Uluslararası Katılımlı 9. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi Sonuç Bildirgesi

Uluslararası Katılımlı 9. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi 15-17 Ekim 2026 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenmiştir. Kongre, ülkemizde sosyal pediatri alanının gelişimine öncülük eden Prof. Dr. Gülbin Gökçay'ın emekliliği onuruna gerçekleştirilmiş ve onun çocuk sağlığına kazandırdığı bütüncül bakış açısını temel almıştır.

Kongrenin ilk günü Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) Uygulayıcı Eğitimi, Çocuklarda Uyku Sağlığı ve Uyku Bozuklukları, Bağışıklama ve Süt Çocuklarında Beslenme olmak üzere dört kurs düzenlenmiştir. İzleyen iki günde dokuz panel ve konferans gerçekleştirilmiş; Dr. Stuart Logan, Dr. Lourdes DelRosso ve Dr. Helen Campbell çevrim içi katılımla uluslararası konuşmacı olarak yer almıştır. Kongrede 358 katılımcı, 115 kurs katılımcısı, 3'ü yabancı konuşmacı olmak üzere 92 davetli oturum başkanı ve konuşmacı, 62 sözlü bildiri ve 19 poster sunumu yer almıştır.

Çocuk sağlığı izlemi kapsamında, Genişletilmiş Bağışıklama Programı dışında kalan meningokok ACWY ve B aşıları ile konjuge pnömokok 20-valanlı aşısının ve respiratuvar sinsityal virüse (RSV) karşı pasif bağışıklama amacıyla kullanılan uzun etkili monoklonal antikor nirsevimab'ın önemi vurgulanmıştır.

Kongredeki konferans ve panellerde yapılan sunumlar ve tartışmalar sonucunda ortaya çıkan temel noktalar aşağıda başlıklar halinde özetlenmiştir.

Çocuk Sağlığının Belirleyicileri ve Demografik Değişim

Ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2001'de 2,38 iken 2014'ten itibaren nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,1'in altına inerek 2025'te 1,42'ye inmiş, 38 ilde 1,30'un altına düşmüştür. Yıllık canlı doğum sayısı 2014'teki 1,35 milyondan 895 bine gerilemiş, çocukların nüfus içindeki payı 1970'teki %48,5'ten %24,8'e inmiştir. Düşüş yalnızca doğumların ertelenmesinden değil, ailelerin toplam çocuk sayısının kalıcı olarak azalmasından kaynaklanmaktadır. Buna karşın 21,4 milyon çocuk, çocuk sağlığı hizmetlerine gereksinimin sürdüğünü göstermektedir.

Doğurganlıktaki düşüşün nedenleri çok boyutludur: konut maliyetleri, güvencesiz istihdam ve ekonomik sıkıntı, gecikmiş yetişkinlik, artan ebeveynlik beklentileri ve bakım yükünün ağırlıkla kadınlara kalması başlıca etkenlerdir. Türkiye'de 2025'te toplam doğurganlık hızı ilkokul mezunu annelerde 2,51, yükseköğretim mezunlarında 1,24'tür; iş-aile uyumunu destekleyen ülkelerde ise eğitim ve kadın istihdamı ile doğurganlık arasındaki ilişki nötr ya da pozitife dönmüştür. Türkiye'de 0-2 yaşta kurumsal bakıma katılım %5'in altında, aile desteklerine kamu harcaması ise 2019'da GSYH'nin (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) yaklaşık %0,5'idir (OECD ortalaması yaklaşık %2,3).

Çocuk sayısı azalırken amaç, doğan her çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişme potansiyeline ulaşması olmalıdır; ancak çocukluk kendiliğinden iyileşmemektedir. 2025'te çocuklarda maddi yoksunluk oranı %27,2 olup genel nüfusun 4,7 puan üzerindedir. Gelişim düzenli izlenmeli, yeterli

beslenme ve güvenli bir çevre sağlanmalı; yaşlanan nüfusla artan harcamalar çocuklara ayrılan kaynakları daraltmamalıdır.

