğr. Gör. Gamze Temiz,

*Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan

* *Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Bölümü,*
***Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*

Zihinsel engelli çocukların günlük yaşam işlevlerini yerine getirebilmeleri için yetişkinlerin, özellikle de annelerin yardımına gereksinimleri vardır. Bu çocuklarda zekâ geriliğinin yanı sıra gelişme geriliği, konuşma bozukluğu ve uyum zorlukları gibi yetersizliklerin de görülmesi bu çocuklara verilecek hizmetleri oldukça aksatmaktadır.

Öz-bakım becerileri denilen el-yüz yıkama ve kurulama, diş fırçalama, saç tarama, yemek yeme ve su içme, giyinme, soyunma ve tualete gitme gibi günlük yaşam işlevlerini kapsayan becerileri normal çocukların gelişim sürecinde kolaylıkla kazanmalarına karşın, zihinsel engelli çocukların bu işlevleri yerine getirebilmeleri için eğitilmeleri gerekmektedir.

Ülkemizde zihinsel engelli çocuklara eğitim veren kurumların yetersiz sayıda olması, bu kurumlarda çalışan eğitimci ve yardımcı eleman sayısının ve niteliğinin yeterli olmaması, ailelerin özellikle de annenin eğitilerek çocukların bu becerileri kazanmasına katkısını zorunlu hale getirmiştir. Uygun bir eğitim programı ile annelerin çocuklarında istendik davranış değişikliği yaptırılmaları sağlanabilir.

Zihinsel engelli çocukların aile ortamındaki eğitimlerinde en sık kullanılan yöntem “davranışsal yaklaşıma dayalı aile rehberliği”dir. Eğitime başlamadan önce dikkat edilmesi gereken noktalar; günlük eğitim süresi, uygun zaman dilimlerinin seçimi, ev ortamının özellikleri, çocuğun yaşı, zekâ düzeyi, iletişim biçimi, becerilerin basitten karmaşığa doğru sıralanması, küçük basamaklara bölünmesi, her işlevin birkaç kez tekrarlanması ve çocuğun ödüllendirilmesi gibi konulardır. Öz-bakım becerileri kapsamında öğretilecek beceriler, önce eğitimci tarafından çocuk üzerinde uygulanarak anneye gösterilir.

Etkili bir aile eğitiminin gerçekleşmesi için gerekli koşullar ailelerin kendi davranış alışkanlıklarını değiştirmeleri, yapılması gereken değişikliklerin çocukla birlikte yapılması ve davranışta gerçekleştirilen değişikliklerin veya kazandırılan becerilerin sürdürülmesidir.

Özürllü Kanunu'nun 6. maddesinde "Özürllü kişilerin yaşamlarını öncelikle buldukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde bakım yapılması ya da evde bakım hizmeti sunulması esastır" ifadesi yer almaktadır. Evde bakım hizmetlerinde etkin rolü olan hemşirenin, zihinsel engelli çocukların aile ortamındaki eğitimlerinde özellikle annelere yönelik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinde bulunması aileyi ekonomik, sosyal ve psikolojik yönden rahatlatacaktır.

KAYNAKLAR;

Ekici G, Cavlak U (2007). Özürllü çocuğa sahip annelerin psiko-sosyal problemleri ve umutsuzluk düzeyleri. Özveri Dergisi, 4(1): 997-1008

Kahraman İ, Bayat M (2008). Özürllü çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları güçlükler ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri. Özveri Dergisi, 5(1): 1175-1188

Köşgeroğlu, N., Mert Boğa, S. (2011)Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM)'ne Göre Zihinsel Engelli Bireylerin Sorunları ve Hemşirelik Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4,Sayı:1.

Özkubat, U., Töret, T. (2014) Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklara Gündüz Tuvalet Kontrolü Becerisi Öğretiminde Anneleri Tarafından Sunulan Geleneksel Gündüz Tuvalet Kontrolü Öğretimin Etkililiği, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 35 , ss. 61-84

PS 6 / ENGELLİ ÇOCUK VE PALYATİF BAKIM

***Öğr. Gör. Gamze Temiz, **Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan,**
****Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL**

**Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*

*** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Palyatif Bakım; birey merkezli bir bakım yaklaşımı olup, aile içinde ve toplumda gereksinimi olan bireylerin bu ihtiyaçlarını karşılamadır. Palyatif bakım multidisipliner bir bakım hizmeti olup, kronik hastalığın ve tedavisinin ortaya çıkardığı semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla sunulan bir hizmettir. Hastalık tanısı konulduğu anda başlar ve bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam eder. Acıların hafifletilmesini ve semptom kontrolünü içerir. Dini değer ve inançlara, kültüre ve bireyselliğe duyarlı kalarak bireyin fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar.

Toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakım için 'evde bakım, destekleyici bakım' ifadesi de yaygın olarak kullanılmaktadır. Diğer bir deyişle tedaviye yanıt vermeyen kronik bir hastalığı olan, fiziksel bir engeli bulunan, yarı bağımlı ya da tam bağımlı destek gereksinimi olan bireylerin tümünün bakımıdır. Fiziksel semptomların yanı sıra, sosyal, psikolojik ve manevi problemlerin kontrolünün sağlanmasıyla çocuk ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir.

Bakımdaki bu süreklilik hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemekte olup çocuk ve ailenin baş etme yöntemlerini geliştirmektedir. Bakım kapsamına alınan çocuklar ve aileleri tanı, tedavi ve hastalığın ilerleyen evrelerinde değişik ruhsal ve davranışsal tepkiler gösterebilirler. Pek çok hastalığın gelişiminde de bu psikososyal sorunların etkisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle palyatif bakım ekibinde mutlaka ve mutlaka bir psikolog olmalıdır. Bunun yanı sıra sosyal destek uzmanları, fizik tedavi uzmanları, diyetisyenler vb. birçok sağlık çalışanı da bu ekibin vazgeçilmez bir üyesidir.

Özellikle evde bakıma muhtaç olan çocukların ve ailelerinin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesinde, bu ihtiyaçların karşılanmasında palyatif bakım ekibine önemli görevler düşmektedir. Palyatif bakım ekibinde görev alan sağlık çalışanları engeli olan çocuklarımıza ve ailelerine karşılanmamış ihtiyaçlarının giderilmesinde rehber olacak, yasal ve mevzuata dayalı engellerin aşılmasında önderlik edeceklerdir.

KAYNAKLAR

- Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg* 2012; 54: 329-334
- Graham F, Clark D. The changing model of palliative care. *Medicine* 2007; 36: 64-66.
- *American Academy Of Pediatrics Committee On Bioethics And Committee On Hospital Care Palliative Care For Children. Pediatrics, 106, 2, 2000*

World Health Organisation. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 804. 1990. WHO: Geneva.

PS 7 / ÇOCUKLARDA AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

***Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan, **Öğr. Gör. Gamze Temiz,
*Yrd. Doç.Dr. Özlem Işıl**

** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
**Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*

Akılcı antibiyotik kullanımı, hastanın klinik olarak ihtiyacını karşılayacak olan en uygun antibiyotiğin, uygun dozda ve doz aralığında, uygun sürede ve uygun yoldan kullanılması olarak tanımlanmıştır. Antibiyotikler tüm dünyada en sık kullanılan ilaç grubudur. Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi yatan hastalarda en fazla tüketilen ilaçlar arasında antibiyotikler yer almaktadır.

Antibiyotik kullanımı iki şekilde gerçekleşir: Ampirik ve kesin tedavi. Ampirik antibiyotik tedavisine karar vermeden önce ilk soru “Hangi antibiyotiği vermeli?” değil, “Antibiyotik verilmeli mi? olmalıdır. Çalışmalarda antibiyotiklerin %30-65’inin doğru endikasyon ve dozlarda kullanılmadığına dikkat çekilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı çok merkezli bir çalışmada uygunsuz antibiyotik kullanma oranı %45-90 arasında rapor edilirken, ülkemizde uygunsuz antibiyotik kullanım oranı %20-60 arasında bildirilmektedir ve bu durum sıklıkla profilaktik antibiyotik kullanımında olmaktadır. Özellikle profilaktik antibiyotik seçiminde; profilaksi endikasyonunun uygunsuz konulmasından çok seçilen antibiyotiğin uygunsuz olduğu görülmüştür.

