



4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

KURSLAR: 15 KASIM 2016
KONGRE TARİHLERİ: 16 – 19 KASIM 2016
Ramada Plaza OTEL, ANTALYA



PROGRAM VE ÖZET KİTABI

4.
ULUSLARARASI KATILIMLI
ULUSAL
SOSYAL PEDIATRİ
KONGRESİ

PROGRAM VE ÖZET KİTABI

15 – 19 KASIM 2016
Ramada Plaza Otel, Antalya

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

İÇİNDEKİLER



Değerli Meslektaşlarım,

Dördüncü Ulusal Pediatri Kongresi'nin düzenlenmesine katkı sağlayan değerli derneklerimize, tüm bilimsel kurul üyelerimize, Rubikon'a, sponsorlarımıza, katkı ve katılımlarıyla bu kongreyi farklı kılacak sizlere çok teşekkür ederiz.

Keyifli ve verimli bir kongre olması dileğiyle saygılar sunarım.

Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY

Sosyal Pediatri Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

KURULLAR

DÜZENLEYEN KURULUŞ

Sosyal Pediatri Derneği

KATKIDA BULUNAN KURUM ve KURULUŞLAR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Milli Pediatri Derneği Antalya Şubesi

Türk Pediatri Derneği Antalya Şubesi

Antalya Aile Hekimleri Derneği (ANTAHED)

SOSYAL PEDIATRİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Gülbin Gökçay (Başkan)

Prof. Dr. Adem Aydın (Başkan Vekili)

Prof. Dr. Songül Yalçın

Doç. Dr. Feyza Koç

Yrd. Doç. Dr. Sevtap Velipaşaoğlu Güney

YEREL KONGRE DÜZENLEME KURULU

Yrd. Doç. Dr. Sevtap Velipaşaoğlu Güney (Genel Sekreter)

Prof. Dr. Akif Yeşilipek

Prof. Dr. Reha Artan

Prof. Dr. Fırat Kardelen

Doç. Dr. Selda Karaayvaz

BİLİMSEL KURUL

Adem Aydın	Kadriye Yurdakök
Ahmet Arvas	Levent Dönmez
Ahmet Ergin	Levent Tuna Şengöz
Ahmet Seçkin Atabaş	Meda Kondolot
Akif Yeşilipek	Mehmet Ceyhan
Arzu Köseli	Murat Özdemir
Aygen Yılmaz	Nalan Karabayır
Ayşe Kılıç	Nihal Oygür
Aytuğ Atıcı	Nilgün Çöl
Bahar Gökler	Nurdan Evliyaoglu
Başak Tezel	Osman Topaç
Betül Ulukol	Oya Baltalı
Birgöl Ural Bayoğlu	Perran Boran
Çiğil Fettahoğlu	Reha Artan
Deniz Depboylu	Sadık Akşit
Ekin Saba	Selçuk Yücel
Elif Nursel Özmert	Selda Bülbül
Emel Gür	Selda Karaayvaz
Emel Örün	Sema Akçurin
Ercan Mıhçı	Sema Akman
Esin Özatalay	Sema Demirçin
Feyza Umay Koç	Serdar Öztürk
Fırat Kardelen	Serpil Uğur Baysal
Figen Paslı	Sevgi Başkan
Figen Şahin Dağlı	Sevtap Velipaşaoğlu Güney
Filiz Şimşek Orhon	Sıddıka Songül Yalçın
Gonca Yılmaz	Stuart Logan
Gülbin Gökçay	Şenay Haspolat
Gülşen Taş	Taha Karaman
Hatice Kaynak	Tolga Dağlı
İbrahim Çelik	Ufuk Beyazova
İlker Belek	Yılmaz Tunç
İmran Keser	Zafer Kurugöl
Jeff Goldhagen	

* İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

KURSLAR

15 Kasım 2016, Salı, KURS SALONU 1

SAAT	BAĞIŞIKLAMA KURSU PROGRAMI	Konuşmacı Adı
	Düzenleyenler: Sevtap Güney, Ekin Saba	
09:00 - 09:30	TANIŞMA	
09:00 - 10:15	Bağışıklamada Temel İlkeler	Sevtap Güney
10:00 - 11:00	Rutin Aşılar (HBV, HAV, Suçiçeği, BCG)	Ekin Saba
11:00 - 11:20	KAHVE MOLASI	
11:20 - 12:00	Rutin Aşılar (5li karma, OPA, KPA, KKK, Td)	Sevtap Güney
12:00 - 13:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:00 - 14:00	Rutin Dışı Aşılar (HPV, influenza, polisakkarid pnömokok, Rota, Meningokok, Tdap)	Sevtap Güney, Ekin Saba
14:00 - 14:15	Sürpriz	Ekin Saba
14:15 - 15:00	ASİE ve Aşı Reddi	
15:00 - 15:20	KAHVE MOLASI	
15:20 - 16:00	Risk Grubu Aşılıarı	Sevtap Güney
16:00 - 16:15	MOLA	
16:15 - 17:00	Aşılmalı mı aşılamamalı mı? Senaryolarla Bağışıklamada Karar Verme Süreci	Sevtap Güney, Ekin Saba

15 Kasım 2016, Salı, KURS SALONU 2

SAAT	ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KURS PROGRAMI
	Düzenleyenler: Prof. Dr. Figen Şahin Dağlı (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları) Prof. Dr. Bahar Gökler (Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları) Prof. Dr. Tolga Dağlı (Çocuk Cerrahisi) Uzm. Dr. Birgül Ural Bayoğlu (Çocuk Gelişimi ve Aile Sağlığı Uzmanı) Figen Paslı (Sosyal Hizmet Uzmanı), İmran Kezer (Uzman Psikolog), Hatice Kaynak (Avukat) Gülşen Taş (Hemşire)
09:00 - 09:30	TANIŞMA ve BEKLENTİLERİN ALINMASI
09:30 - 10:00	İstismara Uğramış Çocukla Çalışırken Ekip Yaklaşımının Önemi
10:00 - 10:30	Küçük Grup Olgu Çalışması (Fiziksel Ve Duygusal İstismar)
10:30 - 11:00	Olgu Üzerinden Tartışma: Psikososyal Yaklaşım Ve Hukuki Düzenlemeler
11:00 - 11:30	KAHVE MOLASI
11:30 - 12:00	Küçük Grup Olgu Çalışması (Cinsel İstismar)
12:00 - 13:00	Olgu Üzerinden Tartışma: Psikososyal Yaklaşım Ve Hukuki Düzenlemeler
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 15:30	Psikodrama Yöntemi İle Çocuk İstismarına Yaklaşım Eğitimi
15:30 - 15:45	KAHVE MOLASI
15:45 - 17:00	Psikodrama Yöntemi İle Çocuk İstismarına Yaklaşım Eğitimi

15 Kasım 2016, Salı, KURS SALONU 3

SAAT	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ KURSU PROGRAMI	Konuşmacı Adı
	Düzenleyenler: Prof. Dr. Emel Gür, Prof. Dr. Gülbin Gökçay	
10:00 - 10:15	TANIŞMA	
10:15 - 10:45	Çocuk Sağlığı İzlemi Ve Taramalar	Emel Gür
10:45 - 11:15	Yenidoğanda Metabolik Taramalar	Selda Bülbül
11:15 - 11:30	Tartışma	
11:30 - 12:00	Büyümenin İzlenmesi	Filiz Şimşek Orhon
12:00 - 12:15	Tartışma	
12:15 - 13:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:00 - 13:30	Emzirme Tekniği Ve Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar	Gülbin Gökçay
13:30 - 14:00	Tamamlayıcı Beslenme Ve Karşılaşılan Sorunlar	Sadık Akşit
14:00 - 14:15	Tartışma	
14:15 - 14:45	Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi Ve Desteklenmesi	Şenay Haspolat
14:45 - 15:15	Süt Çocuğunda Sık Rastlanan Sorunlar (Uyku, Kolik, Tuvalet Eğitimi)	Nilgün Çöl
15:15 - 15:30	Tartışma	
15:30 - 16:00	Güncel Aşı Uygulamaları İlkeleri	Feyza Koç
16:00 - 16:15	Tartışma	
16:15 - 16:30	KAPANIŞ	

BİLİMSEL PROGRAM

16 Kasım 2016, Çarşamba, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
08:45 - 09:15	AÇILIŞ TÖRENİ	
09:15 - 10:30	SAĞLIK VE EŞİTSİZLİKLER	Sevgi BAŞKAN, İbrahim ÇELİK
09:15 - 09:45	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Eşitsizlikler	İlker BELEK
09:45 - 10:05	Aile Hekimliği Eşitsizliklerin Etkisini Azaltabilir mi?	Seçkin ATABAŞ
10:05 - 10:25	Sosyal Pediatri Eşitsizliklerin Etkisini Azaltabilir mi?	Ufuk BEYAZOVA
10:25 - 10:30	Tartışma	
10:30 - 10:45	KAHVE MOLASI	
10:45 - 11:25	BESLENMENİN TOPLUMSAL BOYUTU	Gülbin GÖKÇAY, Feyza KOÇ
10:45 - 11:15	Prevention of Obesity	Stuart LOGAN
11:15 - 11:25	Tartışma	
11:25 - 12:05	UYDU SEMPOZYUMU	Sadık AKŞİT
	Bir Rotavirüs Aşısını Tercih Etmek İçin 5 Gerekçe	Zafer KURUGÖL
		
12:05 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30 - 14:10	UYDU SEMPOZYUMU	Betül ULUKOL
	Konjuge Pnömonokok Aşılarından Tam Olarak Ne Beklemeliyiz?	Serdar ÖZTÜRK
		
14:10 - 15:20	KRONİK HASTALIKLAR	Kadriye YURDAKÖK, Fırat KARDELEN
14:10 - 14:30	Kronik Hastalıklarda Beslenme Destek Ürünlerinin Kullanımı	Reha ARTAN
14:30 - 14:50	Kök Hücre Transplantasyonlarında İzlem ve Sosyal Sağlık	Akif YEŞİLİPEK
14:50 - 15:10	Kronik Hastalık İzleminde Biyopsikososyal Bütünlük	Sema AKMAN
15:10 - 15:20	Tartışma	
15:20 - 15:40	KAHVE MOLASI	
15:40 - 16:45	BESLENME	Başak TEZEL, Aygen YILMAZ
15:40 - 16:00	Anne Sütü Niçin Hala Önemli?	Songül YALÇIN
16:00 - 16:15	Yapay Beslenme İlkeleri	Gülbin GÖKÇAY
16:15 - 16:35	Vitamin ve Mineral Desteği	Selda BÜLBÜL
16:35 - 16:45	Tartışma	
16:45 - 18:30	MECLİS GÜNDEMİNDE ÇOCUK	Betül ULUKOL, Gülbin GÖKÇAY
16:45 - 17:15	Cezaevleri ve Çocuk	Aytuğ ATICI
17:15 - 17:45	Parlamentoda Çocuklar İçin Neler Yapılmalı ?	Deniz DEPBOYLU
17:45 - 18:15	Parlamentoda Çocuk İstismarı ve İhmalı İle İlgili Çalışmalar, Yasal Düzenlemeler	Yılmaz TUNÇ
18:15 - 18:30	Tartışma	
18:30 - 19:00	AKILCI İLAÇ KULLANIMI	Ahmet ERGİN
18:30 - 19:00	Akılcı İlaç Kullanımı	Ayşe KILIÇ

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

17 Kasım 2016, Perşembe, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Konuşmacı Adı
08:00 - 09:00	POSTER TARTIŞMALARI	Nurdan EVLİYAOĞLU, Nalan KARABAYIR Perran BORAN, Oya BALTALI, Gonca YILMAZ, Filiz Şimşek ORHON
09:00 - 10:10	GENLER DENEYİMLER VE BİZİ BİZ YAPANLAR	Serpil Uğur BAYSAL, Esin ÖZATALAY
09:00 - 09:20	Prenatal Öykü Ne Söyler?	Nihal OYGÜR
09:20 - 09:40	Epigenetik	Ercan MIHÇI
09:40 - 10:00	Sosyal Öğrenme ve Rol Modeller	Taha KARAMAN
10:00 - 10:10	Tartışma	
10:10 - 11:25	CİNSEL GELİŞİM VE ERGENLİK	Songül YALÇIN, Nilgün ÇÖL
10:10 - 10:30	Pubertal Gelişim	Sema AKÇURİN
10:30 - 10:50	Cinsel Kimlik, Cinsel Rol, Yönelim Farklılıkları	Çiğil FETTAHOĞLU
10:50 - 11:10	Ergen İzlemi	Selda KARAAYVAZ
11:10 - 11:25	Tartışma	
11:25 - 11:45	KAHVE MOLASI	
11:45 - 12:20	SIK KARŞILAŞILAN SORUNLARA YAKLAŞIM	Selda KARAAYVAZ, Meda KONDOLOT
11:45 - 12:10	Genitoüriner Sorunlara Yaklaşım	Selçuk YÜCEL
12:10 - 12:20	Tartışma	
12:20 - 13:00	UYDU SEMPOZYUMU	Emel GÜR
	Vakalarla Meningokok Hastalığı ve Aşı İle Koruma	Zafer KURUGÖL
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:00 - 14:40	UYDU SEMPOZYUMU	Kadriye YURDAKÖK
	Meningokok Hastalıkları ve Men ACWY-TT Aşısı	Mehmet CEYHAN, Feyza Umay KOÇ
14:40 - 15:55	HAKLAR	Betül ULUKOL, Ekin SABA
14:40 - 15:00	Erken Yaşta ve Zorla Evlendirilen Çocuklar	Arzu KÖSELİ
15:00 - 15:20	Mülteci Çocukların Durumu ve Uluslararası Standartlar	Ahmet ERGİN
15:20 - 15:40	Mültecilere Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Sahada Yaşanan Sorunlar	Levent Tuna ŞENGÖZ
15:40 - 15:55	Tartışma	
15:55 - 16:15	KAHVE MOLASI	
16:15 - 17:25	ÇOCUK İSTİSMARI	Nurdan EVLİYAOĞLU, Sema DEMİRÇİN
16:15 - 16:35	İstismara Uğrayan Çocukların Sosyal Yaşam ve Sistem İçinde İkincil İstismarı	Esin ÖZATALAY
16:35 - 16:55	Çocuk Koruma Birimleri Neden Gerekli, Nasıl Oluşturulmalı?	Figen Şahin DAĞLI
16:55 - 17:15	Bedensel Cezanın Yasaklanması	Gonca YILMAZ
17:15 - 17:25	Tartışma	
17:25 - 18:10	ÇOCUK İSTİSMARINDA BİRİNCİL KORUMA	Figen Şahin DAĞLI, Gonca YILMAZ
17:25 - 17:55	Evidence Based Methods To Prevent Child Abuse	Jeff GOLDHAGEN
17:55 - 18:10	Tartışma	

SANOPI PASTEUR

Pfizer

18 Kasım 2016, Cuma, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Konuşmacı Adı
08:00 - 09:00	RESEARCH COUNSELLING	Gülbin GÖKÇAY, Levent DÖNMEZ Stuart LOGAN
09:00 - 10:00	SÖZEL BİLDİRİLER	Sevgi BAŞKAN, Ahmet ARVAS
10:00 - 11:35	BAĞIŞIKLAMA	Ufuk BEYAZOVA, Murat ÖZDEMİR
10:00 - 10:20	Bağışıklamada Güncel Durum	Osman TOPAÇ
10:20 - 10:40	Hangi Yan Etkide Ne Yapmalı?	Meda KONDOLOT
10:40 - 11:00	Zorunlu Bağışıklama mı, İsteğe Bağlı Bağışıklama mı? Ülkelerin Deneyimleri	Sadık AKŞİT
11:00 - 11:20	Aşıda Toplumsal Onayı Arttırma Yöntemleri	Feyza KOÇ
11:20 - 11:35	Tartışma	
11:35 - 11:55	KAHVE MOLASI	
11:55 - 13:10	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ -1	Ahmet ARVAS, Serpil Uğur BAYSAL
11:55 - 12:15	İlk Beş Yaşta Gelişimin İzlemi	Adem AYDIN
12:15 - 12:35	İlk Beş Yaşta Gelişimsel Geriliğe Yaklaşım	Elif ÖZMERT
12:35 - 12:55	Çocuk ve Oyun	Nilgün ÇÖL
12:55 - 13:10	Tartışma	
13:10 - 14:10	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:10 - 15:05	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ -2	Emel GÜR, Adem AYDIN
14:10 - 14:30	Okul Sağlığı	Emel ÖRÜN
14:30 - 14:50	Okul Çağında Medya Kullanımı ve Ailelere Öneriler	Betül ULUKOL
14:50 - 15:05	Tartışma	
15:05 - 15:25	KAHVE MOLASI	
15:25 - 15:55	ÇEVRE ve ÇOCUK	Sadık AKŞİT, Nilgün ÇÖL
15:25 - 15:45	Plastikler ve Çocuk Sağlığı	Kadriye YURDAKÖK
15:45 - 15:55	Tartışma	
16:00 - 16:30	SONUÇ BİLDİRGESİ VE KAPANIŞ KONUŞMALARİ	Sevtap GÜNEY, Gülbin GÖKÇAY

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ



KONUŞMA ÖZETLERİ

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

16 Kasım 2016, Çarşamba, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
09:15 - 10:30	SAĞLIK VE EŞİTSİZLİKLER	Sevgi BAŞKAN, İbrahim ÇELİK
09:15 - 09:45	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Eşitsizlikler	İlker BELEK
09:45 - 10:05	Aile Hekimliği Eşitsizliklerin Etkisini Azaltabilir mi?	Seçkin ATABAŞ
10:05 - 10:25	Sosyal Pediatri Eşitsizliklerin Etkisini Azaltabilir mi?	Ufuk BEYAZOVA

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE EŞİTSİZLİKLER

Doç. Dr. İlker BELEK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı



4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

AİLE HEKİMLİĞİ EŞİTSİZLİKLERİN ETKİSİNİ AZALTABİLİR Mİ?

Dr. Ahmet Seçkin ATABAŞ

0623106 Nolu Aile Sağlığı Birimi, SİNCAN-ANKARA

Sağlık Hizmetleri Politikasında Nasıl Karar Alınır?

Sağlık hizmetleri politikası bir sonuç elde etmek için bir araçtır ve dolayısıyla nasıl bir sonuç elde edilmek istendiğine bağlıdır. Toplum sağlık hizmetleri politikası ile ne tür amaçlara ulaşmaya çalıştığına karar vermelidir. Hedefleri olmadan hiçbir politika gerçekleştirilemez.

Politika seçimi büyük ölçüde toplumun kabul ettiği sosyal değerlere, siyasal güç yapısına ve toplumsal süreçlere bağlıdır. Politika, hangi ödümlerin kabul edilir olduğunu belirlemektedir.

Sağlık politikalarımızı genel veya belirli kriterler üzerinden değerlendirmek için sağlık politikalarının oluşturulmasına ilişkin Harvard Halk Sağlığı Okulu tarafından hazırlanmış ve benimde beğenerek kullandığım bir öğretiyi özetlemekte yarar görüyorum. Bu yolla Türkiye’de Aile hekimliği de dahil sağlık politika uygulamalarının hedef ve sonuçlarını analiz etmenin hepimiz için çok daha tatmin edici olacağı inancındayım. Bu noktada önce hakkaniyet ve eşitlik kavramlarına kısaca bir değinmek isterim.

Hakkaniyet sağlama politika yapıcılarının ülke çapında ulaşmaya çalıştığı bir hedeftir. Peki hakkaniyet nedir? Nasıl tanımlanır? Ve nasıl ölçülebilir? Bu sorulara verilecek cevaplar tatminkar olmaktan uzaktır. Ayrıca hakkaniyet ilkesini sağlık hizmetleri programlarına uygulamak finansal kaynakların yetersizliği dahil olmak üzere bir çok zorluklarla doludur.