Doğurganlığı destekleyen aile politikaları ile Geliştiren Bakım Çerçevesi (Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF, Dünya Bankası) aynı araçlarda buluşmaktadır. Bu araçlar: babalara ayrılmış izin dahil yeterli ücretli ebeveyn izni, izin bitiminde erişilebilir ve nitelikli kreş ve erken çocukluk eğitimi, babanın bakıma katılımı, toplumsal cinsiyet eşitliği ve ailelerin ekonomik güvencesi olmaktadır. Bu araçlar bütüncül, kesintisiz ve kalıcı biçimde uygulandığında hem çocukların gelişimine hem de ailelerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olabilmesine katkı sağlar; tek başına nakdi yardımların etkisi ise sınırlı ve geçicidir. Ülkemizde uygulanan aile destek politikalarının doğurganlık ve çocuk sağlığı sonuçlarını değerlendiren araştırmalar yapılmalıdır. Çocuk sağlığı çalışanları her sağlık temasını duyarlı bakım ve erken öğrenmeyi desteklemek için kullanmalı; ebeveyn izni, çocuk bakımı ve emzirme dostu iş yerleri için savunuculuk yapmalıdır.

Çocuk Sağlığında Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulama

Çocuk sağlığı uygulamaları güncel, güvenilir ve nitelikli bilimsel kanıtlara dayanmalıdır. Araştırma öncelikleri çocukların ve toplumun gereksinimleri ile sağlık sisteminin öncelikleri doğrultusunda belirlenmelidir. Araştırma soruları klinisyenler ve aileler için önemli sorunlara yanıt vermeli; popülasyon, girişim, karşılaştırma ve sonuç bileşenleriyle açıkça yapılandırılmalıdır.

Araştırma sonuçlarının nitelikli yayınlara ve kullanılabilir bilgiye dönüştürülmesi desteklenmelidir. Araştırma tasarımından yayın aşamasına kadar yöntemsel nitelik, raporlama standartları ve etik ilkeler gözetilmelidir. Karşılaştırma grubu olmayan önce-sonra çalışmaları, adil biçimde oluşturulmamış gruplar, karıştırıcı etkenlerin ve ortalamaya regresyon (dönüş) göz ardı edilmesi ile yanlı sonuç değerlendirmesi gibi sık yapılan yöntemsel hatalardan kaçınılmalıdır.

Araştırma kanıtlarının klinik uygulamaya ve sağlık politikalarına aktarılmasını kolaylaştıracak mekanizmalar geliştirilmelidir. Ulusal rehberlerin kanıta dayalı yöntemlerle hazırlanması ve düzenli güncellenmesi bu sürecin temel aracıdır. Araştırma kanıtı tek başına uygulamayı değiştirmeye çoğu zaman yetmediğinden, etki en baştan planlanmalı; klinisyenlerin, ekiplerin, kurumların ve sağlık sisteminin değişebilmesi için neye gereksinim duyduğu araştırma tasarımına yansıtılmalıdır.

Çocuk Sağlığının Bütüncül İzlemi

Çocuk sağlığı izlemi, büyüme ve gelişme ile psikososyal iyilik halini birlikte değerlendiren bütüncül bir yaklaşımla yürütülmelidir. İzlemler yalnızca hastalıkların erken tanısına değil, çocuğun ve ailenin sağlığını geliştirmeye de yönelik olmalıdır.

Erken çocukluk çağı çürükleri önlenebilir olmasına karşın önemli bir kronik hastalık ve halk sağlığı sorunudur; uyku, beslenme, okula devam ve yaşam kalitesini etkiler. Ağız temizliğine ilk diş sürmeden başlanmalı, ilk dişle birlikte günde iki kez yaşa uygun miktarda floridli diş

macunuyla fırçalama yapılmalı ve 8 yaşına kadar ebeveyn denetiminde sürdürülmelidir. Bir yaşından itibaren düzenli diş hekimi kontrolü rutin olarak önerilmeli; 2 yaşından önce şekerli yiyecek ve içeceklerden kaçınılmalı, koruyucu diş sağlığı uygulamalarına erişim yaygınlaştırılmalıdır.