Cerrahların daha geniş spektrumlu antibiyotikleri daha uzun süre verme eğilimlerinin etkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış enfeksiyonlarda uygun olmayan antibiyotik kullanma oranı daha önceki çalışmalarda %23.5 oranında bildirilirken, bazı çalışmalar bu oranı çok düşük hatta yüzde sıfır olarak bildirmişlerdir. Literatürde çocukluk yaş grubunda ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Antibiyotiklerin gereksiz ve uygun olmayan kullanımı, hastalarda yan etki sıklığında artışa ve antibakteriyel direncin artmasına bağlı olarak tedavide başarısızlığına neden olmaktadır. Uygunsuz antibiyotiklerin kullanılması daha geniş açıdan bakıldığında hastane bütününde dirençli mikroorganizmaların ortaya çıkmasına, dolayısıyla hem morbidite ve mortalitenin hem de maliyetin artmasına yol açmaktadır.

Sonuç olarak akılcı antibiyotik kullanımı hastane genelinde direnç gelişmesinin yavaşlatılması ve dolayısıyla maliyetin azaltılması için en önemli strateji olmalıdır. Bunun için hastanelerde enfeksiyon kontrol komitesinin bir alt komitesi olan antibiyotik kontrol komitesi önemli rol oynamaktadır. Periyodik olarak yapılacak nokta prevelans çalışmaları hastanenin geneli hakkında bilgi verecek ve hangi konu ve servise daha fazla dikkat edilmesi hakkında yol gösterici olacaktır. Ayrıca hastane yönetimine geri bildirim ve eğitim toplantılarının da akılcı antibiyotik kullanımını destekleyici faktörler olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR;

1. Karahocagil MK.,ve arkadaşları, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Yatan Hastalarda Antibiyotik Kullanımının İncelenmesi, Van Tıp Dergisi: 14 (2):46-51, 2007
2. Devrim İ., ve ark. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesinde Antibiyotik Kullanımına İlişkin Nokta Prevelans Çalışması, Çocuk Enf Derg 2009; 3: 11-3
3. Ünüvar E., Peditride akılcı antibiyotik tedavisi ilkeleri, Türk Ped Arş. 2010; 45: 80. Yıl: 50-2

PS 8 / ÇOCUKLARDA HASTANE ENFEKSİYONLARI

Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan, Araş. Gör. Sema Bayraktar

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Hastane enfeksiyonları(HE), hastanede yatarken kazanılan, enfeksiyöz ajan veya toksinlere bağlı olarak gelişen lokalize veya sistemik hastalıklar olarak nitelendirilir. Hastane enfeksiyonları, hastanede kalış süresinin uzaması, mortalite ve morbiditenin artması, tedavi süresinin uzaması gibi sorunları da beraberinde getirir ve yataklı tedavi kurumlarının hizmet kalitesinin göstergesidir.

Nozokomiyal enfeksiyonlarda hastaya ait faktörler, yapılan invaziv girişimler ve çapraz kontaminasyon enfeksiyon riskini artıran faktörlerdir. Yaşın 1'den küçük olması ve 1 haftadan daha uzun hospitalizasyon nozokomiyal enfeksiyon riskini artırır. Ülkemizde çocukluk yaş grubunda HE ile ilgili az sayıda çalışma mevcuttur ve bunların bir kısmında çocuk ve erişkinler birlikte değerlendirilmiş olup, tanı kriterleri, gereç ve yöntem konularında da eksiklikler dikkati çekmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda pediatrik yoğun bakım ünitelerindeki hastane enfeksiyonu oranları %3-%27 arasında bildirilmiştir.

Erişkin ve pediatrik yaş grubu arasında nozokomiyal enfeksiyonların tipleri açısından fark vardır. Erişkin çalışmalarda üriner sistem enfeksiyonları daha sık rapor edilirken pediatrik çalışmalarda bakteriyemi enfeksiyonları daha sık bildirilmiştir. Çalışmalarda pediatrik nozokomiyal enfeksiyonlarla yaş arasında ters bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Avrupa ülkelerinde son yıllarda yapılan prevalans çalışmalarında ÇYBÜ'deki enfeksiyon oranlarının %3-27 arasında değiştiği belirtilmiş, özellikle 2 yaş altındaki çocukların, en yüksek hastane enfeksiyon oranlarına (%25) sahip olduğu ifade edilmiştir. Birçok çalışmada hastaların çoğunun hastaneye yatışlarının 2. haftasından sonra HE tanısı aldıkları görülmekte iken Türkiye'de yapılmış pekçok çalışmada HE'nun ne zaman geliştiği ve ortalama yatış süresi konusunda bir veriye rastlanmamıştır.

Hastalara bakım sırasında iki farklı hasta bakımı arasında, hijyenik el yıkamanın enfeksiyon kontrolünde önemli bir etken olduğu unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda sağlık personelinin el yıkama protokollerine uyumsuzluğu bilgi ve motivasyon eksikliğine bağlanmakta, iş yükü fazlalığı, altyapıdaki el yıkama ve kurulama ajanlarındaki eksikliğin sorunu daha da artırdığı belirtilmektedir.

Nozokomiyal enfeksiyonları azaltmak için, düzenli olarak s rveyans sonuçları takip edilmeli, invaziv girişimlerin endikasyonları iyi değerlendirilmeli, enfeksiyonlardan korunma ilkelerinden ödün verilmemeli ve antibiyotiklerin bilinçli kullanılması konusunda yoğun çaba uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hacımustafaoğlu ve ark., ocuk Kliniği ve ocuk Yoğun Bakım  nitesi Hastane Enfeksiyonları Sıklığı, ocuk Enf Derg 2009; 3: 112-7
2. Őevketoęlu E. ve ark ,ocuk Yoğun Bakım Birimi'nde girişimsel araç ilişkili hastane enfeksiyonları, Türk Ped Arş 2010; 45: 13-7
3. Özçetin M. ve arkadaşları, Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri, ocuk Enf Derg 2009; 3: 49-53

PS 9 / ÇOCUKLARDA HPV AŞISI

Yrd. Doç. Dr. Özcan Erdoğan

Bezmialem Vakıf Üniv. Sağl. Bil. Fak. Hemş. Böl

Aşılama, çocuk ve erişkin sağlığını koruma ve bulaşıcı hastalıkları önlemede en etkin, en güvenli ve en düşük giderli yaklaşımdır. Etkin ve güvenilir aşısı olan hastalıklara karşı bağışıklanmak her çocuğun hakkıdır. Ülkemizde sağlıklı çocuklarımız, uzunca süredir, kapsamı giderek genişletilen bir ulusal bağışıklama çizelgesi temelinde düzenli olarak aşılanmaktadır.

Başta rahimağzı (*serviks*) kanseri olmak üzere, vajen, vulva, anüs, penis kanserleri ve genital siğil oluşumunda büyük yer tutan insan papilloma virüsüne karşı geliştirilen HPV aşılarının, özellikle serviks kanseri ve siğillere karşı koruyucu etkisi olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmalar HPV aşılarının yüksek etkinlik ve güvenilirliğini göstermektedir. İnsan (*human*) papillomavirüs (HPV) aşısı (HPA), ergenlik döneminde uygulandığında, ileri yaşlardaki uygulamaya göre daha etkin koruyuculuk sağlar.

Ulusal bağışıklama çizelgesinde olmayan HPA inaktif aşıdır. Farklı üreticiler tarafından geliştirilen ve birçok ülkenin ulusal bağışıklama çizelgesinde uygulanan 3 HPV aşısı vardır.