Hakkaniyetin anlamı konusunda akademisyenler ve siyasetçiler arasında büyük tartışmalar vardır. Herkes hakkaniyetin eşitlik ile yakından ilişkili olduğunu dikkate almaz. Bazen hakkaniyet hedefleri eşitlik yaklaşımı içerisinde ifade edilirken, bazen minimum standartlar şeklinde belirtiliyor (LeGrand ve Robinson 1984). Bunun yanında dağıtım sorunları ve hakkaniyet aynı şey değildir. Hakkaniyet eşitlikten türeyen sosyal adalet kavramına dayanmaktadır ve bireysel önceliklerle ilgilenmez.

Sağlık sistemleri sosyal sorunlara birer sosyal cevaptır. Sorunun tanımlanması ve sağlık politikaları ile çözüm üretilmesi şekli her zaman için değer seçeneklerine (etik kurama) dayalıdır.

Her bir etik kuramın çözümlenmemiş konuları yansıtan belirli soruları vardır:

- Faydacıların sorduğu soru: Refahın ölçütü ne olmalıdır?
- Liberallerin sorduğu soru: İnsanlar hangi haklara sahiptirler?
- Toplumcuların sorduğu soru: İyi bir toplumun sınırları ve değerleri nedir?

Eğer politik kurumlar ve güç birimleri bireyin karşı çıkacağı cevaplar üretirse bu süreçte halledilmesi zor sorunlar ortaya çıkar. Birey bu kararları ne derece tartışabilir, protesto edebilir veya bu kararların temelini çürütebilir? Bu sorunun cevabı kararı üreten sürecin kalitesinde gizlidir. Bir süreç ne kadar güvenilir, açık ve demokratik olursa, cevap da o kadar saygı görür.

Sağlam bir politika geliştirmesi için, sorunların sağlık sistemi performans hedefleri çerçevesince belirlenmesi gerekmektedir.

Üç çekirdek sağlık sektörü performans kriteri: 1) Sağlık durumu, 2) kullanıcı memnuniyeti ve 3) mali risk koruması. ayrıca ara kriterleri tartışacağız: mali yük, erişim, kalite, verim, maliyet.

Buna ek olarak önemli bir kavramsal sorun söz konusudur. Çoğu ölçüt bireysel düzeyde (örneğin sağlık durumu) tanımlanırken, sağlık hizmetleri sektörünün gerçekte ne ürettiği bu tür sonuçların nüfusa dağılımıdır. Ancak bu durumda, yargılama amacıyla hangi dağıtım parametrelerini kullanmamız gerekir? Ortalama deneyimi ölçmek istiyorsak, ortalama, orta (dağıtımın orta noktası) ya da mod (en genel sonuç) kavramlarından hangisiyle ilgilimiz? Kaliteye önem veriyorsak, izafi eşitlik konusuna önem verip varyans, ya da Gini - Katsayısı gibi bir ölçüm mü kullanıyoruz yoksa mutlak eşitlik üzerinde odaklanıp belirli bir eşitliğin altında kalan yüzdeye mi bakıyoruz?

Dağılım ve eşitlik ile ilgili konuları kriterlerden her birini incelerken tartışacağız. Ancak burada yine bu tür soruların tek bir “doğru” yanıtı olmadığını ve her bir sonucun dağılımına karşılık ortalama performansların izafi önemi sorusuna karşılık da bir tek doğru yanıt bulunmadığını vurgulamak gerekir.

Ana Kriterler

A. Sağlık Durumu

Performans ölçütlerinin nasıl seçileceği konusundaki tartışma dikkate alındığında, sağlık durumu açık bir şekilde bir merkez sağlık sektörü performansı değerlendirme kriteri olarak yerini hak etmektedir. Bu, politikaların hazırlanmasının yanı sıra kamudaki tartışmaların çoğunun da konusudur. Felsefi olarak, bu konu objektif faydacıların merkez ilgi odağını oluşturmaktadır ve çoğu eşitlikçi liberal için de bireysel olanakların önemli bir yönüdür. Buna ek olarak diğer faktörlerin (örneğin ekonomik durum, eğitim) sağlık durumunu etkilediği kabul edilirken, şüphesiz sağlık sektörünün işleyişi de sağlığın kendisi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir.

B. Kullanıcı memnuniyeti

Sağlık sektörü için ikinci çekirdek performans kriterimiz, sağlık sektörünün kendisi tarafından sağlanan hizmetlerle ilgili kullanıcı memnuniyetinin derecesidir.

Elbette ki, kullanıcı memnuniyetinin artırılması hedefi diğer hedeflerle çatışma yaratabilir. Örneğin, hastalar uygun olmayan bakımı – gereksiz enjeksiyonlar ya da değersiz kremler ya da pomatlar gibi – tercih edebilir ve bu tür bir bakımdan tatmin olabilirler. Bu tür isteklere karşılık

vermek sağlık durumu derecesini azaltacak (kaynakların sınırlı olması halinde) veya maliyetleri artıracaktır. Benzer şekilde, hastalar maliyet açısından daha az korkutucu olan yerel doktor ofislerini, büyük, çok ihtisaslı kliniklere tercih edebilir. Tatmin ve sağlık durumu arasındaki potansiyel gerginlik de bireysel ikna kontrol düğmesi bağlamında ilgili hale gelmektedir. Bireysel davranışın değiştirilmesi amaçlı cebri çabalar kolaylıkla sağlık durumunun yükseltilmesi karşılığında tatminin düşmesi sonucuna yol açabilir.

Aslında, tatminin filtrelenmesi ya da düzenlenmesi yolundaki herhangi bir girişim, bu tür kararların kim tarafından ve nasıl alınacağına karar vermek konusunda çözülmesi zor (belki de üstesinden gelinmesi mümkün olmayan) sorunlar ortaya çıkarır.

Kullanıcı memnuniyetinin bu şekilde kavramsallaştırılması, ortaya çıkardığı zorluklara rağmen, bu kriterleri politik olarak önemli olan konularla bağlantılandırır. Vatandaşlar kendilerine sağlanan sağlık hizmetlerinden hoşnut olmadığında (bazı uzmanların bu şikayetlerle ilgili olarak aynı görüşte olup olmamasından bağımsız olarak), vatandaşların bu hoşnutsuzluklarını bir değişim isteği aracılığı ile ifade etmesi muhtemeldir.

C. Mali Risk Koruması.

Mali risk korumasının kapsama dahil edilmesinin nedenleri zorlayıcıdır. Birincisi, bu gerçek sağlık sektörü politikasının hazırlanmasının temel hedeflerinden biridir ve bu politikalardan büyük ölçüde etkilenmektedir. Buna ek olarak, mali fakirleşmenin – ve bununla bağlantılı fırsat kaybının – engellenmesi herkese hayatta bir şans verilmesini savunan eşitlikçi liberaller için de açık bir şekilde önemlidir; tıpkı sakatlığın ya da erken ölümün engellenmesi için önemli olduğu gibi.

Mali risk koruması kriterlerinin karşılanması, herkesin hastalık nedeniyle uğrayacağı ekonomik kayıplara karşı korunmasını içermez. Daha çok, fakirleşmeye karşı, sağlık hizmetleri maliyetlerinden kaynaklı olarak en büyük risk altında bulunanların korunmasını kapsar. İyi maaş alan, vasıflı ancak sigortasız bir çalışanın önemli hastane faturaları ödemesi gerekiyorsa, bu durumun söz konusu kişinin refahını düşüreceğine şüphe yoktur. Ancak bir köylünün tedavi masraflarını karşılamak için çiftliğini, canlı hayvan stoğunu ve yaşadığı araziyi kaybetmesi halinde, aynı temel risk koruması konuları ortaya çıkmaz. Bu kriterler perspektifinden bakıldığında, sağlık sigortası özellikle tedavi karşılığında bazı varlıklarını kaybetmesi gerekenler için son derece önemlidir.

Mali risk koruması nasıl yargılanmalıdır? Mali sistemin etkisi hakkında bilinçli bir yargıya varılması detaylı hane araştırma verilerinin varlığını gerektirir. Çünkü yalnızca bu veriler cepten çıkan gerçek harcamayı gösterir. Bu tür çalışmalar çoğu düşük ve orta gelirli ulusta tipik olarak yalnızca bölümler halinde ve eksik olarak mevcuttur.

Herhangi bir belirli sağlık hizmeti finansman sistemi tarafından sağlanan risk koruma derecesi kabul edilebilir olsun ya da olmasın yine de bir kişinin felsefesine bağlıdır. Örneğin, subjektif bir faydacı için, risk koruması için çok fazla harcama yapmak, herhangi bir başka şey için çok fazla harcama yapmak kadar mümkündür. Bireylerin daha fazla sigorta yerine daha fazla mal ve hizmet almayı tercih edeceği bir nokta vardır. İşte bu, serbest bir piyasada az miktarda kişinin tüm olası risklere karşı sigorta satın almasının nedenidir. Bu yüzden, herkes için vergi ile finanse edilen bir plan temelinde son derece kapsamlı bir risk korumasının sağlanması halinde, daha az risk altında olanlar kendilerini bu düzenlemeler sonucunda ortaya çıkan denge içerisinde daha kötü durumda görebilirler.

Ara Kriterler

A. Erişim

Sağlık politikaları tartışmalarında, erişim ve özellikle de erişimin dağılımı konusu son derece önemlidir. Eleştirilenler genellikle fakirlerin, kırsal alanlarda yaşayanların, belirli bir etnik kökene sahip olanların, ya da diğer tıbbi koşullarda bulunanların hizmete “erişimi” olup olmadığını sormaktadır.

Şu anda, tüm bu konuşmalar için, “erişim” teriminin anlamı genellikle belirsizdir. Özellikle, bu terim üç son derece farklı kavramın birini belirtmek için kullanılmaktadır. Öncelikle, hizmetler belirli bir alanda mı verilmektedir? Burada erişim basitçe *fiziksel kullanılabilirlik* anlamına gelmektedir ve girdilerin (yataklar, doktorlar, hemşireler, vb) nüfusa karşılaştırmalı olarak coğrafi dağılımı ile ölçülebilir. Erişimin ikinci anlamı kullanımdır. Burada kullanılan ölçütler hastaneye yatırma sayıları, hasta vizitleri, ya da çeşitli nüfus grupları için kişi başına uygulanan prosedürlerin sıklığıdır. Üçüncü nosyon, erişimle genellikle elde edilmek istenen kavramı en yakın şekilde yansıtan nosyondur. Bu fikri *etkin kullanılabilirlik* olarak adlandırıyoruz. Her şeyin ötesinde, fiziksel kullanılabilirlik etkin kullanılabilirliğe dönüşmeyebilir, çünkü çeşitli engeller insanların fiziksel olarak mevcut bulunan tesisleri kullanmasını engelleyebilir. Bunlar konumu, maliyeti, seyahat sürelerini, bekleme sürelerini, hizmet saatlerini, sağlayıcının davranışını vb içerebilir.

B. Verim

İkinci ara kriterimiz verimdir. Bu, ürettiğimizi *nasıl* ürettiğimizle ilgili bir konudur. Sağlık planlamacıları belirli bir hizmetler grubunun maksimum sağlık durumu kazançlarını üretip üretmediğini belirtmek için genellikle benzer bir terim – yani maliyet etkinliği – kullanırlar. *Verimlilik maliyetle istenen sonuçlar arasındaki bir ilişkidir.*

C. Kalite

“kalite” genel başlığı altında ortaya konan geniş bir fikirler yelpazesi vardır.

Öncelikle, kalite yalnızca sunulan hizmetin miktarı anlamına gelebilir. Aşağıdaki ifadeyi göz önüne alınız: “Teyzem en kaliteli bakımı aldı. Onun için her şeyi yaptılar”. İkinci olarak, kaliteden bahsederken çoğu sağlık profesyoneli klinik kalite üzerinde odaklanmaktadır. Bu, hem bakımı sağlayanların vasıflarını (örneğin cerrahın kullandığı tekniği) hem de bakımı sağlayanların tanı ve tedavi hakkında doğru kararları verip vermediğini kapsar. Genellikle teknik kaliteyi değerlendiremeyen hastalar, bunun yerine kalitenin üçüncü bir yönü üzerinde odaklanma eğilimindedir. Bunlar, daha iyi gözlemleyebildikleri ve değerlendirebildikleri hizmet kalitesinin çeşitli yönleriyle ilgilenirler.

Hastaların ilgilendiği hizmet kalitesi kendi içerisinde çok sayıda boyuta sahiptir. Bir hastanenin otel hizmetlerini; yemeği, temizliği ve hastane odasının konforunu, vb içerir. Hastalar aldıkları bakımın kolaylığını da yargılayabilir ve yargılar. Randevu almak için ne kadar beklemeleri

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

gerekir? Klinikte doktorla görüşmek için ne kadar beklemleri gerekir? Ne kadar seyahat etmeleri gerekir? Aynı zamanda kişiler arası ilişkileri de gözlemlerler. Hizmeti veren kişiler nazik, ilgili ve duygusal olarak destekleyici midir? Son olarak, bakım süreci içerisinde hastanın gördüğü saygı konusu önemlidir. Yeterli bilgi verilmiş midir? Süreç içerisinde oynamak istedikleri rolü seçmelerine izin verilmekte midir?

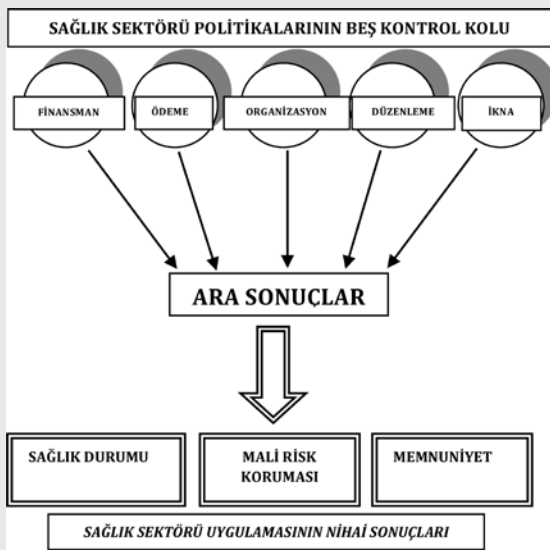
Tüm hastalar kalitenin tüm çeşitleri ile eşit olarak ilgilenmezler ve tüm etik teoriler de kalite alanı içerisinde neyin önemli olduğu konusunda aynı görüşü paylaşmazlar. Objektif faydacılar klinik kalite üzerinde odaklanır. Subjektif faydacılar hastaları ilgilendiren konular üzerinde odaklanır. Liberalizm hastanın seçimine – hasta özellikle seçim yapmayı istemese bile – gösterilen saygıya özel önem verir,

E. Maliyet

Bir sağlık hizmetleri sisteminin değerlendirilmesinin bir bölümü bir bütün olarak sektör için ne harcadığının (yani maliyetin) uygunluğu hakkında bir yargıya varılmasını içerir. Maliyet önemlidir, çünkü sağlık sektörünün maliyeti ne kadar yüksek olursa, diğer sosyal ve ekonomik hedeflere ulaşmak için gösterilecek çabalara o kadar az kaynak kalır.

Yalnızca hükümet harcamalarına bakılması yeterli değildir. Sağlık sektörünün toplam maliyetinin (kamu ve özel) bir ara kriter olarak – hastalar ve aile üyeleri tarafından harcanan zaman ve çaba gibi parasal olmayan maliyetleri de kapsayacak şekilde – düşünülmesi gereklidir. Bu, sağlık sektörünün toplam ekonomik yüküne (“fırsat maliyeti”) bakmanın yoludur.

Beş Kontrol Kolu



Sağlık sektörü politikalarının sorun teşhisi ve iyileştirme sürecine yardımcı olmak için sağlık sektörünün anahtar özellikleri ile ilgili olarak beş “kontrol kolu” önerilmektedir. Bu “kontrol kolları” sistemin performansını geliştirmek için sağlık politikası uygulayıcılarının dikkatlerini değişkenlere çekmektedirler .

Sistemin diğer yollarından bahsetmek mümkün olabilir ancak bu beş yollu kontrol kolları belirli sorunların nedenlerini sıralamada yararlı bir yol sunmaktadır.

Finansman: Bu kısım sağlık sektöründeki faaliyetler için para toplayan ve ödeyen süreçlerin ve yapıların hepsine işaret etmektedir. Bunun içinde sigorta primleri ve hastalar tarafından yapılan doğrudan ödemeler vardır.

Ödeme: Doktorlara, kamu sağlık çalışanlarına vb. hizmet sunuculara para tedariki ile ilgili tüm süreçlere işaret eder.

Organizasyon: Bunun içinde sektörün iki özellik grubu vardır. Makro yapı, kim ne yapıyor, kim kiminle rekabet ediyor gibi faaliyetlere organizasyonların nasıl bölündüğünü açıklar. Mikro yapı ise varlıkların içten nasıl organize olduğunu ve – görevlerin nasıl bölündüğü ve çalışanlara nasıl dağıtıldığını açıklar. Mikro yapı kuruluşların ödeme sisteminin yarattığı teşvike nasıl karşılık vereceğinin şekillenmesine yardımcı olur.

Düzenleme: Finansman araçlarının ve hizmet sağlayıcılarının her ikisinin de içinde yer aldığı devletin özel organizasyonların hareketlerini kontrol etmek için sarf ettiği çabalar bunun içindedir. Düzenlemelerin asıl amaçlarına göre dört ana kategorisinin olduğunu düşünmekteyiz: (a) nüfusun geneli için güvenlik korumasını sağlamak, (b) insanlar arasında değişimin ve işlemlerin kurallarını koymak, (c) temel sağlık hizmetinden herkesin yararlanmasını sağlayarak sosyal eşitliği geliştirmek ve (d) pazar yanlışlarını düzeltmek. Sadece kaptan bahsetmesinden (yazılı olduğundan) dolayı bir düzenleme uygulanıyor veya yürürlükte anlamına gelmeyeceğinin altını çizmek gerekir.

İkna: Teşviklerden farklı olarak bireylerin hareketlerini etkilemek için gayretler. Bu kontrol kolu, kitle iletişim araçlarındaki sigara kampanyalarından HIV önleme çabalarına, doktor hareketini etkilemek için yapılan gayretlerden aile planlamasına odaklanmış gruplarının organizasyonuna kadar her şeyi içine almaktadır.

Kontrol kolları sağlık sektörü içinde değişik noktalarda işlemektedir ve sağlık sistemi uygulamasının birçok yönünü açıklayabilir. Kontrol kolları sağlık sisteminde yer alan organizasyonları ve organizasyonların nasıl işlediğini etkiler. Finansman sistemi hangi kaynakların mevcut ve uygun olduğunu belirler. Ödeme sistemi, bireysel organizasyonları bu kaynakların hangi şartlarda sağlanacağını belirler. Sağlık sektörü organizasyonu iki yolla işler. Makro yapı organizasyonların dağılımını yaklaşık olarak nasıl ve nerede rekabet ettiklerini belirler. Mikro yapı ise belirli organizasyonların anatomisini ve fizyolojisini ve bu nedenle sergilemek istedikleri hareketleri belirler. Düzenleyici sistem izin verilen stratejiler ve hareketler üzerine bir grup kısıtlamalar koyar. Sonunda, sağlık sektörü organizasyonlarına bireylerin nasıl karşılık verdiklerini ve sıra ile bu organizasyonları şekillendiren fırsatlar, ikna gayretlerini etkiler.