İlk beş yaşta esnek düz tabanlık çoğunlukla fizyolojiktir; ayak arkı yaklaşık 6 yaşına kadar büyük ölçüde şekillenir. Ağrısız esnek düz tabanlık ve içe basma için düzeltici ayakkabı, tabanlık ve ortezlerin etkinliği gösterilmemiştir; aşırı tanı ve gereksiz tedaviden kaçınılmalıdır. Çocuğun yalınayak ya da esnek ayakkabıyla serbest hareketi desteklenmeli ve ailelerin endişeleri giderilmeli; ağrı, sertlik, asimetri veya işlev kaybında ortopedi uzmanına yönlendirilmelidir.

Psikolojik dayanıklılık, çocuğun mizacı ve öz düzenleme becerileri ile aile, okul ve çevreden aldığı desteğin etkileşimiyle gelişir. Her zorluk güçlendirmez; istismar, ihmal ve uzun süreli stres dayanıklılığı azaltırken güven veren ilişkiler ve ihtiyaçlara duyarlı bakım onu güçlendirir. Erken yaşta uzun ekran süresi iletişim ve problem çözme becerilerinde gecikmeyle, açık hava oyunu ise daha iyi sosyal becerilerle ilişkilidir. Bunun için çocuk ile aile arasında güven veren bir ilişki geliştirilmeli; izlem vizitlerinde çocukla birlikte aile de değerlendirilerek güçlü yönleri vurgulanmalı, zayıf yönleri desteklenmeli ve ebeveyn ruh sağlığı gözetilmelidir.

Çocuk Sağlığını Tehdit Eden Sorunlar

Çocuk sağlığına yönelik yeni ve değişen tehditler düzenli olarak izlenmeli ve çocuk sağlığı politikalarına yansıtılmalıdır.

Dijital bağımlılık yalnızca ekran süresi ya da irade eksikliği değil; çocuğun gelişmekte olan öz düzenlemesi, aile işlevselliği ve ödül odaklı dijital ortamın etkileşimiyle ortaya çıkan bir halk sağlığı sorunudur. Ebeveynin sorunlu cihaz kullanımı ve bunun çocukla etkileşimi bölmesi ile çocuğun mahremiyetini ihlal eden paylaşımlar önemli risklerdir. Tek başına yasak yerine birlikte kullanım, rehberlik ve tutarlı sınırlar içeren aile medya planı önerilmeli; ekran çocuğu yatıştırmak için ve uyku öncesinde kullanılmamalıdır. Her çocuk izlemi dijital alışkanlıkları değerlendirme fırsatı olarak kullanılmalı, okul temelli dijital okuryazarlık ve çevrim içi güvenlik eğitimleri yaygınlaştırılmalıdır.

İklim değişikliği bugünün çocuk sağlığı sorunudur. Çocuklar gelişimsel ve fizyolojik özellikleri nedeniyle orantısız etkilenmekte; hava kirliliği ve polen artışıyla solunum yolu hastalıkları, vektör, su ve gıda kaynaklı enfeksiyonlar, deri hastalıkları, ruh sağlığı sorunları ve beslenme yetersizlikleri artmaktadır. Çevresel maruziyetlerin sorgulanması pediatrik değerlendirmenin parçası olmalı ve ailelere koruyucu danışmanlık verilmelidir. Çocuk hekimleri eğitim, araştırma ve çocuk odaklı iklim politikalarında öncü rol üstlenmelidir.

Ev kazalarında ilk tanık çoğunlukla ebeveyndir; ancak 0-6 yaş çocukların ebeveynlerinin çoğu acil durumda ne yapacağını bilmemektedir. Teori, uygulama ve senaryo içeren yapılandırılmış ilk yardım eğitimlerinin ebeveynlerin bilgi, beceri ve müdahale özgüvenini belirgin biçimde artırdığı

gösterilmiştir. Bu eğitimler pediatri hemşirelerinin de yer aldığı toplum temelli programlarla yaygınlaştırılmalı; her izlemde gelişim dönemine uygun kaza riskleri aile ile konuşulmalıdır.