- 2 bileşenli HPV aşısı (HPA2): Rahimağzı kanserlerinin %70'inden sorumlu 2 HPV tipine (16, 18) karşı bağışıklık sağlar.
- 4 bileşenli HPV aşısı (HPA4): Rahimağzı kanserlerinin %70'inden (16, 18) ve genital siğillerin %90'undan sorumlu (6, 11) 4 HPV tipine karşı bağışıklık sağlar.
- 9 bileşenli HPV aşısı (HPA9): HPA4 aşısına, rahimağzı kanseri oluşumunda toplam %20 olasılıkla yer alan başka 5 HPV tipine (31, 33,45, 52, 58) karşı geliştirilen yeni bileşen aşıların katılımıyla (6, 11, 16, 18, 31, 33,45, 52, 58) 9 HPV tipine karşı bağışıklık sağlar.

HPV aşıları, ağırlıkla 9-26 yaşlar arasındaki kızlar ve kadınlara önerilirken, Aralık 2014'te 9-15 yaştaki erkekler için de uygulama onayı almıştır. HPV aşıları, tüm dünya ülkelerinde, düzenlemeler ile ilgili değerlendirme sürecindedir. HPV aşısının toplum tarafından öneminin anlaşılması ve kabul edilmesi, serviks kanseri insidansının azaltılmasında etkili rol oynayacaktır. Bu nedenle hem ulusal, hem de uluslararası sağlık sistemlerini güçlendirmek ve HPV aşılarını satın almak için kaynakları harekete geçirmek, aileleri ve toplumu aşı hakkında bilgilendirmek gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Arısoy ES. ve ark., Clinical Practical Recommendations for Turkish National Vaccination Schedule for Previously Healthy Children (National Vaccination Schedule) and Vaccines not Included in the Schedule - 2015, J Pediatr Inf 2015; 9: 1-11
2. Alabaz D., Aksaray N., İnsan Papillomavirus Aşıları ile Servikal Kanserden Korunma Çocuk Enf Derg 2007; 1: 147-50
3. Yursev E. Ergen kızlar ve annelerinin hpv aşısına ilişkin bilgi ve görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, 2011

PS 10 / ENGELLİ ÇOCUKLARIN GEREKSİNİMLERİ: AİLE MERKEZLİ YAKLAŞIM

1. Serpil Uğur Baysal, 2.Uluç Yiş, 3Dilek Gündoğdu, 4. Şehmi Şerifoğlu, 5. Mehmet Refik Mas,

- 1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı*
- 2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı*
- 3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Kurulu*
- 4. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi*
- 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Tıp Fakültesi Hastanesi*

Ülkelerin sağlık, eğitim, ekonomik kalkınma göstergelerinde, engelli bireylerin yaşam koşulları, engelli bireylere sunulan hizmetlerin niteliği önemli bir yere sahiptir. Engelli ya da süregelen hastalığı olan çok sayıda çocuğun ailesi kendilerine tanınmış olan haklardan yararlanabilmek için hastanelerin sağlık kurullarına başvurmaktadır.

Bu amaçla, Üniversitemiz Hastanesinde Sağlık Kurulu oluşturulmuştur. Kurulda engelli çocuklara ve ailelerine yaklaşım, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı eşgüdümünde yürütülmekte olan, engellilik ölçütü, sınıflandırılması, engellilere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmeliğe göre yapılmaktadır.

Engelli çocuklar ile aileleri, İzmir ve yakın çevresindeki yerleşim merkezlerinden başvurmaktadır. Sağlık Kurulu'na başvuran çocuklarda belirlenen başlıca tanılar; nörolojik- görsel- işitsel: serebral felç, epilepsi, kas distrofileri, polinöropati, nörometabolik hastalık, gelişimsel gerilik, dil gelişiminde gerilik, duysal engeller; ruhsal- duygusal: özgül öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu; süregelen ağır hastalıklar: doğumsal kalp hastalıkları, ağır beslenme sorunları; genetik hastalıklar: kromozom anomalileri ve dismorfik sendromlar; çocukluk çağı kanserleri: lösemiler ve solid tümörler olarak sınıflandırıldı.

Ağırlık sınıflaması motor gerilik için hafif, ağır; bilişsel gerilik için sınırdan, hafif, orta, ağır olarak yapıldı. Erken çocukluk döneminde bilişsel işlevler uzmanlar tarafından, etkinlik, katılım zorlukları ve kısıtlılıklarının düzeyleri ile klinik olarak değerlendirildi.

Birden fazla engeli bulunan çocuklar için oran Balthazard Formülü ile hesaplandı. Kurul raporunda ağırlık derecesi ağır, ağır olmayan biçiminde sınıflandı. Raporun kullanım amaçları: engellilik oranının bildirilmesi, sosyal hak ve hizmetlerden yararlanma, engelli- vergi indirimi, özel tüketim vergisi indirimi, engelli kimlik kartı çıkarılması, belediye hizmetlerinden yararlanma, özel eğitim ve rehabilitasyon, ağır engelli çocuklar için evde bakım ücretinden yararlanma olarak tanımlandı. Ailelerin en çok dile getirdiği sorunların başında ekonomik sorunlar ve çocuğun bakım güçlükleri gelmektedir.

Özür oranları cetveli, engellilik durumunun değerlendirilmesinde ve belgelenmesinde uzman hekimler için standart, objektif bir yaklaşım sağlamaktadır. Uzmanın çocuğu, ailesi ve yaşadığı ortam ile birlikte ele alarak yapacağı 'aile merkezli işlevsel değerlendirme' ayrıntılı tanı ve sınıflandırma için esastır.

PS 11 / ÇOCUK GELİN OLAYLARININ SAPTANMASI VE İNCELENMESİ

Şeyma Sezer, Zeynep Acar, Fatıma Yazar, Emel Örün

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Çocuk gelin vakalarının bazı internet haber sitelerinde yer alma oranını ve vakaların özelliklerini belirlemek.

Yöntem: 1 Kasım 2013-15 Mart 2014 tarihleri arasında 4 farklı haber sitesinde çocuk gelin vakalarını tarandı. Haberlerde çocuk gelinlerin yaşı, evlenme yaşı, anne olma yaşı, eşinin yaşı, çocuk sayısı, yaşadığı yer, yargıya intikal etmesi, yargı sonucu, kadının ölümü varsa nedeni sorularına haber içeriği kullanılarak dökümente edildi.

Bulgular: Çalışmanın yürütüldüğü 3.5 aylık sürede 12 çocuk gelin haberine ulaşıldı. Haberdeki ortalama çocuk gelin vakasının evlenme yaşı 14 idi. Haberlerin %41.7' si Akdeniz bölgesinden, %25 i Güneydoğu Anadolu bölgesinden bildirilmişti. Haber kaynağına göre olguların 6'sı evlilikleri süresince gebe kalmış, 4'ü doğum yapmıştı. Vakaların 5'inin öldüğü bildirilmişti. Bunların 2 tanesi eşi tarafından öldürülmüş, 3'ü intihar etmişti.

Sonuç: Çocuk gelin vakalarının kısa süreli internet taraması sonuçları ülkemizde yaşanan ciddi bir sorunun sürekli gündemde kaldığını göstermektedir. Ülkemizde yaşayan kız çocuklarının böyle bir nedenden ötürü yaşamlarının hazin bir şekilde sonlanması bu konuyla ilgili gerekli adımların ivedikle atılmasını düşündürmektedir.