AHS’de FİNANSMAN

Mevcut durum da Aile Hekimliği Sistemi (AHS) finansmanı temelde genel bütçe kaynaklıdır. Sistemin cari giderleri de dahil edilerek aile hekimlerine yapılan ödeme kişi başı sisteme göre yapılmaktadır. Finansman açısından bakıldığında bu uygulamalarla AHS’nin genel bütçeye olan mali yükü öngörülebilir stabil bir hale getirilmiştir. Sistemin ayaktan tedavilerde kullandığı laboratuvar hizmetleri merkezi idare döner sermaye saymanlığı tarafından blok kontrat yöntemi ile özel sektöre ihale edilmekte hizmet baş ödeme olarak hasta sigortasına fatura edilmiştir. Yine ayaktan tedavilerde reçetelendirilen ilaçlar genel sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Aile hekimlerince yazılan reçetelerden katkı payı alınmaya başlanmıştır. Reçetelerde yer alan 3 kutu veya 3 kaleme kadar ilaçlar için 3 lira, sonraki ilave her ilaç için 1 lira katılım payı alınmaktadır. Bu durumda mevcut aile hekimliği sistemi finansmanında genel bütçe, sosyal sigorta ve ilaçlı tedavinin sözkonusu olduğu durumlarda da cepten ödeme den bahsetmek mümkündür.

Birinci basamak tedavi hizmetleri de dahil olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu bu sistemde hasta açısından genel sağlık sigortasının da devreye girmesi ile finansal ulaşılabilirlik artmış eşitsizliklerin giderilmesi açısından katkı sağlanmıştır. Öte yandan katkı payı uygulamaları her zaman ve en önce en alt gelir grubunu olumsuz etkileyecektir ki bu grubun sağlık hizmetlerine en çok ihtiyacı olan grup olduğu söylenebilir.

AHS'de ÖDEME

Doktorlara yapılan ödeme kişi başı ödeme + cari giderler + maaş şeklinde düzenlenmiştir. Birinci basamakta "Kişi başı ödeme" sistemi ile planlanan şey; ikinci basamak sağlık hizmetlerinde daha maliyetli yapılan ve birinci basamakta da tedavi edilebilecek hastaların hizmet maliyet yükünden GSS'nı kurtarmak ve bu yolla sürdürülebilir bir finansman yapısına kavuşmaktır. Düzenleme kontrol kolunu kullanarak sevk zinciri uygulamasını getirerek bu hedefe ulaşmak mümkün olduğu düşünülse de sağlık sistemi genel idari yapısı da dahil olmak üzere ikinci ve üçüncü basamak finansman yapısının ve ödeme sistemlerinin büyük çoğunlukla döner sermaye gelirlerine bağlanmış olması sevk zinciri uygulamasının bu koşullarda mümkün olamayacağını düşündürmektedir.

Kişi başı ödeme sisteminin maliyet avantajı olmasına rağmen dezavantajı sağlık çalışanlarında hizmet üretiminde düşüş yaratmasıdır. Bu etki-den kurtulmak için ödeme kontrol kolunun bir diğer uygulaması negatif performans sistemi olmuştur. Kayıtlı hastalar dahilinde ki gebe, bebek ve çocuk takip ve aşıları negatif performansla teşvik edilmiştir. Sonuç olarak bu grup hastaların çok büyük oranda bu hizmetleri kullanması sağlanmaktadır. Etkin kullanılabilirlik artırılmış bu hasta grupları için erişimden kaynaklanan eşitsizlikleri gidermiştir. Uygulamanın yaşlı hastaların ve obezite de dahil kronik hastalıklar için de uygulanacağı yaygın bir şekilde dile getirilmektedir.

AHS'de ORGANİZASYON

Bu günkü Aile Hekimliği Sistemi (AHS) bir önceki sağlık ocağı sistemine göre önemli ölçülerde desantralize edilmiştir. Aile hekimliği birimleri (hekim + yardımcı sağlık personeli) sözleşmeli hale getirilmiş ve idari sorumlulukları bu birimlere devredilmiştir.

Bölge temelli (mahalle /sokak) sözleşme yapmak ve her türlü fizik koşulun sağlanmasını aile hekimine bırakmak eşitsizlik açısından farklı sonuçlar getirmiştir. Bunlardan biri dünyanın birçok ülkesinde ve ülkemizde de uygulanmış olan mecburi hizmet uygulamasının yerine birçok dezavantajlı bölge için sağlık personeli sağlamış bu anlamdaki eşitsizliklerin önüne geçmiştir. Ayrıca eskiden sıklıkla görülen tayinlere bağlı personel hareketi son derece kısıtlanmıştır. Öte yandan fizik koşulların mevcut teşviklerle sağlanması bazı bölgeler için bina, bina maliyetleri veya güvenlik gibi sebeplerle mümkün olmamaktadır. Buda başka bir eşitsizlik nedenidir.

Birimlere kalite standart normları getirilmiş norm üstü standartta olmak (A,B,C sınıfı birim) ödeme kolu ile teşvik edilmiştir. Uygulama ülkenin ve/veya kentin her yerindeki hizmet alım fizik koşullarını yükseltmek bölgesel eşitsizlikler de önlenmiştir.

Uygulamanın temelde ilgili bölge yerleşimli olması sosyal bazı sebeplerle hizmetin etkin kullanımı noktasındaki eşitsizlikleri giderdiği kolaylıkla söylenebilir. Bu özellikle kadınların güvenli dolaşım alanlarındaki bir hizmettir. Aynı zamanda yaşlılar ve çocuklar için de bu anlamda olumlu sonuçlar doğurmuştur.

AHS'de DÜZENLEME

Sistemin kendisi bir düzenleme (kanun) ile getirilmiştir. Çok sayıda ve çeşitli seviyelerde düzenlemeler (yönetmelik, tebliğ vb.) ile sisteme müdahaleler sürekli yapılmaktadır. Etkileri ise her biri için ayrıca tartışılabilir özelliktedir. Unutulmaması gereken sırf kitapta yazıyor diye istenen etkinin elde edilemediğidir.

AHS'de İKNA

Bu kontrol kolunda asıl uygulayıcı politikayı belirleyenlerdir. Yani Türkiye de devlet yada SGK gibi bağlı kuruluşlarıdır. Etkili bir uygulamaya çoğu zaman rastlamak mümkün olmamıştır. Akla gelen en etkili uygulamalar sigarayı bırakma, obezite ve 184 SABİM hattı kullanımı çalışmalarıdır. 184 SABİM uygulaması temelde hizmete ulaşımı kolaylaştırmak ve bu yolla eşitliği artırmak için yapılmış olmasına rağmen sonuç bizler için umulduğundan farklı ve can sıkıcı olmuştur. Bu uygulama için şunu söyleyebilirim ki hastalar içerisindeki adalet duygusunu artırmıştır. Sağlık Politikası karar vericilerinin ve uygulayıcılarının bu kontrol kolları ile eşitsizliklerin giderilmesi de dahil istenilen sonuçlara ulaşılması için yapılabilecek sonsuz sayıda varyasyon ve uygulama vardır. Bu durum dinamiktir ve tasarlanmış mükemmel sistem diye bir şey yoktur. Sonuç olarak, yazımın ilk paragrafında da belirttiğim gibi:

Sağlık hizmetleri politikası bir sonuç elde etmek için bir araçtır ve dolayısıyla nasıl bir sonuç elde edilmek istendiğine bağlıdır. Toplum sağlık hizmetleri politikası ile ne tür amaçlara ulaşmaya çalıştığına karar vermelidir. Hedefleri olmadan hiçbir politika gerçekleştirilemez.

Bu konsept Alice Harikalar Diyarında ki Alice ile Kedi arasındaki diyaloga güzel bir şekilde özetlenebilir:

A: "Bana lütfen söyler misin hangi yoldan gitmeliyim?"

K: "Bu tabii ki senin nereye gitmek istediğine bağlı"

A: "Nereye mi, ben pek bilmiyorum"

K: "O zaman hangi yoldan gideceğinin pek anlamı yok."

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

SOSYAL PEDIATRİ ÇOCUK SAĞLIĞINDAKİ EŞİTSİZLİKLERİ AZALTABİLİR Mİ?

Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

Çocukların sağlık düzeyi yaşadıkları topluma, ailelerinin ekonomik durumuna, eğitim durumuna, onlara götürülen sağlık hizmetinin niteliğine bağlı olarak ülkeden ülkeye, bir ülke içinde bölgeden bölgeye değişiklik göstermektedir. Bu değişiklik çocuk sağlığı düzeyini gösteren ölçütlerdeki farklılıkla görünür kılınmaktadır. Bu ölçütler mortalite, morbidite hızları, ölüm nedenleri, ölümlerin yaş gruplarına dağılımı, en sık görülen hastalık türleri, malnutrisyon hızları, aşılama ve diğer koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerine ulaşma oranları gibi sayılarla dile getirilirler.

Ölüme ilişkin ölçütler sağlık açısından çocuklar arasındaki eşitsizliği çok belirgin olarak gösterirler. Bu ölçütler açısından dünya ülkeleri arasında büyük eşitsizlikler vardır. Örneğin Afganistanda bebek ölüm hızı binde 71 iken, yine bir Asya ülkesi olan Japonya'da binde 2 dir. Doğumda yaşam beklentisi Norveçte 81 yıl iken yine bir Avrupa ülkesi olan Bosna Hersek'te 64 yıla düşmektedir. Afrika kıtasının Doğu ve Güney ülkelerinde binde 51 olan BÖH, Orta ve Batı Afrika'ya gidildiğinde binde 76 ya yükselmektedir. Bu sayılar dünya çocukları arasında sağlık açısından eşitsizlikler olduğunu açıkça göstermektedir.

Ülkemizdeki göstergelere bakacak olursak, TNSA 2013 de Türkiye'de BÖH binde 13 olarak hesaplanmışken son on yıl için kentsel bölgelerde binde 16, kırsal bölgelerde binde 22 bulunmuştur. Batı Anadolu bölgesinde binde 13 olan hız Doğu Anadolu bölgesinde binde 24 e yükselmektedir. Annenin eğitim durumu lise ve üzerinde ise binde 9 iken, ilkokul ve altında ise binde 26 ya, ailenin refah düzeyi yüksek olduğunda 16 iken refah düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında 21 e çıkmaktadır. Ülkemiz çocuklarının sağlık durumunda da bölgelere, ekonomik duruma ve ailenin eğitim durumuna göre eşitsizlikler olduğu görülmektedir.

Çocuk Sağlığı düzeyini gösteren ölçütlerin bize sunduğu şey çocukların durumu hakkındaki sonuçlardır. Bu sonuçların nedenleri ise yoksulluk, eğitimsizlik, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yetersizliklerdir. Bu nedenlerin temelinde ise ülke yönetimindeki politik tercihler yatmaktadır. Sosyal pediatri alanında çalışanlar eşitsizlikleri azaltmak için bireysel ve örgütsel çabalar gösterebilirler. Bu çabalar arasında eşitsizliklerin saptanması, eşitsizliklere ilişkin farkındalık yaratılması, çözüm önerileri üretilmesi sayılabilir.

Eşitsizlikleri saptamak

Sosyal pediatristler çocukların sağlığındaki eşitsizlikleri ortaya çıkarmak için araştırmalar yapabilirler. Çocuklar arasındaki mortalite, morbidite oranları, hastalık ve ölüm nedenleri konusunda yapılacak çalışmalar sonucunda elde edilen sonuçlar eşitsizlikler üzerine yorum yapabilmek için temel verileri oluşturacaktır. Bu çalışmaları yaparken resmi ya da sivil örgütlerle işbirliği yapılarak ülke çapında temsiliyeti olan veriler elde edilebileceği gibi, kıyaslanabilir yöntemlerle bölgesel ya da yöresel veriler elde edilen daha ufak çaplı çalışmalar da yapılabilir. Üniversitelerin Sosyal pediatri Bilim Dallarında eşitsizlikleri ortaya çıkaracak tez çalışmalarını yürütülebilir.

Farkındalık Yaratmak

Farkındalık eşitsizliklerin görünür kılınmasıyla sağlanabilir. Farkında olması gerekenlerin başında genel anlamda toplum gelmektedir. Çünkü eşitsizlikleri ortadan kaldıracak stratejileri yaşama geçirecek olan yöneticilerin seçimi toplum tarafından yapılmaktadır. Eşitsizliklerin bilincinde olan toplum yöneticilerini seçerken onların sundukları çözümleri daha doğru değerlendirebilir. Bu çözümler arasından en gerçekçi ve yararlı olanları ayırt edebilir. Toplumda farkındalık yaratmak amacıyla sosyal pediatristler yazılı ve görsel medyayı kullanabilirler. Konferans ve panelere katılıp eşitsizliklere dikkat çekebilirler.

Farkındalık yaratılacak diğer grup Tıp Fakülteleri öğretim üyeleri ve öğrencileridir. Bu gün Tıp eğitimi hastalıkların tanısı ve tedavisi konularına büyük ağırlık vermekte koruyucu sağlık konularının eğitimi daha az zaman ve yer almaktadır. Sosyal Pediatri Bilim Dallarında örgün eğitim içinde özellikle pediatri eğitiminde konunun öğrenim programında yer alması için çaba gösterebilirler. Ayrıca olgu sunumları, klinik toplantıları, seminerler gibi konularda eşitsizlikleri gündeme alarak farkındalık yaratabilirler. Öğrenciyken bu konulara dikkati çekilmiş öğrenciler ileride meslek yaşamlarında eşitsizlikleri farketmek ve çözüm üretmek konularında daha girişken olabilirler.

Çözüm üretmek

Eşitsizliklerin temel nedeni yoksulluk, eğitimsizlik ve yetersiz sağlık politikalarıdır. Bu temel nedenler doğrudan sosyal pediatri alanındaki çalışmalarla çözüme ulaştırılamaz. Ancak eşitsizliklerin saptanması ve farkındalık yaratma çabaları bu konudaki çözümler için dolaylı yoldan yararlı olabilecek desteklerdir. Öte yandan Her Sosyal Pediatri Bilim Dalının uygulama alanı olan Sağlam Çocuk Poliklinikleri küçük yerel çözümler üretmek için laboratuvarlar olabilirler. Yoksul ve eğitim düzeyi düşük ailelere çocuk bakımı ve yetiştirilmesi konusunda eğitim vermek, beslenme, hastalıklardan korunma yollarını anlatmak, bu aileler ile destek grupları arasında bağlantı kurmak, sosyal yardımlar konusunda aileleri bilgilendirmek gibi çabalar deniz yıldızlarının suya geri atılması gibi ufak bireysel yararlar sağlayacak ve öğrenci ve asistanlara eğitim olacaktır. Sosyal Pediatri stajları bu çabalar açısından çok yararlı fırsatlar yaratabilir. Öte yandan Sosyal Pediatri Bilim Dallarının Fakülte dışında özellikle dezavantajlı mahallelerde hizmet veren sağlık kurumlarıyla işbirliği yapması, öğrencileri bu kurumlarda da eğitime göndermesi hem öğrencilerin eğitimine, hem gidilen kurumun eğitimine katkıda bulunur hem de Üniversitenin toplumdan kopuk bir fanus içinde eğitim yapmasının aksine toplumun gerçekleriyle yüzleşmesi ve çözüm üretmesine katkıda bulunabilir.

Kaynaklar

1. UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu Raporu 2014
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013
3. Kocabaş A. Küresel ve Ulusal Akciğer Salıḡına En Büyük Tehdit: Saḡlıkta Eşitsizlik. *Toraks Bülteni* (2014): 9-13
4. Ergin I, Kunst EA *Regional inequalities in self-rated health and disability in younger and older generations in Turkey: the contribution of wealth and education BMC Public Health* (2015) 15:987
5. Frosch RM, Shenassa ED *The Environmental "Riskscape" and Social Inequality: Implications for Explaining Maternal and Child Health Disparities Environ Health Perspect* (2006)114:1150–1153
6. Baysal A *Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* (2003) 25 (4): 66-72
7. Pala K *Saḡlıkta Hakkaniyeti Artırmak ve Saḡlığın sosyal Belirleyicilerini Vurgulamak için Ulusal Tıp Birliklerinin ve Hekimlerin Rolü Sempozyumu Toplum ve Hekim* (2015) 30 (1): 59-63

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

16 Kasım 2016, Çarşamba, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
10:45 - 11:25	BESLENMENİN TOPLUMSAL BOYUTU	Gülbin GÖKÇAY, Feyza KOÇ
10:45 - 11:15	Prevention of Obesity	Stuart LOGAN

PREVENTION OF OBESITY

Prof. Dr. Stuart LOGAN



4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

16 Kasım 2016, Çarşamba, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
14:10 - 15:20	KRONİK HASTALIKLAR	Kadriye YURDAKÖK, Fırat KARDELEN
14:10 - 14:30	Kronik Hastalıklarda Beslenme Destek Ürünlerinin Kullanımı	Reha ARTAN
14:30 - 14:50	Kök Hücre Transplantasyonlarında İzlem ve Sosyal Sağlık	Akif YEŞİLİPEK
14:50 - 15:10	Kronik Hastalık İzleminde Biyopsikososyal Bütünlük	Sema AKMAN

KRONİK HASTALIKLARDA BESLENME DESTEK ÜRÜNLERİNİN KULLANIMI

Prof. Dr. Reha ARTAN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı

Özel tıbbi amaçlı besinlerin ağız yoluyla, tüple veya gastromiden verilmesine ENTERAL BESLENME denir.

Enteral ürünlerin çeşitliliği, enteral beslenmenin tedaviye faydalı etkilerini gösteren kanıtlara bağlı olarak artmıştır. Ağızdan ve tüple beslenme ürünleri sürekli gelişmektedir ve bu ürünlerin hastanın bireysel gereksinimleri ve seçimleri doğrultusunda dikkatli olarak değerlendirilmesi gereklidir. Ne ucuz ürünler, ne pahalı ürünler en iyi ürünler demektir. Her olguda klinik durumdaki değişimlere göre kullanılacak ürünlerin değerlendirilmesi ilkedir.

Enteral besin sınıfları	Altsınıf	Niteliği	Endikasyonları
Polimerik	Standard	Yaşa uygun beslenme düzenine benzer	Normal sindirim
	Yüksek azot	Protein > toplam kaloringin %15i	Katabolizma Yara iyileşmesi
	Kalori yoğunluğu	1.5-2 kcal/mL	Sıvı kısıtlaması Elektrolit denge bozukluğu
	Lif içeriği	Lif 5-15 g/L	Bağırsak işlevlerinin düzenlenmesi
Monomerik - Oligomerik	Elemental (Aminoasit bazlı)	Proteinler değişik ölçüde hidrolize edilmiş	Sindirim ve emilim işlevlerinin yetersizliği
	Yoğun kazein hidrolize Peptit bazlı		
	Yoğun whey hidrolize Peptit bazlı		
Hastalığa özgü	Renal	Düşük protein, düşük elektrolit	Böbrek yetersizliği
	Hepatik	Yüksek DZAA, düşük AA, düşük elektrolit	Hepatik ensefalopati
	Pulmoner	Yağdan gelen kalori oranı daha yüksek	ARDS
	Diyabetik	Düşük KH	Diyabetes mellitus
Bağışıklığa etkili	Arjinin, glutamin, omega-3 YA, antioksidan		Metabolik stres, Bağışıklık işlev bozukluğu

Enteral besinlerin bileşimi;

Karbonhidratlar : Karbonhidrat kaynakları suda eriyebilir, sindirilebilir ve ozmolalitesi düşük olmalı. Genellikle, mısır şurubu, hidrolize mısır nişastası, maltodekstrin gibi glükoz polimerleri kullanılıyor. Bazı hastalığa özgü enteral besinlerde früktoz kullanılıyor. Prebiyotik etkili frükto-oligosakkaritleri içerenler olabiliyor. Basit şekerler dediğimiz glükoz ve sakkaroz, damak tadına uygun olmakla birlikte ozmolaliteyi belirgin yükseltiyor. Genel olarak laktoz içermiyorlar, laktoz sindiremeyenler için önlem gerekmiyor.