Çocuklarda Uyku Sağlığı

Uyku yalnızca bir dinlenme dönemi değil; metabolik, nörobilişsel ve kardiyovasküler süreçleri düzenleyen, beyin gelişimi için kritik olan ve çocuğun gündüz işlevselliğini, akademik başarısını, büyümesini ve uzun dönem sağlığını etkileyen temel bir sağlık bileşenidir. Uyku sağlığı; süre, zamanlama ve düzenlilik, uyku verimliliği, dinlendiricilik ve gündüz uyanıklığı ile birlikte ailenin uyku deneyimini de kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmalıdır. Uykunun nörofizyolojik gelişimi yaşamın ilk 2-3 yılı boyunca sürmektedir; bu dönemde gece uyanmaları büyük ölçüde gelişimsel olarak normaldir ve gereksiz kaygıya ya da tedaviye yol açmamalıdır. Uyku süresi ve yatma saatine ilişkin öneriler ağırlıklı olarak Batı toplumlarında yapılan çalışmalara dayandığından, kültürel farklılıklar gözetilerek esnek biçimde uygulanmalıdır.

Erken çocukluk döneminde uyku sorunları; beslenme, güvenlik, duyarlı bakım ve erken öğrenme bileşenlerini birlikte ele alan, gelişime uygun, aileye ve kültüre duyarlı, bireyselleştirilmiş yaklaşımlarla yönetilmelidir. Anne sütü, gece artan melatonin gibi bileşenleriyle bebeğe zaman bilgisi verir; emzirme bir uyku sorunu olarak görülmemeli ve uyku müdahaleleri emzirmenin sürdürülmesini engellememelidir. Bebeklerde aynı odada ayrı yatak, her uykuda sırtüstü yatırma ve sert, boş bir yatak gibi güvenli uyku önerilerine uyulmalı; yastık, gevşek örtü ve yumuşak yatak gibi yüksek riskli durumlar konusunda ailelere açık ve uygulanabilir danışmanlık verilmelidir. Uyku sorunları ailenin uyku sağlığıyla birlikte ele alınmalı; annenin uyku yoksunluğu ve kaygısı değerlendirilmeli, babanın bakıma katılımı desteklenmelidir.

Çocuk sağlığı izlemlerinde uyku düzeni ve alışkanlıkları yaşa uygun olarak değerlendirilmelidir. Sabah gün ışığıyla buluşma, akşam parlak ışıktan ve yatmadan önceki 1-2 saatte ekrandan uzak durma, hafta içi ve hafta sonu uyku saatlerinin tutarlı olması, haftada en az 5 gün uygulanan ve 30-40 dakikayı geçmeyen bir uyku öncesi rutin ve gün içinde fiziksel etkinlik sağlıklı uykuyu destekler. Dikkat, davranış ya da akademik sorunlarla başvuran çocuklar uyku açısından da değerlendirilmelidir. İnsomni ve diğer uyku bozuklukları tanı ölçütleri olan ve hekim değerlendirmesi gerektiren durumlardır. Değerlendirmede sosyal, gelişimsel ve genetik etkenler birlikte ele alınmalı; horlama, solunum durması, gündüz aşırı uykululuk ve gece olağandışı olaylar gibi belirtiler erken tanınmalı, huzursuz uykuda demir depoları değerlendirilmeli ve çocuk uygun biçimde yönlendirilmelidir.

Ergenlerde uyku basıncının daha yavaş birikmesi ve biyolojik ritmin gecikmesi, artan akademik yük ve teknoloji kullanımıyla birleşerek uyku yoksunluğuna yol açmaktadır. Uyku sağlığı ekolojik bir yaklaşımla ele alınmalı; okul başlama saatleri, yaz saati uygulaması, yeşil alanlar ve hava kirliliği gibi çevresel ve politik belirleyiciler de değerlendirilmelidir.

Beslenme ve Emzirme

İlk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenme ve altıncı aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirmenin en az iki yaşına kadar sürdürülmesi çocuk sağlığı açısından temel öneridir. Doğumdan itibaren doğru emzirme desteği verilmeli, emzirmede karşılaşılan sorunlar ve hasta annenin emzirmesi konusunda sağlık çalışanlarının bilgisi güçlendirilmelidir.