PS 12 / ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞU OLAN ANNE VE BABALARIN ANKSİYETE VE STRESLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ

Engin Burak Selçuk¹, Şenay Zırlı Selçuk², Bora Tetik³, Duygu Kayhan⁴, Burcu Kayhan Tetik¹

1.Yrd. Doç. Dr. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya

2.Uzm. Dr. Malatya Devlet Hastanesi Pediatri Kliniği, Malatya

3.Uzm. Dr. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

4.Psikojik Danışman. Malatya Rehberlik ve Araştırma Merkezi, Malatya

Giriş: Aile fertleri hiçbir zaman engelli bir bebeğe sahip olacaklarını düşünmek istemez. Böyle bir durum ailenin karmaşık bir psikoloji içine girmesine neden olur. Pek çok çalışmada zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip olan ailelerin, engelli çocuğa sahip olmayan aile fertlerine göre daha fazla stresli oldukları, somatik yakınmalarının, anksiyete ve depresyon düzeylerinin çok daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda zihinsel engelli çocuğu olan anne ve babaların anksiyete ve stresle başa çıkma becerileri ve ilişkili değişkenleri belirleyebilmek amaçlanmıştır.

Gereç- Yöntem: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Şubat 2015 tarihinde Rehberlik ve Araştırma merkezine müracaat eden sadece zihinsel engeli olan ilköğretim çağındaki 110 çocuğun aileleri ile kontrol grubu olarak 2 ilköğretim okulunda aynı özelliklere sahip herhangi bir zihinsel engeli olmayan 117 çocuğun aileleri alınmıştır. Tarafımızca hazırlanan anket gönüllülük esasına göre yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Elde edilen veriler, SPSS Ver. 17 kullanılarak analiz edilmiş ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların 207'si (n:91.2) anne, 18'i (n:7.9) baba idi. Katılımcıların 173'ü (n:76.2) ev hanımı, 26'sı (n:11.5) memur ve 14'ü (n:6.2) özel sektörde çalışmakta idi. Hane halkının aylık geliri incelendiğinde 111 kişinin (n: 48.9) aylık geliri 1000 tl'nin altında, 70 (n:30.8) kişinin geliri 1001-2000 tl arasında ve 11(n:4.8) kişinin aylık geliri ise 4001 tl'nin üzerinde idi. Hane halkının aylık geliri zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde, zihinsel engeli olmayan çocuğa sahip ailelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük idi ($p:0.005$).

Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde, zihinsel engeli olmayan çocuğa sahip ailelere göre gebelik depresyonu geçirip geçirmemesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p:0.121$).

Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerde, zihinsel engelli çocuğu olmayan ailelere göre Stresle Başa Çıkma Ölçeğinde ki bazı sorulara istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek cevaplar verilmiştir. (Tablo 1)

Tablo 1: Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Ölçeğine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Sorular	p
Bir Sıkıntımlı Olduğunda.....	
1-Bir mucize olmasını beklerim	0.003
2-Olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım	0.012
3-Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	0.001
4-İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	0.001
5-Kendime karşı hoşgörölü olmaya çalışırım	0.005
6-İş olacağına varır diye düşünürüm	0.005
7-Herşeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	0.001
8-Mücadeleden vazgeçerim	0.001
9-Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	0.003
10-Olanlar karşısında kaderim buymuş derim	0.001
11-Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm	0.001

Anket içinde sorulan Beck Anksiyete Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeklerinde bulunan sorulara verilen cevapların incelenmesinde; zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde, engelli çocuğa sahip olmayan ailelere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p: 0.413$)

Sonuç: Bir çocuğun engelli olduğunun fark edilmesi, zihinsel veya bedensel engelin derecesi ne olursa olsun aile fertleri için kabullenilmesi zor bir durumdur. Bu aileler psiko sosyal, duygusal, ekonomik olarak desteklenmeli ve ruhsal durumları yakından takip edilerek gerektiği anda rehabilitasyon hizmetleri verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Zihinsel Engelli Çocuk Aileleri, Anksiyete, Depresyon

PS 13 / ÖZNEL BİR DENEYİM: ANNE OLMAK

**Çağla Kaymakamgil, Doç. Dr. Sağ. Alb. Dilek Yıldız,
Yrd. Doç. Dr. Sağ. Bnb. Berna Eren Fidancı**

Gata Hemşirelik Yüksek Okulu

Özet: Anne olmak bir kadının hayatında büyük bir dönüm noktasıdır. Annelik sorunlarla doludur ve kadınlar için bir geçiş dönemini temsil eder. Bu geçiş döneminde kadınlar var olan hazır sorumluluklarına bebek bakımı ile ilgili sorumlulukları da entegre etmeyi öğrenmelidirler.

Annelik bir meslek kadar önemlidir ve çocuğun bütün gelişimini etkileyebilir.

Gebelik sırasında meydana gelen fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, birçok psikolojik, duygusal ve sosyal sorunlar da yaşanmaktadır. Genellikle, kadınlar ilk bakışta çocukları ile aşk yaşıyormuş gibi düşünülür fakat şok, suçluluk ve hatta keder daha sık yaşanan duygulardır. Annelik rolü birçok sorumluluğu da beraberinde getirdiği için, kadınlar kendilerini sık sık; kültürel rol beklentileri karşılarken ve anneliğin sorumluluklarıyla başa çıkmaya çalışırken bulurlar.

Bu konuda yapılan araştırmalar oldukça fazla olmasına rağmen; anneliğin duygu yoğunluğuna ve kişiliklerindeki radikal değişime hazırlanan çok az kadın bulunmaktadır. Annelik için hazırlanmak annelerin doğal annelik içgüdülerinin gelişmesine fırsat sağlayacaktır ve çocuğun gelecekteki ruhsal sağlığına zemin hazırlayacak olan iyi fiziksel ve duygusal çevreyle karşılaşacaktır.

Bu makale çocukların gelişiminde anneliğin önemini vurgulamak ve annelik rolünün ne olduğunu tanımlamak için yazılmıştır.

PS 14 / EMZİRME DANIŞMANLIĞI

**Hülya Özkara, Doç. Dr. Sağ. Alb. Dilek Yıldız,
Yrd. Doç. Dr. Sağ. Bnb. Berna Eren Fidancı**

Gata Hemşirelik Yüksek Okulu

Anne sütü; yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Anne sütü ve emzirmenin hem bebek, hem de anne için, başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çok sayıda yararları vardır.

Emzirme bağışık bir ilişkidir. Bebeğin emme yeteneği annenin süt oluşturmasını, anneye ait problemler de bebeğin büyümek için yeterli süt alabilme yeteneğini etkiler. Emzirme ile ilgili gerçek ya da potansiyel problemlerin varlığı düşünüldüğünde, emzirme danışmanlığı gerekmektedir. Emzirme ile ilgili tüm sorunların bu konuda özel eğitim almış uzman kişiler tarafından çözümlenmesine literatürde “emzirme danışmanlığı” denilmektedir.

Emzirme danışmanları hastanelerde, toplum sağlığı merkezlerinde ya da bağımsız danışmanlar olarak, emziren kadınlara erken dönem emzirme güçlükleriyle ilgili yardımcı olmak, emzirmeyi korumak, sürdürmek ve desteklemek için çalışmaktadırlar. Yapılan çalışmalar uygun emzirme danışmanlığının anne sütü ile beslenmenin başlatılması ve sürdürülmesi oranlarını arttırdığını göstermiştir. Emzirme süresi oranları, prenatal ve postpartum dönemde ailenin aldığı bakımın türünden etkilenir.

Hemşireler gebelik sürecinde daha çok eğitim verme, bakım verme ve danışmanlık rollerini kullanarak annelerin emzirme davranışlarında olumlu değişimler yapmaktadır. Hemşire tarafından anneye verilen eğitimin; emzirmenin sürdürülmesinde, meme komplikasyonlarının önlenmesinde ve emzirme başarısında büyük rolü olduğu belirtilmektedir.