Yağlar : Lipitler, izotonik olmakla birlikte yüksek enerji kaynaklarıdır. Genellikle mısır ve soya yağı kullanılıyor. Kanola ve ayçiçek yağı da bulunabiliyor. Bu bitkisel yağlar, başlıca uzun zincirli trigliseritlerden oluşuyor ve esansiyel yağ asidi sağlamanın yanı sıra ozmolaliteyi yükseltmiyor, damak tadını bozmuyorlar. Solunum sorunları olanlarda ve glükoz entoleransında yağ içeriği yüksek, yağ emilim bozukluklarında yağ az enteral besinler kullanılıyor. MCT (orta zincirli trigliseritler), safra tuzu ve pankreatik lipaza, sağlam bağırsak epiteline gereksinim olmadan etkin emilebilen yağlar olup yağ sindirim ve emilim bozukluklarında kullanılıyor. Bununla birlikte MCT, esansiyel yağ asitlerini içermediği, mide boşalmasını geciktirdiği için ve tadı nedeniyle toplam yağın yarısından fazla konamıyor.

Proteinler : Proteinler tam olduğunda standart (polimerik), kazein veya whey protein kısmen hidrolize veya yoğun hidrolize olduğunda hidrolizat (oligomerik), serbest aminoasitler biçiminde olduğunda tam hidrolize veya aminoasit bazlı (monomerik) enteral besinlerden söz ediliyor. Bunlar, hastanın hastalığının durumuna ve protein sindirebilmesine göre seçiliyor. Genellikle kazeinatlar ve soya proteini izolatları kullanılıyor. Böbrek hastalıkları için hemen hemen protein içermeyen, stres ve bağışıklık yetersizliği durumlarına yüksek protein içeren ürünler kullanılıyor. Hastalığa özgü, dallı zincirli aminoasitler, glutamin, arjinin içeren ürünler seçiliyor.

Su içeriği : Kalori yoğunluğu arttıkça su içeriği azalıyor. İzokalorik (1kcal/mL) içerenlerin %85'i su iken, yüksek kalorili (2 kcal/mL) olanların %70'i su oluyor.

Minibesinler : Vücut ağırlığına uygun hacimde içirilebildiğinde günlük önerilen miktarları %100 karşılayabiliyor. Bazı hastalığa özgü enteral besinler günlük gereksinimi tam karşılamayabiliyorlar.

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

Posa (lif) : Dışkı kıvamını düzenlemek için iki yaş ve üzeri enteral besinlere ekleniyor. Genellikle soya polisakaritleri, erimeyen lif olarak kullanılıyor. Diğer erimeyen lifler, sellüloz, hemisellüloz, lignin'lerdir. Eriyebilir lif olarak guar sakızı, yulaf lifi, pektin kullanılıyor. Hem ishalden hem kabızlıktan koruyor. Sıvı kısıtlaması olan veya sindirim sistemi geçiş süresi uzamış, yavaşlamış olgularda lif içeren besinler ek sorunlara yol açabiliyor.

Glutamin : Glutamin, enterosit sayısını ve farklılaşmasını artırarak intestinal bariyeri geliştirir. Mini paketlerde toz halinde ve erişkinler için bir sıvı ürünün içinde bulunabilmektedir.

Süreğen hastalık durumlarında enteral beslenme :

Diyabet : Glisemi 100-220 mg/dL amaçlanıyor, toplam enerjinin %30'u yağdan gelmeli, mide boşalmasında gecikme, mide atonisi, tip I'de sık görülüyor.

Böbrek hastalıkları : Sıvı kısıtlaması için 2 kcal/mL ürünler seçiliyor, diyaliz öncesi düşük proteinli (0.6-0.8 g/kg/gün), diyaliz yapılabilirken standart proteinli (1-2 g/kg/gün) kullanılıyor.

Solumun hastalıkları : kaloriden zengin, günlük kalorinin %30-50'si (daha yüksek oranda) yağdan gelen, protein 1-2 g/kg/gün içeren besin seçiliyor.

Karaciğer hastalıkları : Yüksek kalori içeren, assit/ödem varsa sodyumu kısıtlı, ensefalopati varsa proteini kısıtlı (0.6 g/kg/gün), ensefalopati yoksa standart proteinli (1-2 g/kg/gün) besin seçiliyor.

Kalp hastalıkları : Aşırı beslenmeden kaçınılıyor. Sıvı kısıtlamasının yanı sıra büyümeyi, kilo almayı destekleyen (2 kcal/mL) seçim yapılıyor. Karaciğer, böbrek ve solunum yetmezliğinde kullanılmak üzere gereken özellikleri sağlayan erişkinler için üretilmiş az sayıda "hastalığa özel beslenme ürünü" on yaşın üzerinde çocuk ve ergenlerde kullanılabilir. Pankreatik yetmezlik, kısa bağırsak sendromu, inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi sindirim işlev bozukluğu olan hastalar, hidrolize veya peptid içeren ürünlerden yarar sağlarlar. İki yaşına değin bu amaçla kullanılabilen toz mamalar olup daha sonra iki-on yaş arası bir sıvı, tadı hoş olmadığı için yalnızca tüple beslenmede kullanılabilen iki sıvı, bir toz mama ülkemizde bulunmaktadır.

Modüler (birimlerden oluşan) besinler : Modüler beslenme düzenlemesinin içinde tek veya bir arada makro besin öğeleri vardır. Bazı hastalar, özel gereksinimlerin karşılanması için, değişik besin maddelerinin eklenmesi veya karıştırılması ile oluşturulan özel ürünlerden yarar sağlayabilir. Bebekler ve çocuklarda yağ içermeyen, protein içermeyen, karbonhidrat içermeyen toz mamalar, diğer besinlerle birlikte metabolik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Yalnızca maltodekstrin içeren beş gramlık bir ölçüğü 19 kcal içeren karbonhidrat modüler ürününün yanı sıra 2.5 gramlık bir ölçüğü 2.2 gm. kazein içeren protein modüler ürünü, çocuk hekimleri arasında yaygın bilinmekte, katkı amacıyla kullanılmaktadır.

Günlük kalori gereksinimi'ni hesaplarken ;

Doğumdan sonra ilk üç ay 120 kcal/kg , bir yaşına değin 110 kcal/kg, 10 kg üstü 1000 kcal + 50 kcal/kg, 20 kg'ın üstünde 1500 kcal + 20 kcal/kg.

Örneğin; 8 kg. bebek, $8 \times 110 = 880$ kcal; 17 kg.oyun çocuğu $1000 + (7 \times 50) = 1350$ kcal.; 29 kg.okul çocuğu $1500 + (9 \times 20) = 1680$ kcal. günlük enerji gereksinir.

İştahsız çocuklarda besin seçimi: İştahsız ama hareketli (picky eater, infantil anoreksi) olgularda genellikle final boy ve vücut ağırlığı etkilenmemektedir. Doğru besinleri sunmak, doğal davranmak yeterli, tehdit veya vaatlerde bulunmamak gereklidir. Yemek yemekten korkan çocuklarda da olabildiğince ilişkileri germeden, ısrar değil teklifte bulunmak önerilir. Böyle çocukların öz geçmişinde sıcak besinlerle ağız yanığı, beslenme sırasında tıkanma, boğulayazma, hastanede tüple beslenme gibi örseleyici durumlar çoğunlukla bulunabilmektedir. Beslenmekten korkan bebeklerde, yarı uyur durumda biberonla beslenmeye göz yummaktayız. Bazen beslenme gelişim basamaklarını aşarken yeme güçlüğü, iştahsızlık ortaya çıkabilmektedir. Bunlar işlevsel iştah bozukluğu olup organik hastalık araştırmak sonuç vermemektedir. Bu durumda, bir süre için katı besinden püre kıvamlı besinlere, kaşıktan biberona geri dönmek çoğu kez sorunu çözmektedir. Yemek seçen çocuklar, besinlerin biçim, renk, sunumlarına bağlı olarak kesin bir reddetme davranışındadır. Bunlarda çoğunlukla temizlik konusunda titizlik, temas edilen veya ayakla basılan yüzeyler konusunda seçicilik, parlak ışıklı gürültülü ortamlardan rahatsızlık gibi duysal sorunlar da bulunabilir. Yemek seçen çocuklarda makro veya mini besin eksiklikleri için risk vardır. Katkı veya enteral beslenme desteği gerektirebilirler. Organik hastalıklara bağlı iştah ve beslenme bozukluğu olan bebeklerde, genellikle standart besinlerin (0.7 kcal/mL) yerine izokalorik (1 kcal/mL) sıvı enteral beslenme ürünlerine başvurulmaktadır. Bunların sağlanması veya tat yorgunluğu sorun olursa, ev yapımı besinlerin zeytinyağı, tereyağ, maltodekstrin katkılarıyla zenginleştirilerek sunulması olanaklıdır.

Günlük hekimlik uygulamamızda, çocuğun bir şeyler yemesini "iş edinen" "iş gibi hissedenden" anneler ile karşılaşmaktayız. Toplumsal beslenme kültürümüzde "başarılı anne, çocuğunu besleyebilen annedir" ilkesi yadsınmaz. Çocuğunu haksız yere "iştahsız" niteleyen anne babalara, sağlıklı bir çocukta porsiyon konusundaki temel bilgiyi zaman zaman anımsatmak zorunda kalmaktayız. Altı yaşında bir çocuk, erişkin porsiyonunun 2/3'ü, üç yaşında bir çocuk 1/2'si, bir yaşında bir çocuk 1/3'ü kadar yiyebilir. Bebek ve çocukların öğünde 20 mL/kg yiyip içmesi, yeterli ve gereklidir, mide sığası 30 mL/kg'dır. Bu rakamlar, anne babalara söylenip çocuklarının "ne kadar yediğine" odaklanması sağlanırsa, doğru bir ileti vermiş olmayız. Onlardan beklenen "ne yediğine" "öğünlerin süresine" odaklanması, çeşitli sağlıklı besinlerle çocuğu karşılaştırması, sunmasıdır.

Sonuç olarak, enteral beslenme tedavisi ve ürün seçimi, süreğen hastalığın gereği ve hastaların gereksinimine yanıt verecek şekilde bireysel olmalı ve her olguda klinik durumdaki değişimlere göre ürünlerin değerlendirilmesi gereklidir.

KÖK HÜCRE TRANSPLANTASYONLARINDA İZLEM VE SOSYAL SAĞLIK

Prof.Dr. M.Akif YEŞİLİPEK

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Kemik iliği nakli günümüzde çocukluk çağında birçok hastalığın tedavisinde küratif tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Periferik kan ve kordon kanının da kök hücre kaynağı olarak kullanıma girmesiyle genel olarak hematopoetik kök hücre transplantasyonu (HKHN) olarak adlandırılmaktadır. HKHN yapılacak olgularda öncelikle HLA uyumlu bir vericiye ihtiyaç vardır. Öncelikle kardeş, anne-baba olmak üzere aile içi, yoksa akraba dışı gönüllü verici bankalarından donör bulunarak nakil işlemine başlanır. HKHN sürecinin ilk 1-2 ayı hastanede anne refakatinde geçer. Nakil servisinden çıktıktan sonra ise 3-6 ay kadar yakın poliklinik izlemi söz konusudur. Nakil sonrası GVHD gibi komplikasyonlar hastane ve poliklinik izlem süresinin uzamasına neden olur.

Bu süreç göz önünde tutulduğunda hasta çocuk ve ailesini sosyal yönden zor ve sorunlu bir dönemin beklediği açıktır. Bu sorunları üç kısımda düşünebiliriz:

1. Hasta çocuk,
2. Aile (anne-baba ve diğer bireyler),
3. Kardeşler.

Hasta çocuklarda nakil servisine yatmadan önceki hastane izlem döneminde nakil süreci ile ilgili merak ve endişeler ön plandadır. İleri yaşta veya adölesan çocuk hastalar gerek çevreden gerekse iletişim yollarını kullanarak bu konuda bilgi toplama çabası gösterirler. Özellikle adölesan hastalarda "neden ben" sorusu ön plandadır. Nakil servisine alındığı dönemde ise tedavi süreci ile ilgili endişelere özgürlüklerinin kısıtlanması, evinden ve okul arkadaşlarından ayrı kalma gibi sosyal sorunlar eklenir. Ölüm korkusu sözel olarak ifade etmese de birçok hastada anksiyete yaratmaktadır. Bu dönemde hastalarımız çok kolaylıkla depresyona girebilirler. Hastanın depresif olması sonucu tedaviyi üstlenmiş doktor ve hemşire ekibi ile diyalog güçlükleri tedavi seyrini olumsuz etkileyebilmektedir.

HKHN uygulanan çocuk hastalarda tedavi süreci aslında tüm aile bireylerini olumsuz etkilemekle birlikte anne-babalar hiç şüphesiz ilk tanı konulduğu günden beri ruhsal travma yaşamaktadırlar. Hasta çocuklarını kaybedebilecekleri korkusunu hissetmektedirler. Tedavi sürecinin uzun olması, büyük bir bölümünün evden ayrı olarak hastanede geçmesi anne-baba için önemli bir sorundur. Tedavi için başka bir şehire gitmek zorunda kalan ailelerde ise bu sorunlar çok daha büyük boyutlardadır. Çalışan anneler çoğunlukla iş yerlerinden izin alma konusunda güçlüklerle karşılaşmakta bazen de işini bırakmak zorunda kalmaktadır. Bu tedavi süreci bir çocuğun annesine en çok ihtiyaç duyduğu bir dönemi oluşturmaktadır. Anne her aşamada çocuğunun yanında olmak ister. Ancak bazen hasta çocuğundan başka daha küçük bebeğinin olması anneyi çıkmaza sokabilmektedir. Veya okul çağında çocuğu olan anneler çocuklarını varsa bir yakın akrabalarına bırakmak zorunda kalmaktadır. Birçok anne çocuğunun bu hastalığa yakalanmasından sorumlu olduğunu düşünür ve kendisini suçlu görür. Babalar ise hastane dışında kalarak tedavi süreci ile ilgili dış destekten sorumludurlar. İşyeri ile ilgili sorunlar babalar için de geçerlidir. Bazen kendi işyeri olan bir baba da işini-işyerini terketmek-kapamak zorunda kalmaktadır. Başka bir şehire yerleşmek zorunda kalıp iş değiştiren aileler de olmaktadır. Anne-babaların karşılaştıkları güçlükler evliliklerin sonlanması ile de sonuçlanabilmektedir. Özellikle çocuğun kaybı ile sonuçlanan tedavi süreci sonunda anne-baba ayrılığı ile aile tamamen parçalanabilmektedir.

Hasta çocuğun kardeşleri de HKHN sürecinden olumsuz etkilenmektedir. Kardeşlerin bakım sürecinde ve okul devamlılığında güçlükler yaşanabilmektedir. Genetik hastalıklarda kardeşlerde de hastalık riski söz konusu olabileceği için kardeşler de hastalık yönünden değerlendirilmelidir. HKHN için kardeşlerine verici olacak sağlıklı çocuklar yapılacak işlem hakkında yaşlarına uygun olarak bilgilendirilmelidir. Genellikle çevrelerinden bir ön bilgi almış ancak yine de endişeli görülürler. Son yıllarda HKHN uygulanacak hasta çocuk için HLA uygun, verici olabilecek kardeş sahibi olma şansı veren preimplantasyon genetik tanı (PGD) uygulamaları önem kazanmıştır. Ancak böyle bir istekle gelen ailelere sadece hasta çocuğu kurtarmaya yönelik değil aynı zamanda gerçekten başka bir çocuk sahibi olmayı istemelerinin önemli olduğu vurgulanmalıdır. Kardeşi için verici olan çocuklar HKHN sonrası hasta çocukta yaşanacak olumsuzluklardan kendilerini sorumlu tutabilmekte ve bu nedenle suçluluk hissedebilmektedir.

Sonuç olarak HKHN hasta çocuk ile birlikte tüm aileyi etkileyen bir tedavi sürecidir. Aile-hekim ilişkileri iyi düzeyde tutulabilmesi bu zor dönemin geçişinde büyük önem taşımaktadır. Hasta çocuk ve aile bireylerinin mümkünse ruhsal ve sosyal yönden desteklenmesi yarar sağlayacaktır.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

KRONİK HASTALIK İZLEMİNDE BİYOPSİKOSOSYAL BÜTÜNLÜK

Prof. Dr. Sema AKMAN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları



16 Kasım 2016, Çarşamba, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
15:40 - 16:45	BESLENME	Başak TEZEL, Aygen YILMAZ
15:40 - 16:00	Anne Sütü Niçin Hala Önemli?	Songül YALÇIN
16:00 - 16:15	Yapay Beslenme İlkeleri	Gülbin GÖKÇAY
16:15 - 16:35	Vitamin ve Mineral Desteği	Selda BÜLBÜL

ANNE SÜTÜ NİÇİN HALA ÖNEMLİ?

Prof. Dr. S. Songül YALÇIN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Sosyal Pediatri Ünitesi

Emzirme gebelik döneminde göbek kordonu ile olan anne-bebek bağının doğum sonrası da devam etmesini sağlar. Emzirmenin hem anne için hem de bebek için sayısız olumlu etkileri bilinmektedir. Emzirmeye erken başlama ile annelerde uterusun erken toplanmasının sağlandığı, kan kaybının önlendiği saptanmıştır. Bebeğe sadece anne sütü gebelikten korunmaya da katkıda bulunmaktadır. Emzirmeye devam etme annenin kilo vermesini kolaylaştırırken, uzun dönemde de kanser, obezite ve tip II DM riskini azaltmaktadır. Emzirilen bebeklerinde daha az enfeksiyon hastalıklarına yakalandığı, daha az hastaneye yattıkları, sağlık harcamalarının azaldığı, ilerleyen yaşlarda daha az kronik hastalık riskine sahip oldukları bildirilmiştir.

Anne sütünün içeriği günümüzde halen tam olarak çözümlenememiştir. Anne sütü günün şartlarına göre değişen ve yaşayan bir sıvıdır. Anne sütünde biyoaktif bileşenler ve büyüme faktörleri yanı sıra makrofajlar, lenfositler, multipotent ve pluripotent kök hücreler gibi canlı hücreler bulunduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda, anne sütü içerdiği küçük düzenleyici RNA molekülleri (miRNA) ile DNA metiltransferaz ve Histon deasetilaz gibi epigenetik düzenleyicilerin ekspresyonunu kontrol edebilir. Anne sütünün besinsel içeriği bebeğin kısa vadeli gereksinimleri karşılarken ileriki hayatında da en iyi sağlık düzeyine ulaşmasını sağlar. Emzirmede bebek beslenmeyi, tatmini ve doymayı kendisi kontrol eder ve ileri hayatta başta obezite olmak üzere beslenme bozukluklarının önlenmesini, azalmasını sağlar. Sonuç olarak anne sütünü eşsiz yapan birçok özellik vardır.

YAPAY BESLENME İLKELERİ

Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı

İlk altı ayda çeşitli nedenlerle anne sütü alamayan bebeklere tercihen anne sütüne yakınlaştırılmış inek sütünden yapılmış formül süt ya da formül mama adı verilen hazır mamalar verilir. Anne sütü olmadan yapılan bu beslenmeye yapay ya da doğal olmayan beslenme denir. Formül mamalar temel olarak whey ağırlıklı mama (WAM) ve kazein ağırlıklı mama (KAM) olmak üzere iki çeşittir. Whey ağırlıklı hazır mamalar anne sütüne en yakın içeriğe sahip olduğu için ilk 6 ayda tercih edilmelidir. Belirli bir aydan sonra WAM yerine KAM kullanımını bilimsel olarak destekleyen araştırmalar çok sınırlı sayıdadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Codex Alimentarius'a göre hazırlanmış herhangi bir mamayı güvenli ve yeterli bulmaktadır. Bebek mamalarının hatalı içerikleri ve/veya çeşitli maddelerle bulaşları sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu olası sorunları önlemek amacıyla DSÖ toz mamaların 70°C sıcaklıktaki su ile hazırlanmasını önermektedir. Böylece toz bebek mamalarındaki bakteriler etkisizleşmektedir. Bu sıcaklıktaki su kullanımında mamaların yapısında değişiklik olmadığı belirtilmektedir.