Tamamlayıcı beslenmeye anne sütü sürerken 6. ayda (180. gün), bebeğin gelişimsel olarak hazır oluşu da değerlendirilerek başlanmalıdır. Tamamlayıcı beslenme zamanında, yeterli, güvenli ve duyarlı olmalıdır. Demirden zengin besinler erken eklenmeli, alerjen besinlerin tanıtılması geciktirilmemeli ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen sekiz besin grubundan en az beşini içeren çeşitlilik hedeflenmelidir. Sağlıklı tabak; pahalı ya da "mucize" olarak tanıtılan besinlerle değil, ailenin sofrasındaki yerel ve mevsimsel besinlerle oluşturulabilir. Ülkemizdeki tamamlayıcı beslenme göstergeleri düzenli olarak izlenmelidir.

Ebeveynlerin yarısından fazlası çocuğunun beslenmesinden endişe duyarken çocukların yaklaşık dörtte birinde beslenme zorluğu, %1-5'inde gerçek beslenme bozukluğu bulunmaktadır. Gıda neofobisi ve seçici yeme çoğunlukla geçicidir; büyüme ve gelişme normalse rutin laboratuvar incelemesine gerek yoktur. Karmaşık olgular aile merkezli ve multidisipliner bir ekiple izlenmelidir.

Takviye edici gıda pazarı ülkemizde 2025'te yaklaşık %57 büyümüş, bu pazarın yaklaşık %38'i çocuklara yönelik hale gelmiştir. Kanıt düzeyi yüksek ve rutin önerilen uygulama; beslenme biçiminden bağımsız olarak yaşamın ilk yılında tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini verilmesidir. Sağlıklı çocuklarda rutin D vitamini düzeyi taraması önerilmez, yalnızca risk taşıyanlarda değerlendirilmelidir. 2004'te başlatılan Demir Gibi Türkiye Programı ile bebeklerde demir eksikliği anemisi %30'lar düzeyinden %6,3'e gerilemiştir; programın sürdürülmesi önemlidir. Yeterli beslenen sağlıklı çocuklarda omega-3 takviyesinin ve bilişsel işlevleri, büyümeyi ya da bağışıklığı desteklediği öne sürülen ürünlerin rutin kullanımını destekleyen yeterli kanıt bulunmamaktadır. Takviyeler bireysel gereksinim ve kanıta göre önerilmeli, sağlık beyanı içeren tanıtımlar etkin biçimde denetlenmelidir.

Beslenme konusunda güvenilir ve bilimsel bilgiye erişim; çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimini destekleyen temel koruyucu yaklaşımlardan biri olmalıdır. Sosyal medyada yayılan kanıtsız beslenme önerilerine karşı aileler güçlendirilmelidir.

Bağışıklama: Sürveyans ve Gelecek

Aşı ile korunabilir hastalıkların kontrolü etkili sürveyansa dayanır; sürveyans, aşı politikası kararlarını destekleyen vazgeçilmez ve sürekli bir süreçtir. Hastalık yükü ve ağırlığı, risk grupları, serotip ve serogrup dağılımı, bulaşma örüntüleri ve toplumdaki aşı kabulü birlikte izlenmelidir. Bildirimler, laboratuvar doğrulaması, tüm genom dizilemesi dahil patojen tiplendirmesi ile birinci basamak, uzman hekim ve hastane temelli sentinel sürveyans gibi veri kaynakları, güçlü ve sınırlı yönleri bilinerek birbirini doğrulayacak biçimde kullanılmalıdır. Aşı kapsama verileri bölgesel

düzeyde düzenli izlenmeli, düşük kapsamlı bölgeler ve gruplar belirlenmeli; sürveyans verileri şeffaf biçimde paylaşılmalıdır.