Hemşireler gebelik döneminde kadınlara meme muayenesi yapmalı, bebeğin memeyi rahat ve kolay emebilmesi için meme başı masajını gebe kadına göstermelidir. Ayrıca meme bakımı, destekleyici sütyenlerin kullanımı, anne sütü ve emzirmenin yararları, emzirme teknikleri ve laktasyon döneminde genel beslenme ilkeleri konusunda anne adaylarına bilgi vermelidirler.

Bireylere verilecek etkili bir danışmanlık hizmeti hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır ve bu bakımı sağlayacak hemşirelerin, dinleme, öğrenme, güven kazandırma ve destek verme'den oluşan dört temel danışmanlık becerilerine sahip olması danışmanlığın temel öğelerindedir.

Bu derlemenin amacı emzirme danışmanlığı ve hemşirelerin emzirme danışmanlığındaki rolü ile ilgili güncel bilgilerin bir araya getirilmesidir.



PS 15 / DEMİR EKSİKLİĞİNE BAĞLI GELİŞEN AĞIR ANEMİLİ OLGULARIMIZ

Elif Ünver Korğalı¹, Meriç Kaymak Cihan², Hikmet Coşkun¹, Ahmet Sarı¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Sivas

Giriş: Demir eksikliği, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya çocuklarının %43'ünü etkileyen en sık malnutrasyon türüdür. Demir insan vücudunda nörotransmitter sentezi ve işlevi, fagositer antimikrobal aktivite, DNA, kollajen ve safra asitleri sentezi gibi pekçok temel metabolik süreçte yer alır. Bunlar içinde en önemlisi hemoglobin yapısına katılarak vücudun tüm hücrelerine oksijen taşınmasıdır. Demir eksikliğinden özellikle ilk 3 yaştaki çocuklar etkilenir çünkü bu dönem nörokognitif ve fiziksel gelişimin en hızlı olduğu dönemdir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre serum ferritin düzeyi <12 ng/ml ve transferrin saturasyonu <%16 olması demir eksikliği olarak, 6 ay-6yaş arasındaki çocuklarda hemoglobin düzeyinin <11 gr/dl olması ise anemi olarak tanımlanır. Hemoglobin düzeyi; 9-11 gr/dl ise; hafif anemi, 7-9 gr/dl ise orta anemi, 7 gr/dl den azsa ağır anemi olarak sınıflandır.

2004 yılından itibaren ülkemizde 4-12 ay arasındaki çocuklara ücretsiz demir replasmanı uygulanmasına rağmen, klinik takiplerimizde demir eksikliğine bağlı ağır anemili olguları görmeye devam etmekteyiz. Demir eksikliği anemisine yeniden dikkat çekebilmek için Eylül 2014- Nisan 2015 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji Servisi'nde yatarak izlenen ağır demir eksikliği anemisi olan hastalarımızı sunmayı uygun bulduk.

Bulgular: Kliniğimizde son 7 ayda ağır demir eksikliği nedeniyle yatarak izlenen 11 hastamızın 5'i kız, 6'sı erkekti. Yaşları 6 ay-69 ay arasında olup, ortalama yaş 23,09 aydı. Anemiye yönelik yapılan diğer tetkiklerinde başka bir hastalığı düşündüren sonuç bulunmadı. Fizik muayenelerinde solukluk hepsinde saptanırken, 3'ünde 2-3/6'lık sistolik suflı saptandı. Sadece 1 hastanın boy ve ağırlığı 3. persentil altında iken, diğerlerinin fiziksel gelişimi yaşlarına uygundu. Hemoglobin değerleri 3,6-6,9 gr/dl olup, ortalama Hgb;5,5 gr/dl saptandı. MCV değer ortalaması 54,45 fL, demir düzeyleri ortalama 13,3 µg/dl, demir bağlama kapasitesi ortalama 447 µg/dl, ferritin düzeyleri ortalama 5,42 ng/dl, transferrin saturasyonu %2,93 bulundu.

Hastalarımızın 5 tanesine kalp yetmezliği nedeniyle eritrosit süspansiyonu verildi. Hastaların beslenme öykülerinde hepsi en az 6 ay anne sütü almıştı ancak ek besin olarak sıklıkla inek sütü, bisküvi, şekerli su ve hazır meyve suyu tüketmekteydiler. Kırmızı et tüketimi genellikle ayda bir defa olarak saptandı. Bir hastamız prematüre olarak doğmuştu. Hastalarımızın 8 tanesine daha önceden demir tedavisi başlanmış ancak aileler düzenli olarak kullanmamıştı.

Sonuç: Demir eksikliği anemisi halen dünyadaki en yaygın besinsel eksikliklerdendir. Kliniğimizde son 7 ayda takip ettiğimiz demir eksikliğine bağlı ağır anemisi olan hastalarımızın yaklaşık yarısına eritrosit süspansiyonu vermek zorunda kaldık. Ülkemizde demir replasmanı ulusal bir sağlık politikası olmasına rağmen bu hastaların görülmesi bir kez daha bu konuya eğilmemize yol açtı. Çocuklarımızın sağlıklı büyüyebilmeleri için pediatristler, aile hekimleri ve 1. Basamak sağlık hizmeti veren çalışanların daha dikkatli ve duyarlı olması gerektiğini düşünüyoruz.

PS 16 / KADIN DOĞUM KLİNİĞİNDEN YENİDOĞAN SERVİSİNE GÖNDERİLEN VE GÖZLEMDE İZLENEN BEBEKLERİN ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Ünver Korağlı, Yasemin Topaloğlu, Gülgün Sevimligül, Serap Çetin, Fatih Bolat

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Giriş; Anne ve bebek sağlığı için doğum sonrası ilk saatler kritik önem taşımaktadır. Annenin bebeğini görüp incelediği, ona karşı sevgi duygularının pekiştiği bu zamanlarda annenin duygularına paralel olarak bebeği için süt üretimi de sağlanmaktadır. Bebekse doğumdan sonraki ilk 1 saatte daha uyanık ve aktif olduğu için memeyi daha kolay kavrayıp, sonraki yaşamı için de hayati önem taşıyan emme işlevinin temel taşlarını aslında bu ilk saatte atar.

Bebeğin meme emişiyle beraber hem süt salınımı artar, hem annenin uterus kasılmaları uyarıldığı için kanaması azalır, hem de anne bebek bağlanması gerçekleşir. Bizim bu çalışmadaki amacımız, son 6 aylık dönemde Kadın Doğum Kliniğinden problemi olduğu düşünülerek Yenidoğan servisine gönderilen ve gözlemde izlendikten sonra annesinin yanına geri verilen bebeklerin klinik ve demografik özelliklerini kayıtlar incelenerek ortaya koymaktır.

Metot; Ekim 2014- Nisan 2015 tarihleri arasında Yenidoğan Servisine gönderilen ve gözlemde izlenen tüm bebeklerin gestasyon haftası, doğum ağırlığı, cinsiyeti, doğum şekli, annenin sağlık durumu ve gözlemde kalış süresi kaydedildi. Bebeğin ayrıntılı bir fizik muayenesi yapıldıktan sonra, gerek görülüyorsa hemogram, arterial kan gazı, C-reaktif protein, kan glukozu ve serum elektrolitleri gibi tetkikler yapıldı. Veriler SPSS 14 yazılımı ile değerlendirildi.

Bulgular; Hastanemiz Yenidoğan Ünitesi'ne son 6 ayda gönderilen ve gözlemde izlendikten sonra anne yanına geri verilen toplam 41 bebeğin %56,7 si erkekti. Ortalama gestasyon yaşı 38.7 ± 0.7 (34-40) hafta, ortalama doğum ağırlığı ise 3152 ± 469 g (1990-4600) saptandı. Vücut ısısı ortalama $35.86 \pm 0,67$ °C (34-37) ölçülürken, dakikada solunum sayısı ve kalp atım hızı ortalamaları sırasıyla 53.56 ± 6.84 (40-68) ve 139 ± 15.5 (118-160) bulundu. Hastaların %17,1'i başlık ile oksijen desteğine ihtiyaç duydu.