Anne sütü ile beslenmeyen bebeklerde hastalık riski daha yüksek olduğu için öğünlerin hazırlanması özel bir titizlik ister. Mama hazırlanmasının genel prensipleri tabloda verilmiştir. Anne sütü hiç almayan bebeklerde biberon kullanılabilir. Ancak biberonun temizliğine çok dikkat edilmesi gerekir. Ayrıca biberon deliğinin uygun boyutta olduğu da kontrol edilmelidir. Mama için kullanılan tüm araç gereçlerin (biberon, plastik meme başı vb.) kaynatılarak sterilizasyonu ve kullanılıncaya kadar buzdolabında saklanması uygun olur. Mamalar kutularında belirtilen ölçülere göre hazırlanmalıdır, bu konuda yapılan hatalar kilo alma sorunlarına ve hipernatremiye neden olabilir.

Bebeklerin bir öğünde alacakları miktar aylarına göre doğal olarak değişiklik göstermektedir. Öğün miktarı ve sıklığı bebeğin istekliliği de göz önüne alınarak planlanmalıdır. İdeal olarak bir seferde bebeğin yiyebileceği kadar mama hazırlamak gerekir. Eğer bebeğe daha sonra verilmek üzere hazırlanırsa, ilk 24 saatte kullanılmalı, 5°C veya altındaki ısıda saklanmalıdır. Daha önce hazırlanmış soğuk mama bebeğe verilmenden önce sıcak suyun içinde ısıtılmalıdır. Mikroalga kullanımı uygun değildir. Bebeğin mamayı yemesi en fazla 1 saat sürmelidir. Bebek mamasını yedikten sonra kalan kısmın atılması uygun olur, bebeğe tekrar verilmemelidir.

Yapay beslenme riskleri nedeni ile özel dikkat gerektiren bir uygulamadır. Biberon kullanımı sırasında bebeğin yakından gözlenmesi, mümkünse anne memesinde imiş gibi bebeğin tutularak beslenmesi gelişimi açısından yararlı olabilir. Mama hazırlanmasında tabloda belirtilen prensiplerin uygulanması da çok önemlidir. Ayrıca sağlık çalışanları yapay beslenme konusunda önerilerde bulunurken, Dünya Sağlık Konseyinde kabul edilen "Anne Sütü Muadilleri Yerine Kullanılan Ürünlerin Pazarlanmasına İlişkin Uluslararası Yasa" maddelerine uyulmasını da yakından izlemelidirler.

Tablo : Mama hazırlanmasının prensipleri

- Hazırlamak için kullanılacak alan iyice temizlenmiş olmalı
- Başlamadan önce eller sabun ve suyla yıkanmalı ve temiz bir havlu ile kurulanmalı
- Yeter miktarda su kaynatılmalıdır. Su ısıtıcısı kullanılacaksa kendiliğinden durana kadar kaynatmaya devam edilmelidir. Şişe suları, filtre edilmiş sular steril değildir ve kullanılmadan önce kaynatılması gerekir. Mikroalga fırınlar bebek maması hazırlanırken asla tercih edilmemelidir
- Kullanılacak su 70°C altında olmayacak şekilde temiz ve sterilize edilmiş biberon veya fincana eklenir. Bu ısıyı sağlamak için kaynatılmış su 30 dakikadan fazla bekletilmemelidir
- Mama kutusunun üzerinde yazdığı miktarda mama suyun içine katıldıktan sonra su ve mamanın tam karışmasını sağlamak için sallamak veya fincan kullanılacaksa temiz, steril bir kaşık ile karıştırılmalı
- Hazırladıktan sonra soğutmak için hızla soğuk suyun altına tutmak veya soğuk su içine oturtmalı
- Kullanmadan önce biberonun veya fincanın dışı kurulanmalı
- Bebeğe vermeden hemen önce mamanın ısısının tekrar kontrol edilmeli.
- İki saat içinde tüketilmemiş mama atılmalı ve bebeğe tekrar verilmemelidir

ÇOCUKLARDA VİTAMİN VE MİNERAL KULLANIMI

Prof.Dr. Selda BÜLBÜL

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Vitaminler, yaşamın devamı ve normal büyüme gelişme için gerekli organik maddelerdir. Hayvanlar ve insanlar bu maddeyi yapamadıkları için dışarıdan almak zorundadırlar. Günümüzde vitamin ve mineraller sıklıkla kullanılan ilaçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ürünler özellikle yaşlılar, kadınlar, gelir düzeyi yüksek olanlar, iyi eğitilmişler, iyi beslenmenin hastalıklara iyi geleceğine inananlar tarafından kullanılmaktadır. İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada (Coşkun, 2010), araştırma grubunun %34.6'sının düzenli, %40.8'inin ise ara sıra vitamin kullandığını, kişilerin %35.2'sinin kendini yorgun hissettiği için, %31'inin dengeli beslenmediği için, %22'sinin ise doktoru önerdiği için vitamin kullandıklarını belirtmişlerdir. Son yıllarda bu konuda yapılan sayısız çalışma, metaanalizler ve Cochrane Database Sistemik derleme yazıları vitamin, mineral ve diğer antioksidan besin öğelerinin kanseri önleme ve/veya tedaviye yanıtın artırılmasında anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir. Coulter'ın sistematik derlemesinde C, E vitamini veya coenzimQ10 un kanseri önleme veya kanser tedavisinin etkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı da bildirilmiştir. Ayrıca, Bjelakovic G ve arkadaşları, sağlıklı kişilerde birincil veya ikincil korunmada antioksidan desteğinin anlamlı bir etkisi olmadığı gibi, beta-karoten, vitamin E ile yüksek dozlarda A vitamini desteklerinin mortaliteyi artırdığını da belirtmektedirler. Çocuklar için günlük vitamin gereksinimleri ya erişkin gereksinimlerine göre ya da anne sütü vitamin düzeyleri baz alınarak belirlenmektedir. Beyin gelişimi için çok önemli olan folik asitin gebelerde kullanımı ile bebeklerde nöral tüp defektlerinin önlenmiş olması bu vitaminin gebelerde düzenli kullanımını gerektirmiştir. Gene bebeklerde ve gebelerde mutlaka destek olarak düzenli verilmesi önerilen bir diğer besin ögesi D vitamini. Vitamin A da kritik öneme sahip (eksikliğinde gece körlüğü, anemi, immun yetmezlik gelişir) olsa da henüz rutin kullanımına dair bir düzenleme yoktur.

Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde yanlış beslenme teknikleri sonucunda vitamin/mineral eksiklikleri oldukça sık görülmektedir. Eksikliklerine bağlı patolojilerin önlenmesi için de destek ürünlerin kullanımı yaygın olarak uygulanan bir yöntemdir. Regan ve arkadaşlarının yaptığı geniş kapsamlı bir çalışmada, beslenme durumu iyi olan 2-8 yaş arasında çocuklarda vitamin-mineral destekli ürünlerin kullanımının günlük vitamin alım düzeyini çok fazla etkilemediği, diğer yaşlarda ise destek ürün kullanmanın pek çok vitamin /mineral alımını istenilen düzeye yaklaştırdığı gösterilmiştir. Ancak destek ürünlerin kullanımıyla bile çocukların %30'unda kalsiyum, Mg, fosfor, A ve D vitamini alımı halen düşük, Fe, Zn, bakır, folik asit ve A vitamininin ise fazla alımı söz konusudur.

Özel durumlar dışında, anne sütü ile beslenen bir bebek için K ve D vitaminleri (her doğan bebeğe 400 IU/gün) dışında diğer vitamin ve minerallerin dışarıdan verilmesine gerek yoktur. **Uygun ve yeterli beslenme ile bebek ve çocukların gereksinim duyduğu tüm mineral ve vitaminler sağlanabilmektedir.**

Sadece özel durumu olan çocuklarda dışarıdan destek sağlanmalıdır;

- Süregen hastalığı olan çocuklar (kistik fibrozis, karaciğer hastalığı, safra yolları veya barsak hastalığı olanlar)
- Kalıtımsal metabolizma hastalığı olan bebekler
- Anneleri vejetaryan olan bebekler

Sonuç olarak, bütün vitaminleri –mineralleri içeren “mucize” bir besin yok, bu nedenle doğadaki besinleri dengeli ve yeterli biçimde tüketmek gereklidir. Şu anda sağlıklı çocuklara rutin vitamin-mineral desteği vermek “fazla alım” riski nedeniyle rutin önerilmemektedir.

Kaynaklar

- 1) Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. *Cochrane Database Syst Rev. Antioxidant supplements for prevention of mortality in healthy participants and patients with various diseases.* 2012 Mar 14;3:CD007176. doi: 10.1002/14651858.CD007176.pub2.
- 2) Cortés-Jofré M, Rueda JR, Corsini-Muñoz G, Fonseca-Cortés C, Carabaloso M, Bonfill Cosp X. *Drugs for preventing lung cancer in healthy people.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10:CD002141. doi: 10.1002/14651858.CD002141.pub2.
- 3) Coulter I, Hardy M, Shekelle P, Morton SC. *Effect of the Supplemental Use of Antioxidants Vitamin C, Vitamin E, and Coenzyme Q10 for the Prevention and Treatment of Cancer. Evidence Report/Technology Assessment, Number 75 Agency for Healthcare Research and Quality, October, 2003*
- 4) Coşkun F, Turhan H: *İstanbul'da vitamin kullanım alışkanlıkları ve bu alışkanlıkları etkileyen faktörler üzerine bir araştırma Marmara Eczacılık Dergisi 14: 21-28, 2010.*
- 5) Regan L, Bailey, Victor L, Fulgoni, Debra R, Keast, Cindy V, Lentino, Johanna T, Dwyer: *Do Dietary Supplements Improve Micronutrient Sufficiency in Children and Adolescents? The Journal of Pediatrics 2012: 161, 837-842.e3*

16 Kasım 2016, Çarşamba, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
16:45 - 18:30	MECLİS GÜNDEMİNDE ÇOCUK	Betül Ulukol, Gülbin Gökçay
16:45 - 17:15	Cezaevleri ve Çocuk	Aytuğ ATICI
17:15 - 17:45	Parlamentoda Çocuklar İçin Neler Yapılmalı ?	Deniz DEPBOYLU
17:45 - 18:15	Parlamentoda Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Çalışmalar, Yasal Düzenlemeler	Yılmaz TUNÇ

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

CEZAEVLERİ VE ÇOCUK

Aytuğ ATICI

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profesörü, CHP Mersin Milletvekili

Çocuk, yasalarımıza göre, 17 yıl 365 günden küçük bireydir. Bu yaşın sınır alınması, bireyin kendi kararını veremeyecek, kendini koruyamayacak ve yaşamını sürdüremeyecek olmasındandır. Çocukların bu biyolojik özelliklerinden hareketle korunmaya gereksinimleri olduğu açıktır.

Türkiye’de çocuklar yeterince korunup ihtiyaçları karşılanmadığı için çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Çocukların suça sürüklenmesi, çalıştırılması, cinsel istismarı, cinsel şiddet ve diğer şiddetlere maruz kalmaları, çocukların ülkemizde doğrudan karşı karşıya kaldıkları önemli sorunlardır. Çocukların haklarına ve saygınlıklarına gölge düşürmeden korunmalarını ve gelişmelerini sağlamak görevimizdir.

Çocukların yaşadığı hak ihlalleri ve sonucunda maruz kaldıkları uygulamalar, çocukta telafisi olmayan yaralar açmaktadır. Bu yaraların toplumsal yaşama da yansıdığı bilinmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Emniyet Genel Müdürlüğü rakamlarına göre emniyet birimlerine getirilen suça sürüklenmiş çocuk sayısı hızla artmaktadır. Artan bu sayı ile daha çok çocuk dört duvar, güvenlik ve yasalarla tanışmaktadır. Çocuğun bu tanışıklığı ileriki yaşamında telafisi imkânsız yaralar açmaktadır.

Türkiye’de üç grup çocuk, büyüklerin sebep olduğu durumlardan dolayı, dört duvar arasında büyümek zorunda bırakılmaktadır:

- 1-Suçta sürüklenen çocuklar,
- 2-İktidara muhalif davranışlarda bulduklarından, eylemlerine zoraki suç yaratılan çocuklar,
- 3-Hapiste tutuklu veya hükümlü annesinin yanında kalmak zorunda olan çocuklar ve bebekler.

“Cezaevinde Çocuk Olmak” ismiyle başlattığımız bir projede, dört duvar arasında büyümeye mahkum edilen çocukların yaşadığı alanların değerlendirilmesi, günlük sorunların yerinde görülmesi, kamuoyunun bilgilendirilmesi ve dikkatinin bu yöne çekilmesi, ayrıca saptanan sorunlara çözüm üretebilmek için “Çocuğun Yüksek Yararı” çerçevesinde yasa teklifleri hazırlanması amaçlanmıştır. Proje kapsamında yaptığımız çalışmalar 2015 yılında bir kitap halinde yayınlanmıştır (www.aytugatici.com).

“Cezaevinde Çocuk Olmak” projesi kapsamında, Türkiye’deki çeşitli ceza infaz kurumlarında tutuklu, hükümlü veya annelerinin yanında bulunan çocuklar ziyaret edilmiştir.

TÜİK rakamlarına göre suça sürüklenen çocuk sayısı 2009- 2013 yılları arasında %68,9 artmıştır. Bu rakamlar ülkede uygulanan ekonomik ve sosyal politikaların giderek daha çok sayıda çocuğumuzu suça sürüklediğini göstermektedir. Mevcut yasa ve uygulamalar ile çocuklarımızın korunamadığını, çocuklarımızın suça sürüklendiği zeminlerin sürekli beslendiğini ve binlerce çocuğu dört duvar arasında büyümeye mahkum edildiğini rakamlar açıkça göstermektedir. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun da işe yaramadığı ortadadır.

Yöneticiler, sanki güzel bir şeymiş gibi, 2017 yılına kadar dört yeni çocuk cezaevi yapılacağını vaat etmektedir. Çocukların sorunlarını çözebileceğini bu vaatle kabul eden yöneticiler, çocukların suça sürüklenmeye devam edeceğini öngörmektedir. Başka bir deyişle, iyi bir gelecek planlamak yerine, çocukları cezalandırmak için cezaevi yatırımı yapmaktadır.

12.03.2015 itibarı ile Adalet Bakanlığı verilerine göre 12-17 yaş arası 2100 erkek ve 65 kız çocuğu, toplam 2165 tutuklu ve hükümlü çocuk cezaevlerindedir. 18-20 yaş arası gençlerin sayısı ise 8.017’dir. Tutukluluğu, peşin cezaya dönüştüren zihniyetin, aynı uygulamayı çocuklara da uygulamaktan çekinmeyip tutukluluğa çözüm üretmeyi düşünmediği görülmektedir.

Diğer yandan sürekli değişmekle beraber, yaklaşık 400 çocuk-bebek annelerinin yanında cezaevinde büyümektedir. Bu rakam 30 Ocak 2014 tarihinde 339’dur. Cezaevlerinde kalan ve orada büyüyen çocukların çok önemli sorunları vardır. Aslında çocuğun dört duvar arasında büyümesi başlı başına bir sorundur. Bu sorunların başında beslenme gelmektedir. Devlet hem beslenme paralarını kendilerinden-ailelerinden tahsil etmekte hem de yeterli gıda vermemektedir.

Çocuğu yanında olmayan, çocuğuna cezaevi dışında bakılan ve emziren annelerin çocuklarının maruz kaldığı uygulamalar da önemli bir sorundur. Bu annelerin yaptıkları açık görüş sıklığı ve süresi diğer mahkûmlarla aynı olup ayda sadece bir kez ve yaklaşık bir saattir. Bu durum, çocuğunu göremeyen ve emziremeyen anneye ek ceza ve eziyete dönüşmektedir. Ayrıca bu durumda bebekler ve çocuklar da cezalandırılmaktadır.

Tutuklu çocuklar, hükümlü çocuklara göre daha ağır ve erişkinlerle aynı şartlarda ceza çekmektedirler. Çünkü Türkiye’nin her tarafında çocuk hükümlülerin eğitildiği, korunduğu ve topluma yeniden kazandırılmaya çalışıldığı çocuk infaz kurumları ve eğitimevleri yoktur. Peşin ceza olan tutuklama yoluyla dört duvar arasına atılan çocukların sorunları dışarı çıkınca daha da artmış hale gelmektedir. Çocuğun sosyal ve ekonomik sorunların yanına cezaevi travması da eklenmektedir. Devlet, tahliye sonrası bu çocuklara uzman desteği yanında sosyal yardım vermediği için ceza katlanmaktadır.

Bu çalışma kapsamında görüşülen yüzlerce suça sürüklenmiş çocuk, aileleri, cezaevlerindeki sosyal hizmet çalışanları, psikologlar, öğretmenler ve konuyla ilgili sivil toplum örgütlerinden elde edilen bilgiler ve öneriler doğrultusunda tarafımızdan yasa teklifleri hazırlanmıştır. Ayrıca TBMM’nin bir araştırma komisyonu kurarak çocukların ve toplumun bu önemli sorununu her yönüyle ve partiler üstü bir anlayışla ele alarak çözüm üretmesi için yine tarafımızdan bir Araştırma Önergesi verilmiştir.

Toplumun bu kanayan yarasını iyileştirmek, başta yasama organı olmak üzere hepimizin görevidir.

PARLAMENTODA ÇOCUKLAR İÇİN NELER YAPILMALI ?

Deniz DEPBOYLU

MHP Aydın Milletvekili

Çok değerli Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi Katılımcıları;

Canımızdan değerli bulduğumuz, sevgili çocuklarımızın yaşamını daha değerli kılmak, iyileştirmek, güzelleştirmek için dördüncüsünü düzenlediğiniz bu anlamlı Kongreye beni davet ederek, sizlerle bir arada olma fırsatı sunduğunuz için teşekkür ediyor saygılarımı sunuyorum.

Sağlıklı toplumun temelleri, toplumu oluşturan bireylerin ideal bir hukuk düzeninde, hak ve hürriyetlerinin korunduğu, sağlıklı ve güven ortamı içinde kendilerine sunulan imkânlarla en iyi şekilde yetiştirilmesiyle mümkündür.

Çocukluk dönemi, insanın kişilik gelişiminin tamamlandığı, gelecekteki yaşamının temellerinin atıldığı çok özel ve hassas bir dönemdir. Başta devlet olmak üzere aile ve yakın çevresi çocuğun güven içinde büyüerek, sağlıklı ve eğitilmiş bireyler olarak gelişmesi için her türlü tedbiri almakla sorumludur.

Ancak ülkemizde yaşanan olaylar ve araştırmalar dikkate alındığında, çocuklarımızı yeterince koruyamadığımız aşıkardır.

Çocuklara yönelik işlenen suçlar ve çocuk ihmalleri bir çok çocuğun fiziksel ve ruhsal travma yaşamasına sebep olmaktadır. Bugün hala eğitim hakkı gasp edilmiş, eğitime devam edemeyen çocuklar mevcuttur. Çocuk yaştaki kızların erken yaşta evlendirilmesinin önüne geçilememiştir. Çocuk işçiliği son bulmamış, yasal boşluklardan yararlanan yetişkinler tarafından çocuklar bu konuda istismar edilmektedir. Çocuklar yasadışı örgütlerin ideolojik ve siyasi istismarına maruz kalmakta ve hatta suça itilmektedir. Çocukların suça karışmış olmasının, yaşadığı çevrede yeterince korunmamış olması, yani ihmal edilmesi sebebiyle gerçekleştirildiği unutulmamalıdır.

Bütün bu sorunlara ek olarak, Suriye’de yaşanan kriz sonrası oluşan göç dalgası ile sorun ve sorumluluklarımız artmış bulunmaktadır. Ülkemize yerleşmiş ya da misafir olan ailelerin çocuklarına yönelik yapılacak olan çalışmaların planlanması; bu çocukların korunması ve adaptasyonu ile ilgili düzenlenmesi gereken yasal mevzuatın oluşturulması önem arz etmektedir.