Yeni aşıların programa alınmasına ilişkin kararlar bilimsel kanıtlar, maliyet-etkililik ve epidemiyolojik modellemeler ile ülkenin gereksinimleri doğrultusunda verilmelidir. Programın uygulanmasından sonra da etkinlik izlenmeli, aşı kapsamında olmayan serotiplerin artışı gibi beklenmeyen değişiklikler gözetilmelidir. Kızamık ve çocuk felci gibi eliminasyona yaklaşılan hastalıklarda klinik tanının öngörü değeri düştüğünden, bağışık olmayan kişilerin yoğunlaştığı grupları saptayabilecek çok duyarlı ve laboratuvar doğrulamalı sürveyans sistemleri gereklidir. Aşılama hizmetlerine eşit ve sürdürülebilir erişim sağlanmalı, bağışıklama programları gelecekteki epidemiyolojik değişikliklere karşı hazırlıklı olmalıdır.

Çocuk Gelişimi: Sağlıklı Başlangıç ve Sağlıklı Sürdürme

Ülkemizde yenidoğan taraması fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, biyotinidaz eksikliği, kistik fibrozis, konjenital adrenal hiperplazi ve spinal müsküler atrofiyi kapsayan ulusal bir programa dönüşmüştür. İşitme, görme ve gelişimsel kalça displazisi taramaları ile okul öncesi ve okul çağı görme ve işitme taramaları da sürdürülmektedir. Tarama programları güncel bilimsel kanıtlar doğrultusunda geliştirilmeli; erken taburculuk, evde doğum, nakil ve prematürite nedeniyle eksik kalan taramalar izlenerek tamamlanmalıdır. Aileler taramanın amacı, süreci ve olası yanlış pozitif sonuçlar konusunda bilgilendirilmeli, taramada saptanan çocukların tanı ve tedaviye zamanında ulaşmaları sağlanmalıdır.

Çocuk ve ergenlerin önemli bir bölümü önerilen fiziksel etkinlik düzeyine ulaşamamaktadır. Spor yalnızca kardiyometabolik sağlık için değil, bilişsel ve ruhsal sağlık ile sosyal gelişim için de koruyucudur. Her çocuğun yaşına, gelişim düzeyine ve biyolojik olgunluğuna uygun güvenli spor olanaklarına erişimi desteklenmelidir. Erken yaşta tek branşa yönlendirme yerine çok yönlü beceri gelişimi esas alınmalı ve fiziksel etkinlik hafta sonuna yığılmadan haftaya yayılmalıdır. Spor ortamında ihmal ve istismara karşı koruyucu önlemler alınmalı, çocuk hekimleri fiziksel etkinliği izlemlerde değerlendirip yaşa uygun biçimde önermelidirler.

Sanat ve kültürel etkinliklere katılım; fiziksel etkinlik, beslenme ve uyku gibi sağlığı geliştiren bir davranış olarak ele alınmakta ve çocukların bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimini desteklemektedir. Ülkemizde sanata erişim eşit değildir; ekonomik, coğrafi ve sosyal engeller nedeniyle bu olanaktan yararlanamayan çocuklar öncelikli hedef grup olmalıdır. Okul öncesi eğitimde ritim, şarkı, hareket ve görsel sanat etkinlikleri düzenli programın parçası olmalıdır. Anne-bebek şarkı grupları gibi toplum temelli programlar birinci basamakla ilişkilendirilmeli ve okullarda zorunlu sanat derslerinin süresi ve niteliği gözden geçirilmelidir. Sağlık, eğitim, kültür ve yerel yönetimler birlikte planlama yapmalı; uygulamaların etkisi güncel ulusal veriler ve Türkiye'ye özgü iyi tasarlanmış çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Özel Gereksinimi Olan Çocuk

Ülkemizde 2-14 yaş çocukların yaklaşık %5'inde duyusal, bilişsel veya motor özel gereksinim bulunmaktadır. Bu çocuklar tanı etiketiyle değil; gereksinimleri, güçlü yönleri ve işlevsellikleriyle değerlendirilmeli, izlem tıbbi, gelişimsel ve sosyal boyutları birlikte ele alan biyopsikososyal bir yaklaşımla yürütülmelidir. İzlemde başarının ölçütü çocuğun ev, okul ve toplum yaşamına katılımı, bağımsızlığı ve yaşam kalitesindeki anlamlı değişim olmalı; çocukluktan erişkinliğe geçişte bakımın sürekliliği gözetilmelidir.