Tüm bebekler gözlemede kaldıkları süre boyunca annelerinden ayrı oldukları için hemşire yardımıyla ve formula mama ile beslendi. Ortalama gözlemede kalış süresi 5.2 ± 2.35 (2-10) saat olarak hesaplandı.

Sonuç; Çalışmamızda yatış ihtiyacı olmayan bebekler ortalama 5.2 saat gözlemede izlenmişti. Anne ve bebek için altın değerindeki bu zamanların kaybedilmemesi için, hastanelerdeki fiziksel alt yapının ve işleyiş biçiminin yeniden düzenlenmesi, sağlık çalışanlarının duyarlılığının artırılması, doğum salonlarındaki bakımın geliştirilmesi gerekmektedir.

PS 17 / 2008-2014 YILLARI ARASINDA ÜLKEMİZDE BEBEK DOSTU HASTANE DEĞERLENDİRMELERİ VE SONUÇLARI

Melek Kılıç, Nilgün ÇAYLAN, Başak TEZEL, Sema ÖZBAŞ

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı

Anne sütü, geçmişten günümüze kadar, hem bebek hem de anne sağlığı üzerine olan olumlu etkileri ile mucizevî bir besin olma özelliğini korumuştur. Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Amerikan Pediatri Derneği ilk 6 ay sadece anne sütü ve ek gıdalarla beraber 2 yaşına kadar emzirmeyi önermektedir. Aynı öneri Bakanlığımız tarafından da ulusal politika olarak benimsenmiştir.

DSÖ ve UNICEF ortak bildirisini olan Innocenti Deklerasyonu çerçevesinde hazırlanan "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı" ülkemizde 1991 yılında başlamıştır. Programın temelini oluşturan ve dünya çapında geçerli olan "Başarılı Emzirmede 10 Adım" stratejileri kapsamında değerlendirilen hastanelerimiz ve aile sağlığı merkezlerimiz Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu unvanı almaktadır.

Hazırlıklarını yaparak bebek dostu sağlık kuruluşu olmak isteyen hastaneler Bakanlığımıza başvuruda bulunmakta, ardından Ulusal Değerlendirme Ekibi Üyeleri tarafından standart değerlendirme formları ile değerlendirilerek, 80 ve üstünde puan alanlar Uzmanlardan oluşturulan Üst Komitenin onayına sunulmaktadır.

Bu bilgiler ışığında 2008-2014 yılları arasında ülkemizde program kapsamında değerlendirilen BDH'lere ait bilgiler çalışmamızda sunulmuştur.

"Başarılı Emzirmede 10 Adım" aşağıdaki gibidir.

1. Yazılı bir emzirme politikası oluşturmak.
2. Anne sütü ve Emzirme eğitimi düzenlemek.
3. Gebeleri emzirmenin yararları hakkında bilgilendirmek.
4. Annelere ilk yarım saat içinde emzirebilmelerine yardım etmek.
5. Annelere bebeklerinden ayrı kalsalar da emzirmeyi nasıl sürdüreceklerini öğretmek.
6. Yenidoğana anne sütü dışında herhangi bir yiyecek ve içecek vermemek.
7. Anne ve bebeğin 24 saat aynı odada kalmasını sağlamak.
8. Bebeklerin her istediğinde emzirilmesini sağlamak
9. Bebeklere biberon veya yalancı emzik vermemek.
10. Anneleri, taburcu olduktan sonra da yardımda bulunabilecek sağlık kuruluşları hakkında bilgilendirmek.

BDH unvanı alan 318 hastaneden 36 sında en çok 10. adımda eksiklik tespit edilmiştir. Bu sayıyı 23 hastane ile 5. adım ve 14 hastane ile 3. adım izlemiştir.

2014 yılına gelindiğinde söz konusu eksiklikler dikkate alınarak yeni projeler geliştirilmeye başlanmıştır. 5. Adımdaki eksiklikler nedeni ile daha çok yenidoğan yoğun bakımlar hedeflenerek Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakımlar Projesine başlanmış, pilot çalışma Ankara ili Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yapılmıştır.

Ayrıca 2008 yılında başlatılan Anneden Anneye Destek Grupları ile ilgili çalışmaların tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılması ve etkinliğinin artırılması için planlamalar yapılmıştır. Daha sağlıklı nesiller için ilk 6 ay anne sütü ve ek gıdalarla 2 yaşına kadar emzirmeyi desteklemek için hep beraber çalışmalarımız devam edecektir.

PS 18 / KORUNMAYA MUHTAÇLIKTAN ÖRNEK KİŞİLİKLERE

Hacer ÇETİN

T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Başkanı

Giriş: Çocukların çocuk hakları doğrultusunda bakılması devletin hizmetlerinden biridir. Hizmetlerin sunumunun aksatılmadan yapılması devlet için önemli süreçleri gerektirmektedir. Bu süreçleri gerçekleştirirken, günlük yaşmalarında korunmaya muhtaç çocuklara(KMÇ) rol modeli olacak insanların yanında, onların kitle iletişim araçlarından kendisine benzer geçmişi olanların, yaşamda başarılı kimliklere sahip olacaklarına ilişkin umutlarını artıracak, yayınlarda, karakterlerde görmesi çocukların yaşama bağlanmalarına, eğitim, öğretim ve gelecek umudu için gereklidir.

Çocuklar kendilerinin ne olacağına karar vermeden önce farklı örnekleri okumaları, seyretmeleri onların başarıları ve duygu dünyasıyla kendisini kıyaslamaya gereksinim duymaktadırlar. Bunun için KMÇ deneyiminden geçmiş karakterlerin konu alındığı yayınların gözden geçirilmesi, KMÇ olumlu örnekleri yaşatan karakterlerde nasıl kurgulandığının bilinmesi, yayın dünyamızın çalışmalarının farkında olunması, çocuklara hizmet veren hemşire ve hekimler için bir gereksinimdir.

Amaç: Korunmaya muhtaç çocukluktan, erişkin yaşama hazırlanan çocukların kendilerini olumlu etkileyecek rol modellerin işlendiği yayınların karakterlerini araştırmaktır.

Gereç Yöntem: Araştırmada 2002-2015 yıllarında yayınlanan KMÇ ilgili 27 Televizyon (TV) dizisinde KMÇ'tan erişkinliğe geçen, KMÇ olarak sorumluluklar verilmiş bireyler(33 karakter) üzerinde gözlemler yapılmıştır. Bunlar anasız- babasız(14) tek ebeveynli (8), sokakta çalışan çocuk(5) boşanma sonrası(4) kurumda bakılan ebeveyni olupta(2) kurumda bakıldıktan sonra sorumluluklarını farklı boyutta başarılı, lider beğenilen kişilikle sunan karakterlerin özellikleri incelenmiştir. Bu kişiler işlerini/mesleklerini örnek bir sorumluluk bilinciyle, coşkuyla yapmakta olduğu işlenmiştir.

Bulgular: Korunmaya muhtaç konumundan, eğitim ve toplum desteğini ve yakın çevresinin desteğini alarak birçok konuda başarılı olunabileceğine ilişkin örnekler yayınlarda ele alınmıştır. Bunlar arasında başarılı üniversite öğrencisi, başarılı devlet görevlileri, başarılı yazarlar yer almaktadır.

Bunların yetişmesinde aldıkları toplumsal destek ve çevresel desteklerle toplumun sorumlulukları da yayınları izleyenlere ipuçları ile gösterilmiştir. Bunlar devlet tarafından bakım verilen çocukların yararına çalışmalardır.

Sonuçlar: Yayınlarda olumlu yaşamsal örneklerin, işlendiği yayınların KMÇ'ı olumlu etkileyecektir. Yaşama bağlı, üretken kendi kendine yeten birer insan olarak, devletin sağlıklı nesiller yetiştirmek, topluma kazandırma hizmetini, daha başarılı şekilde sunmasına katkı sağlayacaktır. Sağlık hizmeti veren çocuk hemşireleri ve hekimlerin hizmet sunumunda önemlidir.