Çocukları korumada en önemli hususlardan biri de yasaların çocukları ne kadar koruma altına aldığına bilinmesidir. Bu sayede çocuklarla ilgili görevleri ve sorumlulukları olan her birey kendine düşen görevi daha iyi kavrayabilecek, gerektiği yerde müdahale edecek ve tüm istismara uğramış çocukları yasal organlara bildirebileceklerdir. Bunun sağlanabilmesi için de etkili ve işlevselliği yüksek kanun ve yönetmeliklerin oluşturulması gerekmektedir.

Anayasa’nın 41/2. maddesi uyarınca, Devlet “çocukların korunması” ile ilgili önlemleri almakla yükümlüdür.

Birleşmiş Milletler, Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin 19. Maddesine göre; taraf devletler, çocuğun bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suiistimale, ihmâl veya ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil, her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alması istenmektedir.

Bir devletin gücü himayesindeki çocukların güven, huzur içinde; eşit haklara sahip olarak; eğitim haklarını sonuna kadar kullanarak ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı büyümesiyle ölçülür. Zira çocuklar milletin ve devletin geleceğinin teminatıdır. Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin en büyük sorumluluğu çocuklarımızı ve onların geleceğini teminat altına almaktır.

Çocuklarımızın korunması ve layık oldukları yaşam standartlarına kavuşmalarının sağlanması amacıyla; mevcut yasa ve mevzuatlarda çocukların yararına yönelik kısımları üzerinde tarama ve inceleme yapmak; gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasını sağlamak ve yeni yasaların oluşturulmasına destek vermek amacıyla “TBMM Çocuk Hakları Komisyonu” adı altında sürekli komisyon oluşturulması önem arz etmektedir.

TBMM’de çocuklarla ilgili olarak yapacağımız hemen hemen her konuşmada “çocukların yüksek yararı” cümlesini dile getirir, eleştirilerimizi veya savunmalarımızı bu ilkeyle destekleriz.

Çocuklar güçsüz, savunmasızdırlar ve bu nedenle haklarını savunacak, onları koruyacak düzenlemelere, kurumlara ve yetişkinlere ihtiyaç duyarlar. Başta Devlet olmak üzere Aileler, çocuğa bakmakla yükümlü olanlar, kurumlar bu haklara saygı gösterme, ihlâl ve ihmal etmeme, mevcut hakları daha da ileriye götürüp, güçlendirme sorumluluğuna sahiptirler.

Bu sebeple, çocuğa sağlanan koruma kanunlarının, yasaların, üretilen politikaların ve uygulamalarının değerlendirilmesinde, çocuğun yüksek yararını göz önünde tutmak zorundayız. Çocuklara yönelik temel hizmetlerin sunulmasında, ekonomik kriz dönemleri de dahil olmak üzere, her zaman öncelik verilmesi sağlanmalı; çocukların hakları gözetilmelidir.

Çocuğun yaşamını etkileyebilecek sorunlar, fiziksel, zihinsel, psikolojik, cinsel ve sosyo-kültürel nedenlerden kaynaklanabilir.

Üretilen günlük politikalarla, çocuklarımızın yaşadığı sorunların veya karşı karşıya kaldıkları risklerin ortadan kaldırılması mümkün değildir. Olası risk ve sorunların çözümü yahut engellenmesi için milli bir çocuk politikamızın olması, bu çalışmaların uzun vadeli planlanması ve de uygulanması aşamasında takibinin yapılması gerekmektedir.

Oluşturulacak olan “Çocuk Hakları Sürekli Komisyonu”nun, bu çalışmaların planlı ve disiplinli bir şekilde yapılmasını sağlama ve de geliştirile-

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

cek politikaların alt yapısını hazırlama aşamasındaki önemi çok büyüktür.

Son yıllarda bir çok gelişmiş ülkede, çocuklara yönelik ulusal insan hakları koruma kurumları kurulmuştur. Çocuk haklarının ihlaline ilişkin şikayetleri kabul ederek değerlendiren bu birimler, Çocuk Ombudsmanlığı adı altında faaliyet göstermekte olan önemli ve etkin kurumlardır. TBMM’de yapabileceğimiz yasal bir düzenlemeyle kurulabilecek olan bu kurum; bulgularını parlamentoya ileterek çocuklarla ilgili olarak reform niteliğindeki düzenlemelerin gerçekleştirilmesine imkan sağlayabilecektir.

Ülkemizdeki önemli sorunlardan birisi de çocuk yaşta kızlarımızın evlendirilmesidir. Erken yaş evlilikleriyle ilgili olarak, TÜİK 2014 verilerine göre 16 -17 yaş arasında 1.670 erkek, 34.629 kız çocuğunun evlendiği bildirilmektedir. Ancak Türkiye’de evli olan çocuk sayısının 181.000 civarında olduğu bilgisi de mevcuttur. TÜİK araştırmalarını 16-17 yaş arasında sınırlandırmış ve bu araştırmayı resmi evlilik kayıtlarına göre yapmış bulunmaktadır. Maalesef ülkemizde çok daha erken yaşta çocuk evliliklerinin gerçekleştiğini ve bu evliliklerin hepsinin yasal olarak gerçekleşmediğini de bilmekteyiz. Son 10 yılda kız çocuklarını okullaştırma oranında önemli mesafeler kat ettiğimiz belirtiliyor. Çok güzel de, okullaştırma oranı olarak bize her zaman okula başlayan çocukların sayısı veriliyor. Ancak eğitime erişim tek başına yeterli değil. Asıl sorun kız çocuklarının okula devam etmelerini sağlayabilmek.

Milli Eğitim Bakanlığının sunduğu bilgilere göre ” 2013 yılında 174.625 öğrenci ilköğretim kurumlarını (ilkokul ve ortaokul) terk ederken, 2014 yılında ilköğretim kurumlarında öğrenim gören 234.932 öğrenci okulu terk etmiştir. Ancak açıklanan bilgilerde okulu terk eden öğrencilerin cinsiyet bilgileri ve nedenleri sunulmamıştır. Eğitim Reformu Girişimi’nin 2014-2015 eğitim izleme raporuna göre, 2014 yılı itibarıyla ortaöğretimden erken ayrılan öğrencilerin oranı Türkiye’de yüzde 38, AB ülkelerinde ise yüzde 11 olduğunu belirtmiş.

Ülkemizde kız öğrencilerin yüzde 39.9’unun lise ve dolayısıyla yükseköğrenim aşamalarına geçmeden eğitim sürecini terk ettiğini ya da terk etmek zorunda kaldığını gösteriyor. Bu da her 100 kız öğrenciden 40’ının eğitimin ileri aşamalarından, sonuç olarak da büyük çoğunluğunun istihdamdan yoksun kalması anlamına geliyor.

Kız çocuklarımızın eğitim sorunlarının yanı sıra ücretsiz ev işlerinde çalışıp ailesini desteklemesi sebebiyle de yaşadıkları sorunlar var. Bu çocukların sayısı da yedi buçuk milyon civarında ve de bu durum onların eğitim alma haklarını da ellerinden alabiliyor. Çocuk işçiliğini cinsiyet ayrımı gözetmeksizin tüm çocuklarımızı için ele aldığımızda ise, ortaya çıkan sayısal tablo bizi daha çok üzüyor. Yasadışı olarak çalışan çocukların işten ayrılarak eğitim hayatlarına devam etmeleri için yardıma gereksinimleri vardır. Parlamento çocukların sağlık, eğitim ve sosyal hizmet haklarını güvence altına alan yasalar çıkarmak zorundadır. Çalışan çocuklar çalışma hayatından çıkarak okula dönmeli, kendilerine uygun eğitim programlarına katılarak meslek sahibi olmaya teşvik edilmelidir.

Temel hizmetlere erişim problemleri ve yoksulluk çocuğun çocuk işçi olma ihtimalini yükseltmektedir. Çocuklar için ve çocuklarla olan faaliyetlerine özel bir bütçe ayırması çok önemlidir. Ayrılacak özel bütçe mevcut sorunların araştırılarak tespit edilmesinin yanı sıra; yargı, eğitim, sağlık, spor gibi çocuğa özel yapılacak tüm yatırımlarda planlama ve uygulama sorunlarının giderilmesini sağlayacaktır. Çocuk yoksulluğunun azaltılmasına yönelik stratejiler geliştirilmeli ve kabul edilen olası yöntemlerin denemesi desteklenmelidir.

Çocuklara yönelik olarak yapılacak çalışmaların planlanması aşamasında çocukların beklenti ve fikirlerini öğrenmek, sorunlarını dinlemek hazırlanacak programların ve uygulamaların verimliliğini arttıracaktır. Dünyanın bir çok bölgesinde parlamentolar bu sebeple çocuklarla etkileşime geçmeye başlamıştır. Çocukların sorunlarını, görüşlerini, beklenti ve hassasiyetlerini dile getirebilecekleri parlamenter toplantılar başta okullar olmak üzere bir çok kurumda gerçekleştirilebilir. TBMM’nin çocuk parlamentolarına danışarak yasal adımlar atması, çocuğa duyarlı ve çocukların da duyarlılık gösterebileceği yasaların çıkmasına olanak sağlayabilecektir.

Meclisin çocuklar için çıkardığı yasaların uygulanması aşamasında takipçi olması çok önemlidir. Bu takibi yapabilmek için çocukların yanı sıra STK’lar ile bağlantı kurmalı, toplantılarına zaman zaman çocukları ve STK temsilcilerini dahil etmelidir. Uygulama aşamasında karşılaşılan en önemli sorun kurumlar arası koordinasyon sorunudur. Bu sorunun giderilmesi için özel bir çaba harcamak gerekmektedir.

Çocuklarımızın yaşadığı her sorun ve karşı karşıya kalabilecekleri tehditlerle ilgili olan her durumun çözümü veya engellenmesi siyaset üstü bir durumdur. Bu sebeple çocuklarımızın iyiliği için gündeme getirilmiş olan her türlü önerge parlamento içinde bu hassasiyetle ele alınmalı, siyasi çekişmelerin gölgesinde bırakılmamalıdır.

Bugün burada olmak ve sizlerin değerli bilgilerinden ilham alarak fikirlerimizi geliştirebiliyor olmak, yüreğimizi yarınlara yönelik olarak umutla doldurmaktadır. Zor bir coğrafyada, tarihin farklı dönemlerinde zorluklarla, ağır bedeller ödeyerek koruduğumuz eşsiz vatanımızda, yine farklı sorunlarla mücadele ederek yarınlarmızı inşa etmeye devam ediyoruz.

Ben Türkiye Cumhuriyetini kurarak, bize vatanımızı, demokrasi ve cumhuriyeti emanet eden Büyük Önder Mustafa Kemal Atatürk, silah ve fikir arkadaşları başta olmak üzere tüm şehit ve gazilerimize huzurunuzda şükranlarımı sunmak istiyorum. Sahip olduğumuz değerleri bir emanet olarak kabul edip, yine bizlere emanet olan sevgili çocuklarımıza aktararak; onlara güzel ve güvenli bir gelecek sunmak için sizlerle birlikte çalışmaktan onur duyacağımı ifade etmek istiyorum.

Dördüncü Ulusal Sosyal Pediatri Kongremizin başarılı ve verimli geçmesini diliyorum; sizleri saygıyla selamlıyorum.

PARLEMENTODA ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR, YASAL DÜZENLEMELER

Yılmaz TUNÇ

AK Parti Bartın Milletvekili



4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

16 Kasım 2016, Çarşamba, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
18:30 - 19:00	AKILCI İLAÇ KULLANIMI	Ahmet ERGİN
18:30 - 19:00	Akılcı İlaç Kullanımı	Ayşe KILIÇ

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Prof.Dr.AYŞE KILIÇ

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,Sosyal Pediatri

Akılci ilaç kullanımı tanımı ilk defa 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır.

Uygun Olmayan İlaç Kullanımı Şekilleri

Çoklu ilaç kullanımı
İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı
Klinik rehberlere uyumsuz tedavi seçimi
Piyasaya yeni çıkan ilaçların uygunsuz tercihi
İlaç kullanımında özensiz davranılması
(uygulama yolu, süre, doz..)Uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması
Gereksiz İlaç Kullanım Şekilleri
Gereksiz yere antibiyotik tüketimi
Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi
Gereksiz ve uygunsuz vitamin kullanımı
Bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı
İlaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi

Akılci olmayan ilaç kullanımı tanımında yer alan maddelerden herhangi birinin veya birkaçının karşılanamaması durumu, hastaların tedaviye uyuncunun azalmasına yol açabilir. Ayrıca ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına neden olabilir. İstenmeyen yan etkilerin görülme sıklığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur.

Tanı Ve Tedavi Sürecinde Akılci İlaç Kullanımı

Hastanın sorununun tanımlanması, hekim tarafından doğru tanının konulması, ilaçlı veya ilaçsız, etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması,tedavinin gerçekleştirilebilirliğinin ve maliyetinin değerlendirilmesi,t edavinin başarısı ve hastanın uyuncunun değerlendirilmesi gereklidir. Eğer ilaçla tedavi uygulanacaksa uygun ilaçların seçimi, çoklu ilaç kullanımlarında etkileşimlerin öngörülmesi önem taşımaktadır. Her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması gerekmektedir. Bu aşamada güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır. Hasta ve hasta yakını tedavi hakkında bilgilendirilmelidir.

Dö Tarafından Akılci İlaç Kullanımının Sağlanması İçin Önerilen 12 Temel Girişim

1. İlaç kullanım politikalarını koordine edecek ve bunların etkilerini izleyecek kurum
2. Eğitim denetim ve karar alma süreçlerinin desteklenmesine yönelik Klinik Tanı ve Tedavi Rehberlerinden yararlanma
3. İlk seçenekte tedavileri esas alan temel ilaçlar listesi oluşturma
4. Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi kurulları kurma
5. Mezuniyet öncesi müfredat programında probleme dayalı farmakoterapi eğitimi vermeyi sağlama
6. Bir gereklilik olarak hizmet içi sürekli tıp eğitimleri düzenlenmesi
7. Kurumsal çerçevede izleme, denetim ve geri bildirim sistemlerinin geliştirilmesi
8. İlaçlar konusunda bağımsız (tarafsız bilgi) bilgi kaynaklarını kullanma
9. Kamuoyunun ilaçlar hakkında eğitilmesi
10. Etik olmayan mali girişimlerden sakınılması
11. Uygun ve zorunlu düzenlemeleri hayata geçirme
12. İlaçların ve personellerin mevcudiyetini güvence altına almayıönelik yeterli devlet harcamalarının sağlanması

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı bünyesinde, akılci ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar, yaklaşık 20 yıldır sürmektedir. 12 Ekim 2010 tarihinde Bakan Oluru ile, akılci İlaç Kullanımı Birimi kurulmuştur.

19 Mart 2012 tarihinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde Akılci İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi kurulmuştur.

Akılci İlaç Kullanımı Temsilcileri ve İşbirliği

İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla 81 ilde İl Sağlık Müdürlüklerinde Akılci İlaç Kullanımı İl Temsilcisi bulunmaktadır. Hastane Hizmet Kalite Standartları gereğince, hastanelerde planlama yapmak ve faaliyetlerde bulunmak amacıyla Akılci İlaç Kullanımı Ekipleri oluşturulmuştur.

KAYNAKLAR

- 1- *Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, (25-29.12.1985).*
- 2- *WHO Policy Perspectives on Medicines; September 2002*

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

17 Kasım 2016, Perşembe, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
09:00 - 10:10	GENLER DENEYİMLER VE BİZİ BİZ YAPANLAR	Serpil Uğur BAYSAL, Esin ÖZATALAY
09:00 - 09:20	Prenatal Öykü Ne Söyler?	Nihal OYGÜR
09:20 - 09:40	Epigenetik	Ercan MIHÇI
09:40 - 10:00	Sosyal Öğrenme ve Rol Modeller	Taha KARAMAN

PRENATAL ÖYKÜ BİZE NE SÖYLER?

Prof. Dr. Nihal OYGÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD-Yenidoğan BD

Pediatristler açısından prenatal öykü, gebelik süresince bebeğin intrauterin ve postnatal gelişimini etkileyecek herhangi bir olumsuz etkenin varlığını araştırma amacına yöneliktir. Anamnez alma sırasında prenatal evreyi içeren ve çoğu zaman çok da dikkatle irdelenmeden rutin olarak sorulan bu sorular, bazen postnatal hastalıkların tanımlanmasında yol gösterici önemli ipuçları verirler. Bu nedenle prenatal öykü, gerçekte dikkatle alınması gereken bir anamnez bölümüdür.

Prenatal öyküde rutin olarak sorulan sorular; gebelik süresince geçirilen herhangi bir enfeksiyon, travma, radyasyon alımı, ilaç kullanımı, sigara-alkol kullanımı, cerrahi girişim, preeklampsi-eklampsi, maternal tiroid hastalığı ya da diyabet gibi genel sorular olmakla birlikte, gebeliğin takipli olup olmadığı, fetal ultrasonografinin belirli aralıklarla yapıp yapılmadığı, amnion sıvısının miktarı, bebeğin intrauterin hareketlerinin nasıl olduğu, gebeliğin spontan mı yardımcı üreme tekniklerinden biri uygulanarak mı gerçekleştiği, tek veya çoğul gebelik olup olmadığının da prenatal öykü bölümünde detaylı olarak sorulması gerekir.

I)Prenatal dönemde enfeksiyon geçirmiş olan bir gebede, bu enfeksiyonun viral mi bakteriyel mi yoksa intrauterin enfeksiyon taramaları sırasında pozitifliği saptanan bir intrauterin enfeksiyon etkeni mi olduğu, gebeliğin hangi evresinde geçirildiği detaylı olarak sorgulanmalıdır. Genel olarak gebeliğin herhangi bir döneminde geçirilen farengit, larenjit soğuk algınlığı hatta viral ya da bakteriyel bir alt solunum yolu enfeksiyon etkeninin, fetal gelişimi bozucu bir etkisi bildirilmemiştir. Bunun aksine koryoamnionitis oluşturan bakteriyel etkenler (Ureaplasma spp., Mycoplasma spp., Fusobacterium spp. Streptococcus spp., Bacteroides spp., Prevotella spp.) ve Fusobacteriaceae başta olmak üzere anaeroblar b) TORCH olarak gruplandırılan (Tokso plazma, Rubella, CMV, Herpes simplex, Sfiliz, HIV) enfeksiyon etkenleri, geçirilen gebelik evresine göre değişik derecelerde olmak üzere fetal ve postnatal gelişimi etkileyebilirler veya hastalık bulgusu oluşturabilirler.

a)Koryoamnionitis yapan etkenlerin bir kısmı gebede ateş, kötü kokulu akıntı gibi klinik bulgular ortaya çıkarırken, bir kısmı hem klasik kültürlerde saptanamazlar hem de maternal klinik bulgu ortaya çıkarmazlar (subklinik koryoamnionitis). İster subklinik isterse klinik bulgularla seyretsin, amniotik sıvıya enfekte eden bakteriyel ya da viral etkenler, ya direkt ya da inflamasyon yoluyla indirekt olarak değişik sitokinlerin salınımına ve bu şekilde doğum eylemini başlatarak preterm doğuma sebep olurlar. Gestasyon yaşı küçüldükçe preterm doğum eyleminin koryoamnionitise bağlı olma olasılığı artar. Zaten erken doğumun getirdiği olumsuzluklarla doğan bir preterm koryoamnionitisin oluşturduğu inflamatuvar reaksiyonların eklenmesi, bu pretermde intraventriküler kanama, kronik akciğer hastalığı, nekrotizan enterokolitis ve bunlara bağlı mortalitede artış, yaşayanlarda mental motor retardasyon, çeşitli derecelerde serebral palsy, solunum problemleriyle ilgili morbiditelere sebep olur. Bu nedenle preterm doğum hikayesi olan pediatrik hastalarda maternal ateş, kötü kokulu akıntı mutlaka sorgulanması gereken ayrıntılardır.

b) TORCH olarak adlandırılan (Tokso plazma, Rubella, CMV, Herpes simplex, Sfiliz, HIV) enfeksiyon etkenleri ise, koryoamnionitis yapan etkenlerden farklı olarak, annede histolojik ya da klinik bulgu ortaya çıkarmazlar. Bu etkenler daha çok gebelik takibi sırasında "intrauterin enfeksiyon taraması" adı altında rutin yapılan serolojik taramalarda saptanırlar. Birçoğu erken gebelik haftalarında alındığı zaman düşük ölü doğum, ağır malformasyonlara sebep olur, geç gestasyon döneminde alındıkları zaman ise klinik bulgular ortaya çıkarırlar. Karaciğer dalak büyüklüğü, gelişme geriliği ya da preterm doğum, trombositopeni, hidrosefali veya mikrosefali ile doğan bebeklerin annelerinde TORCH enfeksiyonlarının serolojisinin yapıp yapılmadığı sorgulanmalıdır. Diğer etkenler annenin sadece primer enfeksiyonunda fetus için risk oluştururken CMV, rekürrent maternal CMV enfeksiyonlarında da plasentayı geçerek fetusu enfekte edebilir. Pozitif CMV enfeksiyonu öyküsü olan bir gebede, enfeksiyonun primer mi yoksa rekürrent ya da reaktivasyon mu olduğunun, gebeliğin hangi döneminde geçirildiğinin sorgulanması gerekir. Primer enfeksiyon olduğu ve ilk trimesterde geçirildiği tanımlanan bir gebede, CMV nin santral sinir sistemini belirgin etkileyeceği ve bebekte saptanan mikrosefalinin bu etkene öncelikle bağlanabileceği düşünülür. Gebeliğin ikinci ya da son trimesterinde alınan ya da rekürrent geçirilen bir maternal CMV enfeksiyonunda ise bebek, santral tutulum olmaksızın sadece, karaciğer-dalak büyüklüğü ya da interstisyel pnömoni bulguları ile doğabilir hatta asemptomatik olabilir. Hiçbir bulgusu olmayan bir yenidoğanın prenatal öyküsünde maternal rekürrent CMV enfeksiyonu varlığının bilinmesi, o bebeğin aylar içinde işitme kaybı olabileceği ve bu nedenle belirli aralarla işitme testlerinin tekrarlanması gerektiğinin saptanması açısından önemlidir.