Ülkemizde izlem sağlık, eğitim ve sosyal destek sistemleri arasında parçalı biçimde yürümekte, koordinasyon yükü çoğunlukla aileye kalmaktadır. Her çocuk için tanımlı bir izlem koordinatörü ve kurumlar arası ortak bir bakım planı oluşturulmalıdır. Tanı aileye empatik, açık ve somut bir yol haritasıyla iletilmeli; bakım hedefleri aileyle ortak kararla belirlenmeli ve aileler bilimsel geçerliliği olmayan tedavilerden korunmalıdır. Bakım yükü çoğunlukla anneye binmektedir; izlemlerde bakım verenin fiziksel ve ruhsal durumu da değerlendirilmeli, akran aile desteği ve psikososyal destek yaygınlaştırılmalıdır.

Erken tanı, erken müdahale ve gelişimsel destek hizmetlerine erişim güçlendirilmelidir; ülkemizde geliştirilen ve uluslararası geçerliği gösterilen GİDR bu alanda önemli bir araçtır. Ergoterapi ve duyu bütünleme gibi uygulamalar ile sanal gerçeklik, tele-rehabilitasyon ve yapay zekâ destekli yöntemler gibi yenilikçi yaklaşımlar, kanıt düzeyleri ve etik boyutları gözetilerek hizmetlere entegre edilmelidir. Özel gereksinimi olan çocukların eğitime ve sosyal yaşama eşit ve anlamlı katılımını destekleyen uygulamalar geliştirilmelidir. Ayrıca sağlık, eğitim, rehabilitasyon ve sosyal hizmetler arasında etkili koordinasyon sağlanmalı; hizmetlerin başarısı çocuğun işlevselliği, katılımı ve yaşam kalitesindeki değişimle değerlendirilmelidir.

Sonuç ve Çağrı

Kongrede demografik değişimden özel gereksinimli çocuklara, araştırmadan iklim krizine uzanan geniş bir yelpazede ele alınan konular, çocuk sağlığının biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekolojik boyutlarıyla birlikte, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Çocuk sağlığı; sağlık hizmetlerinin yanı sıra ailenin sosyal ve ekonomik koşulları, eğitim, çevre ve toplumsal politikalarla birlikte şekillenmektedir. Bu nedenle çocuk sağlığı hizmetleri, hastalıkların tedavisinin yanı sıra çocuğun içinde bulunduğu mikro ve makro çevrenin kanıta dayalı biçimde değerlendirilmesini ve iyileştirilmesini de kapsamalıdır. Azalan çocuk nüfusu, her çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişmesine yapılan yatırımı her zamankinden daha önemli kılmaktadır.

Başta çocuk hekimleri olmak üzere çocuk sağlığı alanında çalışanlar, çocuk sağlığının her alanında savunuculuk yapmalıdır. Sosyal pediatri, tüm çocuklar ve aileleri için; özellikle gelişimsel, davranışsal veya psikososyal desteğe ve farklı hizmet alanları arasında eşgüdüme ihtiyaç duyan çocuklar söz konusu olduğunda, sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler arasında bağlantı kuran ve bu hizmetlerin bütüncül biçimde sunulmasına rehberlik eden bir rol üstlenmektedir. Kongre katılımcıları; koruyucu çocuk sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin

azaltılması ve kanıta dayalı politikaların geliştirilmesi amacıyla karar vericileri, meslek örgütlerini ve ilgili tüm paydaşları sektörler arası iş birliğini güçlendirmeye çağırmaktadır.

Kongre, Prof. Dr. Gülbin Gökçay'ın sosyal pediatri alanına kazandırdığı bütüncül bakış açısının bu alandaki çalışmalara yol göstermeye devam edeceği inancıyla tamamlanmıştır.

Uluslararası Katılımlı 9. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi Bilimsel Kurulu