Anahtar Kelimeler: korunmaya muhtaç çocuklar, rol modeli karakterler, bakım, sağlıklı gelişim, hemşirelik

PS 19 / HEMŞİRELERİN ÇOCUKLARDA ETKİLİ AĞRI YÖNETİMİNİ ENGELLEYEN BARIYERLERİ: LİTERATÜR TARAMASI

Derya Suluhan, Dilek Yıldız, Berna Eren Fidancı, Evrim Kızılar

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

Giriş: Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Ağrı Topluluğu (APS)'na göre; çocuklarda ağrı genellikle yetersiz değerlendirilmekte ve tedavi edilmektedir. Ağrının değerlendirilmesi ve kontrolüne ilişkin eldeki tüm kaynaklara rağmen çeşitli sebeplerle (sağlık sistemine, sağlık profesyoneline ve aile/çocuğa bağlı nedenlerle) bebeklerde ve çocuklarda ağrı yeteri kadar kontrol edilememektedir ve çocuklar hoş olmayan ağrı deneyimini yaşamaktadır.

Amaç: Bu derleme, hemşirelerin çocuklarda etkili ağrı yönetimini engelleyen bariyerlerini belirlemeyi hedefleyen çalışmaların bulgularını derlemek amacıyla yapılmıştır.

Bulgular: Ağrının subjektif ve çok boyutlu bir deneyim olması, çocukların gelişim düzeylerine bağlı olarak ağrıyı sözel olarak ifade edememeleri, ağrı girişimlerine yönelik korkuları, ağrı belirtilerini kaygı, açlık, yalnızlık, anne-babadan ayrılma ve korku belirtilerinden ayırma güçlüğü olması gibi faktörler nedeniyle çocuklarda ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi daha da güçleşmektedir. Literatür incelendiğinde hemşireler tarafından etkili ağrı yönetimini engelleyen bariyerler; *“ağrıyı değerlendirmek için uygun olmayan ağrı ölçeğini kullanma ya da herhangi bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanmama, analjeziklerin yan etkileri konusunda eksik/yanlış bilgi, hemşirelerin çocuklardaki ağrı konusundaki yanlılıkları, sağlık profesyonelleri arasındaki uygun olmayan iletişim, zaman yetersizliği”* gibi başlıklar altında kategorize edilmiştir.

Sonuç: Literatür incelemesi sonucunda çocuklarda ağrı yönetimi konusunda genellikle önemli bir yere sahip olan çocuk hemşirelerinin bilgilerinin eksik olduğu ve tutumlarının yanlış olduğu saptanmıştır.

Öneriler: Yaş dönemlerine göre çocuklarda ağrının değerlendirilmesi, çocukların gelişim özelliklerine uygun ağrı değerlendirme ölçekleri ve kullanımı ile analjeziklerin (opiyat) kullanımı ve yan etkileri gibi konuları içeren hizmet içi eğitimlerle hemşirelerin ağrı yönetimi konusundaki yanlış bilgileri düzeltilmeli ve eksik bilgileri tamamlanmalıdır.

Hizmet içi eğitimlere ve ilgili kurslara katılarak ekibin aktif bir üyesi olarak çalışan çocuk hemşiresinin çocuğun rahatlamasını ve iyileşme sürecinin hızlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

PS 20 / ÇOCUKLARDA TUVALET EĞİTİMİ: SİSTEMATİK DERLEME

Göknil Boyraz, Dilek Yıldız, Berna Eren Fidancı, Evrim Kıziler

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı 2005-2015 yılları arasında, ulusal ve uluslararası akademik dergilerde yayınlanan çocuklarda tuvalet eğitimi ile ilgili makalelerin gözden geçirilmesi ve makalelerden elde edilen sonuçların sistematik olarak incelenmesidir.

Gereç - Yöntem: Konuyla ilgili Ebscohost, Medline, CINAHL, Pubmed ve ULAKBİM Ulusal Veri tabanlarında akademik dergilerde makale başlığında "tuvalet eğitimi", "toilet training" ve "potty training" anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Yayınlanmış 151 makaleye ulaşılmış, tekrarlamalar çıkarıldıktan sonra 2'si ulusal, 79'u uluslararası akademik dergilerde yayınlanan toplam 81 adet makaleden editöre mektup, haber ve konu dışı yayınlar çıkarıldıktan sonra, dahil olma kriterlerini karşılayan 31 adet makale çalışma kapsamında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bu sistematik inceleme çalışmasında, 2005-2015 yılları arasında yayınlanan 31 makale yer almaktadır. Çalışmaların 2'si Türkçe, 29'u İngilizce olarak yayınlanmıştır. İncelenen çalışmaların %41,5'i (n=13) tanımlayıcı özelliktedir. 31 çalışmada toplam 20.263 katılımcı yer almakta ve katılımcıların %91,5'ini sağlıklı, 24-36 aylık çocuklar ile onların anne ve babaları oluşturmaktadır. Araştırmalarda tuvalet eğitimine başlama yaşı ebeveynlerin eğitim durumuna göre değişiklik göstermektedir.

İlkokul mezunu olan ebeveynlerin, lise ve üstü eğitim alanlara göre daha erken tuvalet eğitimine başladıkları belirlenmiştir. Ebeveynlerin tuvalet eğitiminde yaşanan ülkenin de etkisi olduğu belirtilmektedir. İran' da yaşayan ebeveynler eğitime çocuklar 12 aya ulaştığında başlarken, Amerika'da çocukların tuvalet eğitimine başlama yaşı ortalama 27 aydır. Kız çocukların erkek çocuklarına oranla tuvalet eğitimini daha erken tamamladıkları saptanmıştır.

Sonuç: Tuvalet eğitimi yöntemleri ile ilgili çalışmalar çoğunlukla tanımlayıcı özelliktedir. Ebeveynlerin tuvalet eğitim sürecinde yaşadıkları deneyimler genellikle niteliksel araştırmalarla incelenmektedir. Tuvalet eğitim yöntemlerinin etkinliğini karşılaştıran iyi tasarlanmış geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu sistematik incelemenin, bu konuda yapılacak araştırmaların planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tuvalet eğitimi, çocuk, derleme

PS 21 / ADÖLESANLARIN ERİŞKİN BAKIMA GEÇİŞİ VE GEÇİŞ BAKIMINDAKİ ENGELLER

Evrım Kızıler, Dilek Yıldız, Berna Eren Fidancı

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

Amaç: Birçok fizyolojik değişimin yanı sıra kimliğini ve bağımsızlığını kazanmaya çalışan adölesanlar için kronik bir hastalığın varlığı, yönetimi ve metabolik kontrolü oldukça karmaşıktır. Tıbbi randevularını ayarlama, gerekli olan tıbbi malzemeleri kullanma ve muhafaza etme gibi temel yetişkin görevleri ile ilgili sınırlı deneyimlere sahip olan adölesan için hastalığın öz-yönetimini kazanmadan erişkin bakıma geçiş bakımından kopma ve uzaklaşmalara neden olmaktadır. Bu çalışmada amaç; özel bakım gereksinimi olan ya da olmayan adölesanlara hastalığın öz-yönetiminin kazandırılmasına ve bağımsız yaşam gereksinimlerine yönelik bakım ve eğitim planını içeren bir “geçiş bakımı” ihtiyacına dikkati çekmek ve bu bakımın uygulanmasındaki aksayan yönleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu derlemede EBSCOHost, Medline, Ovid, Science Direct, Wiley Cochrane-Evidence Base, Wiley Online Library veritabanlarında 2005-2015 tarihleri arasında yayınlanmış; kronik hastalığı olan ve özel bakım gereksinimleri olan adölesanlara verilen geçiş bakımını içeren makaleler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastalığın yaşam boyu devam etmesi ve biyolojik büyümenin doğal bir sonucu olarak adölesanın bu hastalık ile erişkin döneme geçmesi, gereksinim duyduğu bakımın da pediatrik bakımdan erişkin sağlık bakım sistemine transferini gerekli kılmaktadır. Geçiş dönemi kronik hastalığı olan adölesanın pediatrik bakımdan erişkin bakımına geçişte amaçlı ve planlı davranışları kazandığı, tıbbi tedavinin yanı sıra psikososyal ve eğitim desteğine de ihtiyaç duyulan bir aktif ve çok yönlü bir süreçtir. Bu süreçte bireyin gelişimsel gereksinimlerine uygun, kaliteli bakım uygulamalarının kesintisiz olarak sağlanması, hastalığının kontrolünün ve adölesan/ genç erişkinin iyilik halinin sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) adölesanların ihtiyaç duyduğu bakımın erişkin modelinde sağlandığı bireyin gelişimsel gereksinimlerine uygun, hastalığın öz-yönetiminin kazandırılmasına ve bağımsız yaşam gereksinimlerine yönelik bakım ve eğitim planını içeren bir “geçiş bakımı”na ihtiyaç olduğunu belirtmektedir.