II)Amniotik sıvı, amniotik kavitenin gelişebilmesi, fetusun uterus içinde büyüebilmesi, fetal akciğerin gelişebilmesi ve enfeksiyona karşı bariyer oluşturabilmesi için gereklidir. Normal koşullarda doğuma yakın bir fetus, günde 210-760 ml amnion sıvısı yutar ve 500-1200 ml sıvıyı da idrar olarak çıkarır. Bu alım ve çıkarım, sağlıklı devam eden gebeliklerde denge halindedir. Bunlardan herhangi birinin bozulması oligo ya da polihidramnios olarak tanımlanır.

Prenatal öyküde polihidramniosun tanımlanması, amnion sıvısının 2000 ml üzerinde saptanması anlamına gelir ve fetusta başta esophageal atrezi, duodenal atrezi olmak üzere gastrointestinal malformasyonların mevcudiyetini düşündürür. Bunun dışında myotonik distrofi benzeri nöromusküler hastalıklar, kromozom anomalileri, maternal diyabetes mellitus, fetal anemi, Bartter sendromu, parvovirus B19, rubella, CMV, toxoplazmozis ve sfilizde de polihidramnios görülebilir. Oligohidramnios ise amnion sıvısının 500ml nin altında saptanmasıdır.

Öyküde oligohidramniosun öncelikle erken membran rüptürüne bağlı olup olmadığı prenatal hikayede sorgulanmalıdır.

a)Rüptüre olarak dışarı akan bir amnion sıvısına bağlı gelişen oligohidramniosun bebeğin prognozuna etkisi, steril ortamın dışı açılarak enfeksiyon riski oluşturmasıdır.

b) Rüptüre bağlı olmayan oligohidramnioslar, renal agenezis, kistik displazi, üreteral atrezi gibi idrar oluşumu veya akımını azaltan renal ve postrenal gelişim anomalilerine bağlı olabilir. Fetus açısından oligohidramnios sonucu uterus kavitesinin küçük kalması; akciğerlerin gelişemesi (akciğer hipoplazisi) sıkışan ekstremitelerde basıya bağlı deformasyonlar ve kordon basısına bağlı hipoksiye sebep olabilir. Bu bebekler

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

ya yüzü basılmış (Potter yüzü), akciğeri gelişmemiş olarak ölü doğarlar ya da canlı doğar ancak hipoplazik akciğer nedeniyle uzun süre ventilatörlere bağlı kalırlar ve renal gelişim anomalilerine bağlı böbrek sorunları ile yaşarlar.

III) Tip-1 diabetes mellitusu olan anne adayları gebelikleri sırasında zaten insülin kullandıkları ve glükoz seviyeleri kontrol altında olduğu için bu grup gebelerde fetus açısından çok önemli bir problem beklenmez. Esas sorun gebelik döneminde ortaya çıkan diabettir ve tarama yapılmadığı takdirde kolaylıkla atlanarak, intrauterin dönemde yüksek glükoz geçişi nedeniyle, fetusta derialtı yağ dokusunda artmaya, yağ ve glikojen birikimi ile karaciğer, dalak, iskelet kasları ve kalbi de içeren visseromegaliye ayrıca kaudal regresyon sendromu, nöral tüp defektleri, anensefali, spina bifida, hidronefroz, renal agenezis, mikropenis, kistik böbrekler, intestinal atrezi, küçük sol kolon ve kardiyak konjenital anomaliler olan çift çıkışlı sağ ventrikül, büyük damar transpozisyonu, trunkus arteriozus, triküspit atrezisi gibi ağır konjenital malformasyonlara sebep olur. Bu nedenle ülkemizde de, diğer ülkelerde olduğu gibi, takipli gebeliklere gestasyonun 24-28. haftaları arasında glükoz yüklemesi testi ile gestasyonel diabet taraması yapılmaktadır. Makrozomik, hipoglisemik doğmuş, septal hipertrofi ile takipte olan bir bebeğin prenatal öyküsünü alırken, gestasyonel diabetin olup olmadığının sorgulanması gerekir.

IV) Gebelik sırasında tiroid hormonları rutin olarak bakıldığı için maternal tiroid fonksiyon bozukluğunun tanımlanması kolaydır. Prenatal öyküde tiroid fonksiyon bozukluğu hipo ya da hipertroidi şeklindedir. Maternal hipotroidi; iyot eksikliği, kronik otoimmün tirodit (Hashimoto tiroiditi), tiroid ya da hipotalamo-hipofizer patolojiler, hipertroidinin (Graves hastalığı) cerrahi olarak total ya da totale yakın çıkarılması veya ablasyonla tedavisi sonrası olabilir.

A) Fetal erken nörogenezde, anneden transplasental yolla geçen T4 hormonu son derece önemlidir. İntrauterin yaşamın 10-12. haftalarında bebek kendi hormonlarını salgılamaya başlar. Bunun için gerekli olan iyot yine plasenta yoluyla anneden sağlanır. Gebede iyot yetersizliği varsa bebekte kretinizm ve mental gerilik oluşur. Bunun tersine gebelikte aşırı iyot alımı Wolf-Chaikoff etkisi ile yine fetal hipotroidi ve guatr oluşumuna neden olur ya da bebekte sınırdan TSH yüksekliğine (sT3 ve sT4 normaldir) yol açar.

B) İyot eksikliği olmayan bölgelerde maternal hipotroidinin en sık nedeni Hashimoto tiroiditidir ve bu annelerde mevcut olan **TSH reseptör bloke edici antikörlerin, anti-troid peroksidaz (TPOAb) ve anti-Tiroglobulin (Tg) antikörlerinin** transplasental geçişi, bebekte geçici hipotroidi ortaya çıkmasına neden olabilir. Geçici hipotroidi ortaya çıkanlarda sT4 düşük, TSH yüksektir ve TPOAb ve Tg antikörleri kuvvetli pozitifdir. Bu nedenle; **Hipotroidili anneden doğan bebek için:** öncelikle annede tiroid düzeyleri ve maternal otoantikörler soruşturulmalıdır. a) Eğer maternal tiroid hormonları, özellikle serbest T4 normal düzeylerde + TPOAb, Tg antikörleri negatifse + annede tedavi edilmiş Graves hastalığı öyküsü yoksa, doğum sonrası bebeğe sadece postnatal 5. gün rutin tiroid hormonu bakmak yeterlidir. b) Eğer annede TPOAb, Tg antikörleri pozitifse ya da Graves tedavisi sonrası hipotroidi ortaya çıkmışsa doğan bebekte hemen hem TPOAb, Tg antikörleri hem de tiroid hormonu bakıp hipotroidi olup olmadığı değerlendirilmelidir.

C) Graves hastalığı gebelikte hipertroidinin en sık rastlanan nedenidir. Graves hastalığı olan anneden doğan bebekte; maternal uyarıcı ve inhibe edici antikörlerin dengesine, kullanılan antitiroid ilacın etkisine bağlı olarak hipotroidi ya da hipertroidi tablosu oluşabilir. **Graves hastalığı olan anneden doğan bebekte a) TSH reseptörüne karşı stimulan antikörlerin (TSHR-SAb, TRAb) transplasental geçişi neonatal hipertroidiye neden olurken b) antitiroid ilacın (Propiltiourasil) ya da TSH inhibe edici antikörlerin transplasental geçişi veya transplasental geçen yüksek tiroid hormonlarının, fetusun hipotalamus-hipofiz-troid feedback sistemine olumsuz etkisi, neonatal hipotroidiye neden olabilir.** Neonatal tirotoksikozlu bebeklerde, irritabilite, terleme, kraniosinostoz, egzoftalmus, taşikardi, hipertansiyon, kalp yetmezliği, supraventriküler taşikardi, karaciğer dalak büyüklüğü, sarılık, trombositopeni ortaya çıkabilir. Bunun tersine hipertroidi nedeniyle yüksek dozda antitiroid ilaç kullanan gebenin bebeği de hipotroidi bulguları ve yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşan guatr ile doğabilir. Hipertroidili ve TRAb pozitif anneden doğan bebek doğum sonrası hipertroidi bulguları açısından takip edilmeli, bebeğin serumunda tiroid hormonları ve TSH stimüle ve bloke edici antikörler bakılmalıdır. Hipertroidi tedavisi alan ve hormon düzeyleri normal olan annenin bebeğinde, başta hiçbir bulgusu olmasa ve hormon düzeyleri normal bulunsa bile, dolaşımında TSHR-SAb pozitif ise takibe devam edilmelidir. Bu bebeklerde hipertroidi günler hatta haftalar sonra ortaya çıkabilir. Hipertroidi gelişenlerde bulguların 3 hafta-6 ay içinde ortadan kalkması beklenir.

V) Son yıllarda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yataklarını işgal eden bebeklerin çoğunluğunu preterm bebekler oluşturmakta, bu bebeklerin prenatal öykülerinin önemli bir kısmında da maternal hipertansiyon, preeklampsi-eklampsi ve plasental yetmezlikle sonuçlanan tablo saptanmaktadır. Preeklampsi; maternal hipertansiyon, proteinüri, ödemle karakterize bir tablodur. Plasental yetmezlik ise, plasentaya yetersiz kan akımı olması nedeniyle fetusa yetersiz oksijen ve besin ürünü geçmesidir. Bu durum, fetusta hem intrauterin gelişme geriliği hem de hipoksi ortaya çıkma riskini artırır. Preeklampsi plasental yetmezliğin en sık görülen nedenidir ancak, gestasyonel diabet, sigara kullanımı, maternal tromboz nedenlerine bağlı olarak da plasental yetmezlik gelişebilir. Plasental yetmezliğin preeklampsiye bağlı olarak geliştiği gebeliklerde hem anne hem de fetus risk altındadır. Diğer nedenlere bağlı olarak gelişen plasental yetmezlikler, maternal belirgin bir bulgu olmadığı için, fetal ultrasonograflarla fetustaki gelişme geriliği, dopplerle plasental ve umbilikal akım yetersizliğinin saptanması ile tanımlanabilir. Bu nedenle preterm ve intrauterin gelişme geriliği ile doğmuş bir bebekte prenatal öykünün, plasental yetmezlik, preeklampsi ve eklampsi açısından dikkatle sorgulanması gerekir. Öykü üzerinden değerlendirme yapıldığı zaman ise, bir gebede preeklampsi-plasental yetmezlik öyküsünün olması, bebeğinin preterm, intrauterin gelişme geriliği ve hipoksi bulguları ile doğabileceği, mortalite ve morbiditesinin yüksek olabileceği risklerini gösterir. VI) Normal koşullarda fetus intrauterin mekonyum çıkarmaz. Prenatal öyküde intrauterin mekonyum çıkarılması anlatılıyorsa bu iki nedene bağlı olabilir. Birincisinde hipoksi yoktur, gestasyon süresi postterme (≥ 42 hft) ulaşmış, doğum halen gerçekleşmemiştir. Fetal barsaklardan motilin hormonu salgılır ve fetus, intrauterin mekonyumunu çıkarır. Bu bebekler canlı, aktif ve postterm bebeğe özgü fizik muayene bulguları ile doğarlar. İkinci grup ise, intrauterin hipoksiye bağlı mekonyum çıkarmasıdır. Bu bebekler preterm, term ya da postterm olabilirler ve hipoksi evrelerine ait muayene bulguları vardır. Prenatal öykü alınırken "anne karnında kaka yaptığı" ifade edilen bir bebeğin mekonyum çıkarmasının fizyolojik ya da patolojik ayrımını yapabilmek için, bebeğin doğum haftasının ne olduğu, anne karnındaki hareketlerinin yeterli olup olmadığı, doğduğu sırada ağlayıp ağlamadığı, anneye hemen teslim edilip edilmediği de sorgulanmalıdır. Hipoksiye bağlı mekonyum çıkardığı düşünülen bebeklerin, belirgin hipoksi bulguları olmasa bile, mental ve motor gelişim basamaklarında gecikme olup olmayacağını iyi takip edilmesi gereklidir.

VII) Gebelikte alkol alımı, fetus gelişimini alan doza bağlı olarak etkiler. Küçük dozlarda ama sık etanol alımının hafif düzeyde zeka ve

davranış değişiklikleri yapabileceği düşünülmektedir. Orta dozda alının fetal gelişme geriliği, yüksek doz alının ise pre ve postnatal gelişme geriliği, spesifik kraniofasial dismorfik bulgular, bazı mayor anomaliler ve mental retardasyon ya da davranış değişiklikleri yaptığı gösterilmiştir. Gebelik sırasında kullanılan sigaranın da fetusu, içilen sigara sayısına bağlı olarak etkilediği düşünülmektedir. Yoğun sigara kullanımının, plasental yetmezliğe bağlı olarak, spontan düşüklerde artma, ektopik gebelik, abruptio plasenta, fetus açısından intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, preterm erken membran rüptürü ve preterm doğum riskini arttırdığı istatistiksel olarak gösterilmiştir. Ayrıca gebelikte yoğun sigara kullanan annelerin bebeklerinde otonomik fonksiyonların bozulması da bebek ölümü sendromunun arttığı da düşünülmektedir.

VIII)Gebelikte radyasyona maruz kalma, gestasyon zamanına ve fetusun absorpsiyon dozuna bağlı olarak zararlı etkiler gösterebilir. Fetusa yaptığı etkilerin, tek film çekimiyle değil de, radyoterapi ile verilen daha yüksek dozlarda ortaya çıktığı düşünülmekte, ancak bu görüş sağlam kanıtlara dayanmamaktadır. Genel olarak radyasyonun zarar verme riski organogenezis döneminde en yüksektir ve çalışmalarda gestasyonun ilk 2 haftasında 50 Milisievert(mSv) ve üzeri ışın alımının düşük yaptığı gösterilmiştir. 3-8. Haftalar arası 200 mSv üzeri ışın almanın doğumsal anomaliler, düşük, gelişme geriliği; 8-15 hafta arası 300mSV ve üzeri ışın alımının santral sinir sistemi gelişim anomalileri riskini arttırdığı ;20 hft dan sonra ise fetus tamamen oluştuğu için herhangi bir riskin beklenmediği bildirilmektedir. Bu nedenle prenatal öyküde gebelikte film çekimi olduğuna söylenen gebeye, zamanı ve aldığı dozun sorulması, fetusta beklenebilecek riskleri öngörme açısından önemlidir.

IX) Gebelik süresince fetusa zarar vermeyeceği kesin olarak gösterilmiş hiçbir ilaç yoktur. Bu nedenle mecbur kalmadıkça, demir ve vitamin preparatları dışında, herhangi bir ilacın kullanılmaması önerilmektedir. Gebelikte kullanılan polivitaminlerin çoğu folik asit ve çinko içermektedir bu nedenle, orta hat defekti ile doğmuş bir bebeğin prenatal hikayesinde anneye polivitamin alıp almadığı özellikle sorulmalıdır. Preterm olarak doğan bebeklerde, doğum öncesi betametazonun yapıp yapılmadığının sorulması da doğacak bebeğin akciğer matürasyonu hakkında fikir edinme açısından önemlidir. Prenatal öyküde gebenin başka herhangi bir ilaç kullandığına dair bilgi varsa, gebeliğin hangi evresinde, ne kadar süreyle kullandığı, ilacın içeriği ve ismi öğrenilerek o ilaca ait fetal yan etkinin olup olmadığı, bu konu ile ilgili olarak hazırlanmış mevcut listeler içinden değerlendirilmelidir.

X)Prenatal öyküde fetal hareketlerin varlığının sorulması önemlidir. Anne fetusun hareketlerini genellikle 18-20 haftalar arasında hissetmeye başlar. Prenatal öyküde fetal hareketlerin hissedilmemesi ya intrauterin hipoksi ya da hipotoni yaratan bir nöromüsküler veya metabolik kalıtsal hastalığı düşündürmelidir. İntrauterin hipokside kalmış hatta kaybedilmiş bir fetusta fetal hareketlerin yokluğuna, fetal bradikardi ya da fetal kalp seslerinin alınamaması eşlik eder. Kalıtsal nöromüsküler, kromozomal veya metabolik hastalığı olanların prenatal öyküsünde de intrauterin hareketlerin azlığı ya da hissedilmemesi sorunları vardır hatta öyküye, yan geliş, ters geliş gibi geliş pozisyon anomalileri de eşlik eder ancak öyküde fetal bradikardi çok nadirdir ve postnatal takiplerinde yapılan muayenelerinde hipotoni sürekli olarak saptanan bir bulgudur. Zamanla primerinde hipotoni yaratan hastalığın diğer bulgularının da ortaya çıkması beklenir.

XI)Yardımcı üreme teknikleriyle oluşturulan gebelikler hem çoğul gebelik riskinin artması hem de tek fetus olsa bile gebe açısından preek-lamps, abruptio plasenta, bebek açısından preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, konjenital anomaliler, perinatal mortalitenin daha fazla saptanması yönüyle önemlidir. İleri takip çalışmalarının çoğunda bu bebeklerde serebral palsy, epilepsi, davranış bozuklukları, alerjik bronşit, astım hatta (imprinting hataları ile ilişkili hastalıkların bunlarda daha sık görülmesi ve malignitenin bu hastalıkların zemininde gelişmesine bağlı olarak) çocukluk çağı kanserlerinin spontan gebelikte doğan bebeklere kıyasla daha fazla olduğunu vurgulamaktadır. Bu artışın epigenetik ya da imprinting hatalarından kaynaklanmış olabileceği şüpheleri de mevcuttur. Bu nedenle yardımcı üreme teknikleri ile gebe kaldığını öyküde ifade eden annelerin bebeklerinin hem mental-motor gelişim basamaklarını zamanında aşım aşmadıkları hem de alerji astım, malignite geliştirme riski açısından yakından takip edilmesi gerekir.