Fakat araştırmalarda “Çocuk ve erişkin üniteleri arasındaki koordinasyon eksikliği, adölesanların ve ebeveynlerinin bakımın geçişi konusundaki direnci, sınırlı personel eğitimi, geçişten sorumlu personelin tanımlanmamış olması, finansal bariyerler ve geçiş ekibinin gelecek sağlık bakımının planlanması konusunda yaşanan anksiyeteye bağlı olarak geçiş desteğinde boşluklar” olduğu dikkati çekmektedir.

Sonuç: Pediatrik ve yetişkin üniteleri arasındaki bakım ve yaklaşım farklılıkları, ergen ve ebeveynlerinin bakımın geçişi konusundaki direnci ve bakımın planlanması ve kurum desteğindeki eksiklikler geçiş sonrasında hasta ve ebeveynlerini birçok zorlukla karşı karşıya getirmektedir. Hastalığa uyum sürecinin sağlıklı geçirilmesi ve öz-yönetim becerilerinin erişkin bakıma geçiş öncesinde kazandırılması için hem adöleanın hem de bakım veren kişilerin profesyonel destek ihtiyaçları ve gelişimsel gereksinimlere uygun bir “geçiş bakımı” ihtiyacı yapılan araştırmalarca ortaya konmaktadır.

PS 22 / RUTIN MUAYENE İLE SAPTANAN BİR ARTERIOVENÖZ FİSTÜL VAKASI

**Dr. Ayşe Esra Yılmaz, Dr. Pınar Çay, Dr. İrem Atasoy, Dr. Merve Bener
Dr. Ömer Çakır**

GİRİŞ: Arteriovenöz fistüller (AVF) arteriyal ve venöz sistem arasındaki anormal bağlantılardır. Bu yolla kan, kapiller yatağı bypass ederek arterlerden direkt olarak venlere geçer. AVF, vücudun herhangi bir yerinde, tek veya multipl, konjenital veya akkiz olarak meydana gelebilir.

OLGU: 8 yaşında kız hasta polikliniğe bir gündür devam eden ateş, öksürük ve burun akıntısı şikayeti ile başvurdu. Öz ve soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesinde orofarinks hiperemik ve seröz postnazal akıntı bulunmaktaydı. Boyun muayenesinde sol auriküler bölgede palpasyonda tril ve devamlı üfürüm saptandı. Kalp oskültasyonu normal olarak değerlendirildi. Hasta arteriovenöz malformasyon açısından radyoloji ve kardiyovasküler cerrahi bölümüne konsülte edildi.

Beyin ve boyun BT anjiyografisi ve 3 boyutlu görüntüleme sol VA –V3 segmenti, sol SCA servikal trunkundan beslenen ve sol internal jugulervene drene AVF olarak raporlandı. Ardından yapılan beyin MRG'ı normal, difüzyon ve manyetik duyarlılık görüntüleme ve MR anjiyografide ise solvertebral arter V3 segmenti ve sol ECA dallarından beslenen ve sol internal juguler vene drene olan vasküler malformasyon saptandı. Hasta operasyona alınarak sol servikal bölgedeki kompleks AV fistül koillendi. Postop sorun olmadı.

TARTIŞMA: Çocukluk çağı AVF'leri konjenital veya edinsel olabilir. Konjenital AVF'ler gerçek tümörler değildir ve vasküler sistemin anormal gelişiminden kaynaklanırlar. Edinsel AV F'ler en sık penetran travmaya bağlı gelişebileceği gibi iatrojenik olarak da meydana gelebilirler. AVF'ler sıklıkla bacaklarda görülmekle birlikte, deri, karaciğer, toraks, boyun ve böbrekler, periferik AVF'lerin olağan yerleşim bölgeleridir. Periferik AVF'ler sıklıkla konjenitaldir. Uzun süreli tedavi edilmeyen AVF'ler, yüksek debili kalp yetmezliği, ekstremitelerde ödeme veya arterde anevrizmal dejenerasyon gibi komplikasyonlara yol açabilir.

Bu vaka özellikle pediatrik hastalarda genel fizik muayenenin önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.



Bir nesil genç kız ve genç kadın, aşılanmak için size güveniyor

GARDASIL®-HPV^a'ye bağlı birçok hastalığı önlemeye yardımcı olan rahim ağzı kanseri aşısı:

Rahim Ağzı Kanser

Genital Siğiller

Vulvar&Vajinal Kanser

Anal Kanser

GARDASIL®, 9-26 yaş arası genç kız ve genç kadınlarda, HPV Tıp 6, 11, 16 ve 18'den kaynaklanan rahim ağzı kanseri, vulvar veya vajinal kanserler; prekanseröz veya displastik lezyonlar; genital siğiller ve infeksiyonun önlenmesi için endike olan bir aşısıdır. GARDASIL®, aşının içeriğindeki etken maddelere veya yardımcı maddelerden herhangi birine aşırı duyarlı kişilerde kontrendikedir. GARDASIL®'in bir dozunu aldıktan sonra aşırı duyarlılık semptomları gösteren bireylere diğer GARDASIL® dozları verilmemelidir. GARDASIL®'in gebelik sırasında kullanımı önerilmemektedir. Gözlenen yaygın advers reaksiyonlar ateş ve enjeksiyon bölgesinde eritem, ağrı, şişlik ve kaşıntıdır. Bazen düşmeye yol açan bayılma GARDASIL® ile aşılamadan sonra gözlenmiştir. GARDASIL® ile aşılama aşılanan kişilerin tümünde koruma sağlamayabilir. Bu aşı aktif genital siğiller; rahim ağzı kanseri, vulvar veya vajinal prekanserler; servikal, vulvar veya vajinal intraepitelyal neoplazilerin (CIN, VIN veya VaIN) tedavisinde kullanılmak amacıyla tasarlanmamıştır. Bu aşı HPV'ye bağlı olmayan hastalıklara karşı koruma sağlamaz.

GARDASIL® uygulamadan önce lütfen Detaylı Ürün Bilgisi'ne başvurunuz.

^aHPV=Human Papillomavirüs.



Copyright © 2015 Whitehouse Station, NJ, U.S.A.
adresinde bulunan Merck & Co., Inc.'nin
iştiraki olan Merck Sharp & Dohme Corp. Tüm hakları saklıdır.

Merck Sharp Dohme İlaçları Ltd. Şti.
Levent 199 Ofis Bloğu, Esentepe Mah. Büyükdere Cad.
No: 199 Kat: 13 34394 Levent/İstanbul
Tel: 0212 336 10 00 Faks: 0212 215 27 33
www.msd.com.tr

02-MAY-2015-VACC-1081348-0000