XII)Son yıllarda elektif sezaryen doğumların artması ve alınan kararlara rağmen düşürülebilmesi, gestasyon yaşı ile ilgili terminolojiye yeni isimler konmasına neden olmuştur. Bugün 32^{0/7}-33^{6/7} hafta arası doğan bebekler orta preterm, 34^{0/7}-36^{6/7} hafta arası doğanlar geç preterm; 37^{0/7}-38^{6/7} erken term; 39^{0/7}-41^{6/7} ise full term ya da gerçek term olarak adlandırılırlar. Sezaryen doğumlar çoğu zaman termi beklemeden gerçekleştirildiği için, görüntüde ve kilo olarak terme benzeyen bu bebekler, ebeveynler ve bazen doktorlar tarafından genellikle term bebek muamelesi görürler. Oysa 39 haftadan önce doğan, özellikle geç preterm ve erken term bebekler, doğum sonrasına ait bazı risk faktörleri içerirler ve yakın takipleri gerekir. Bu pretermelerde, respiratuvar distres sendromu, yenidoğanın geçici takipnesi ve pulmoner hipertansiyon, erken ve geç sepsis daha sık görülür. Hipoglisemi, hipotermi, soğuk stresi, tedavi gerektiren hiperbilirubinemi riskleri vardır, ileri ay takiplerinde postnatal büyüme geriliği de saptanabilir. Bu nedenle öncelikle elektif sezaryenlerin 39 haftadan önce yapılmaması önerilmektedir. 2500g altı doğduğu söylenen bir bebeğin prenatal öyküsünde bebeğin düşük doğum ağırlıklı olduğu yoksa fullterme ulaşmadan doğurtulduğu için mi kilosunun düşük olduğu ayırd edilmelidir. Orta-geç preterm ve erken term olarak doğurtulan bebeklerin hemen taburcu edilmeyip diğer preterm gibi yenidoğan ünitelerinde ya da anne yanında birkaç gün takip edilmesi, mümkün olan en erken zamanda beslemeye başlaması, hipotermiyi girmelerinin önlenmesi, daha düşük hiperbilirubinemi seviyelerinde kern ikterus olma riskleri bulunduğu için ilk günler bilirubinlerinin Buthani'nin risk nomogramına göre değerlendirilmesi, klavuzlara göre gerekirse tedaviye alınmaları gerekir. Bu bebeklerin ileri takiplerinde nörolojik bozukluklar, okul başarısızlıkları, psikiatrik problemlere daha sıklıkla rastlandığı için, taburcu olduktan sonra büyüme gelişme açısından dikkatli takibe alınmalıdır.

REFERANSLAR

- 1) Kirmse B, Baumgart S, Natella Rakhmanina N. Metabolic and mitochondrial effects of antiretroviral drug exposure in pregnancy and postpartum: Implications for fetal and future health. *Semin Fetal & Neonatal Med* 2013;18: 48e55
- 2) Ornoy A, Ergaz Z. Alcohol Abuse in Pregnant Women: Effects on the Fetus. *Int J Environ Res Public Health*. 2010; 7: 364-379
- 3) Higgins S. Smoking in pregnancy. *Current Op in Obstet and Gynecol* 2002, 14:145-151
- 4) Källén B.The risk of neurodisability and other long-term outcomes for infants born following ART. *Semin Fetal & Neonatal Med* 2014;19: 239e244
- 5) Gouyon J-B, S. Iacobelli S, C. Ferdynus C, F. Bonsante F.Neonatal problems of late and moderate preterm infants. *Semin Fetal & Neonatal Med* 2012;17: 146e152

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

- 6) Casey B, De Veciana M. Thyroid screening in pregnancy. *AJOG* 2014;211:351-353
- 7) Vohr B. Long-Term Outcomes of Moderately Preterm, Late Preterm, and Early Term Infants. *Clin Perinatol* 2013;40:739-751
- 8) Öçal G. Maternal ve Fetal Troid Problemleri. In: Kurtoğlu S (ed) *Çocuklarda Acil Endokrin Hastalıklar* . 2013, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 1. Baskı 2013:107-117
- 9) Hawdon JM. Neonatal complications following diabetes in pregnancy. In: Rennie JM (ed). *Rennie & Robertson's Textbook of Neonatology* (5th ed). China: Churchill Livingstone-Elsevier, 2012: 387-394
- 10) Waller SA, Gopalani S, Benedetti TJ. Complicated Deliveries:Overview. In: Gleason CA, Devaskar SU(eds). *Avery's Diseases of the Newborn* (9th ed). Philadelphia:Elsevier Saunders, 2012:146-158



EPIGENETİK

Prof. Dr. Ercan MIHÇI

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sosyal ve sosyoekonomik eşitsizlik, etnik ayrımcılık gibi faktörler: nöroendokrin, gelişimsel, immünolojik ve vasküler mekanizmalar üzerinden sağlıkla ilgili önemli etkiler oluşturabilmektedir. Bu stres yaratıcı olayların bir sonucu olarak kortizol, sitokinler ve diğer mediatörler salgılanmakta bu durumun tekrarlaması halinde kronik hastalıklar oluşmaktadır. Sağlıkta, sosyal faktörlerin etkisinin oluşmasında yukarıda saydığımız mekanizmalar dışındaki bazı durumların da etkili olduğu son zamanlarda fark edilmeye başlanmıştır. Bunlar içinde, sosyal etkilerin biyolojik destekleyicisi olarak epigenetik gösterilmiştir. Hayatın erken döneminde yaşananlar, sağlığın biyolojik bir anahtarı olan epigenetik üzerinden etkisini oluşturmaktadır.

Epigenetik: DNA dizisinde değişiklik olmaksızın, çevresel veya farmakolojik etki ile genetik ekspresyonun etkilenmesi halidir. Diğer bir deyişle, genomik mekanizmalar dışında gen ekspresyonunda sabit değişiklikler olması ve bunların kalıcı fenotipik etki oluşturmalarıdır. Epigenetik faktörler, gen ekspresyonunu doğrudan etkileyerek hücre fonksiyonunda rol alır. Başlıca epigenetik faktörler: Metilasyon, asetilizasyon, histon modifikasyonu, mikroRNA larıdır.

DNA metilasyonu: DNA'nın promoter bölgeleri sitozin guanin adacıkları içerir (CpG-5'CG3'). CpG adacıklarındaki C' a DNA metil transferaz enzimi aracılığı ile metil grubu eklenir. Ve bu durum transkripsiyon faktörlerinin daha az bağlanmasını sağlar. Bu CpG rezidülerinin birikimi sadece promotor bölgede değil genin iç bölgelerinde de olur ve bu genin işlev kaybına neden olur. DNA'a histon olarak isimlenen proteinler üzerine sıkıca bağlanır ve bu DNA'nın sıkıca yumaklanmasını sağlar ve böylece nukleus içine rahatça yerleşmesini sağlar. Bir kromozom üzerindeki DNA 75mm iken sarılı durumda 5 mikrometredir (yaklaşık 15000 katı) histonların gevşemesi veya sıkılaşması metilasyon veya asetilizasyon ile olur. Bu histon değişimi epigenetik bir etkiyi oluşturur. Her ne kadar DNA tarafından kodlanmasada, histon bazlı epigenetik etkiler kalıtlıdır. Epigenetik mekanizma 4 temel hücresel işlevi sağlar: 1- X kromozomu inaktivasyonu 2- Farklılaşma 3-Imprinting 4- orta ve uzun süreli transkripsiyon kontrolü.

Epigenetik belirteçlerin, sosyal etkileri üzerine son on yılda pek çok çalışma yapılmıştır. Hayatın erken evrelerinde genom üzerindeki spesifik lokuslar epigenetik etkiye maruz kalır ve bu doğrudan genetik fonksiyonu etkileyebilir. Özellikle gebelikte annenin beslenme problemlerinin glikokortikoid ve östrojen reseptör promoter bölgelerindeki CpG metilasyonunun etkilediği hayvan modellerinde gösterilmiştir. Bir başka çalışma sosyal izolasyon, açlık ve bağlanma zorluğunun santral sinir sistemi genlerinin promoter bölgelerinde metilasyon değişikliği yaptığı gösterilmiştir. Ayrıca çocukluk çağında istismara maruz kalan çocukların adolesan döneminde farklı bir metilasyon paternine sahip olduğu bildirilmiştir.

En iyi bilinen epigenetik değişim glukokortikoid reseptörlerini kodlayan genlerdeki değişikliklerdir. Çalışmalar insan kord kanı DNA'sında artmış metilasyonun, gebelik depresyonu ve anksiyetesi olan annelerde daha fazla görüldüğünü göstermiştir. Başka bir çalışmada da prenatal olarak açlığa maruz kalmış 60 yaşındaki bireylerde IGF2 geninin azalmış metilasyonu gösterilmiştir. Bundan yola çıkarak epigenetik etkilerin nöroregülatuvar yolların, endokrin ve metabolik değişikliklerin adaptasyonunda önemli bir faktör olduğunu söyleyebiliriz. Okyanuslarda civa miktarı endüstriyel devrim sonrası yaklaşık 3 katına çıkmıştır. Yakın zamanda epidemiyolojik çalışmalar prenatal civa teması ile kötü bilişsel gelişim ve davranış problemleri arasında yakın ilişki kurmuştur. Oksidatif DNA hasarı DNA metiltransferaz aktivitesini etkileyerek CpG bölgesindeki metilasyon paternini değiştirebilmektedir. Hem arsenik hemde civa DNA metiltransferaz aktivitesi üzerinde bozukluk yaparak epigenetik etki oluşmasına neden olmaktadır.

Gebelik sırasında sigara içmenin infant nörodavranışsal gelişimine etkisinin: epigenetik mekanizmalar üzerinden özellikle plasental glukokortikoid reseptör geninin artmış metilasyonu üzerinden yaptığı gösterilmiştir.

Oksitosin reseptör geni (*OXTR*) ve bu geni etkileyen epigenetik varyasyonların çocuk istismarı ve erişkin psikiyatrik semptomları ile ilişkisi gösterilmiştir. Epigenetik etkenler çocuk istismarında altta yatan önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Stres cevabı ile ilişkili olduğu bilinen oksitosin reseptörlerinin metilasyon ve istismar ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar, özel bazı *OXTR* genotiplerinin istismara neden olan psikiyatrik semptomlar ile artmış bir ilişkisi gösterilmiştir. Yaşamın erken dönemlerinde deneyimlerin oksitosin ile ilişkili olduğu: örneğin çocuk çağında istismara uğrayan kadınların BOS'larında oksitosin miktarının az olduğu gösterilmiştir. Oksitosin reseptör metilasyonu ile ilgili yapılan insan çalışmaları *OXR* ile otizm davranış ve emosyonel tepkisizlik arasında ilişki gösterilmiştir.

Yukarda vurguladığımız tüm bulgular, sosyal faktörlerin bireyler üzerinde oluşturduğu etkide epigenetik mekanizmaların önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar:

1. Stroud LR, et al. Epigenetic Regulation of Placental NR3C1: Mechanism Underlying Prenatal Programming of Infant Neurobehavior by Maternal Smoking?. *Child Development*, January/February 2016, Volume 87, Number 1, Pages 49–60.
2. Smearman EL, et al. Oxytocin Receptor Genetic and Epigenetic Variations: Association With Child Abuse and Adult Psychiatric Symptoms. *Child Development*, January/February 2016, Volume 87, Number 1, Pages 122–134.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

SOSYAL ÖĞRENME VE ROL MODELLER

Prof. Dr. Taha KARAMAN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı



17 Kasım 2016, Perşembe, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
10:10 - 11:25	CİNSEL GELİŞİM VE ERGENLİK	Songül YALÇIN, Nilgün ÇÖL
10:10 - 10:30	Pubertal Gelişim	Sema AKÇURİN
10:30 - 10:50	Cinsel Kimlik, Cinsel Rol, Yönelim Farklılıkları	Çiğil FETTAHOĞLU
10:50 - 11:10	Ergen İzlemi	Selda KARAYVAZ

PUBERTAL GELİŞİM

Prof. Dr. Sema AKÇURİN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Pediatrik Endokrinoloji BD ANTALYA

Puberte dimorfik seksüel yapının oluşumu ile karakterize gonadarş, adrenarş ve pubertal büyüme süreçlerinin yaşandığı ve bireyin üreme yetisine ulaştığı yaşam dilimidir. Intrauterin dönemden başlayan ve çok sayıda gen, protein, sinyal yolu, parakrin faktör ve epigenetik olayın uyumlu etkileşimi ile gerçekleşen bu nörobiyolojik yapılanma kompleks ve dinamik bir süreçtir. Genel sağlık durumu, beslenme, çevre ve sosyoekonomik durum da önemli belirleyicilerdir.

Puberte öngörülebilir bir değişim süreci olmasına rağmen, başlangıcı ve seyri çocuktan çocuğa büyük değişkenlik gösterir. Kız ve erkek çocukta ortalama ergenlik başlama yaşı görece 10 ve 12 olup, normal aralık 8-13 ve 9-14 yaş olarak kabul edilmektedir. Puberte prekoz (PP) olgularında fiziksel değişikliklerin başlama yaşı kadar ilerleme derecesi, hızlı büyüme ve ileri kemik yaşı eşliği de önemli unsurlardır. Pubertenin fiziksel değişikliklerini oluşturan seks hormonları hipotalamus-hipofiz-gonad ekseninin erken aktivasyonundan kaynaklanıyorsa erken puberte, "Santral, GnRH-bağımlı veya Gerçek PP" (SPP), hipotalamus dışı bir kaynak söz konusu ise "Periferik, GnRH-bağımsız veya Yalancı PP" (PPP) olarak tanımlanmaktadır. Erken pubertenin prematür telarş ve prematür pubarş olarak tanımlanan benign varyantları da oldukça sık görülür. İzole prematür telarş ve adrenarş olgularının tedavisi gerekmez. İdiyopatik SPP olgularında tercih edilen tedavi yaklaşımı, tonik GnRH düzeyi oluşturacak biçimde uygulanan GnRHa ile, pulsatil GnRH salınımının baskılanmasıdır. Etiyoloji belirlenebilmişse tedavi nedene yönelik planlanır. Gonadotropin-bağımsız PP olgularında tedavi seks steroid üretimini durdurmak veya etkisini bloke etmeye yöneliktir (Aromataz inhibitörleri veya estrojen reseptör blokörleri ve androjen sentez inhibitörleri veya anti-androjenler + aromataz inhibitörü kombinasyonları). Gecikmiş pubertede hipo- veya hipergonadotropik hipogonadizm ayırıcı tanılarından önce olgu, sık görülen nedenler olan yapısal büyüme ve puberte gecikmesi ile sistemik hastalıklara eşlik eden fonksiyonel santral yetersizlik açısından değerlendirilmelidir. Tedavi replasman tedavisi şeklindedir.

KAYNAKÇA

1. Lee PA, Houk CP. Puberty and Its Disorders. In: Lifshitz F. Ed. *Pediatric Endocrinology*. 5th ed. Informa ; 2007: 273-303.
2. Dattani MT, Hindmarsh PC. Normal and Abnormal Puberty. In: Brook C, Clayton P, Brown R. Eds. *Brook's Clinical Pediatric Endocrinology*. 5th ed. Blackwell Publishing; 2005: 183-210.
3. Cesario SK, Hughes LA. Precocious Puberty: A comprehensive review of literature. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36: 263-74.
4. Eugster EA, Pescovitz OH. Precocious Puberty. In: DeGroot LJ, Jameson JL. Eds. *Endocrinology*. 5th ed. Saunders; 2006: 2821-2846.
5. Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in Office practice: A study from the Pediatric Research in Office Settings Network. *Pediatrics* 1997; 99: 505-512.
6. Kaplowitz P. Clinical characteristics of 104 children referred for evaluation of precocious puberty. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 3644-50.
7. Nebesio TD, Eugster EA. Current concepts in normal and abnormal puberty. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2007; 37: 50-72.
8. Oerter Klein K. Precocious puberty: Who has it? Who should be treated? *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 411-14.
9. Chemaitilly W, Trivin C, Adan L, Gall V, Sainte-Rose C, Brauner R. Central precocious puberty: clinical and laboratory features. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2001; 54: 289-94.

CİNSEL KİMLİK, CİNSEL ROL, YÖNELİM FARKLILIKLARI

Yrd. Doç. Dr. Çiğil FETTAHOĞLU

Serbest Hekim, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları



4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

ERGEN SAĞLIĞI İZLEMİ

Doç.Dr.Selda KARAAYVAZ

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal pediatri BD.

Ergenlik kavramı ilk kez 1904'de Stanley Hall tarafından tanımlanmış ve insan gelişiminde ayrı bir evre olarak yerini almıştır. Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, belli bir dizgede deneyimlenen, bireyin bağımsızlığını sosyal üretkenliğini kazandığı, çok belirli şekilde sonlanmayan, hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerle farklı bir dönemdir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş arası çocukları ergen, 15-24 yaş aralığını gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır. Dünya nüfusunun beşte biri ergen ve gençlerden oluşmakta ve bunların yüzde78'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. DSÖ eski yıllarda sadece ölüm oranlarına bakılarak, ergenliğin, yaşamdaki en sağlıklı dönemi temsil ettiği görüşüne karşıt olarak, bu dönemde yoğun biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilenim nedeni ile çeşitli ve ciddi sağlık sorunları yaşandığına dikkat çekmektedir. Ergenlikte edinilen tutum ve davranışlar, yetişkin yaşam şekli ve sağlık alışkanlıklarını belirlediğinden toplum sağlığına doğrudan yansıtacaktır.

Ergenlerin okula gidebilme, bilgi çağından ve teknolojik ilerlemeden yararlanabilme oranı yükselmekle birlikte milyonlarca çocuk, yoksulluk, eğitime ulaşamama, yetersiz eğitim ve iş olanakları, ihmal, istismar, savaş, toplumsal kargaşa, etnik ve cinsiyet ayrımcılığından etkilenmektedir. Bu koşullar bir yandan çocuk sağlığını doğrudan olumsuz etkilerken, diğer yandan gençlerin yetişkinliğe geçiş sürecinde haklar ve ihtiyaçlar konusunda hazırlanmaları, öğrenmeleri ve yararlanmaları için gereken sosyal desteği ortadan kaldırmaktadır.

Ergenlik izleminin temel yaklaşımı aileye ve ergene özgü, bilgilendirme ve danışmanlık temelinde, ergen hakları odaklı olmalıdır.

1. Fiziksel büyüme, olgunlaşma değerlendirmesi ve hastalıklar
2. Cinsel gelişim evresi, varsa soru ve sorunlar, güvenli cinsel yaşam, davranışlar , hastalıklar
3. Hipertansiyon, hiperlipidemi, enfeksiyon hastalıkları, aşılama durumu ve yapılması gereken aşılar
4. Beslenme (beslenme alışkanlıkları, yeme bozuklukları)
5. Fizik hareketlilik,spor
6. Kişisel Hijyen
7. Psikososyal gelişim (ana baba davranışı, aile içi uyum, çocuğun psikososyal uyumunun değerlendirilmesi)
8. Sigara, alkol ve madde kullanımı
9. Güvenli yaşam davranışlarını kapsamalıdır.

Geleneksel toplum yapısını koruyan, sosyoekonomik zorlukların, cinsiyet ayrımının yaşandığı, eğitim eşitliğinin olmadığı, erken yaş evliliklerin halen görüldüğü ve nüfusunun dörtte birinin akraba evliliği yaptığı bizimki gibi ülkelerde ergenlerin fiziksel, cinsel, ruhsal sağlıklarına özen gösterilmesi çok önemlidir.

17 Kasım 2016, Perşembe, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
11:45 - 12:20	SIK KARŞILAŞILAN SORUNLARA YAKLAŞIM	Selda KARAAYVAZ, Meda KONDOLOT
11:45 - 12:10	Genitoüriner Sorunlara Yaklaşım	Selçuk YÜCEL

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

ÇOCUKLARDA SIK KARŞILAŞILAN ÜROLOJİK SORUNLARA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Selçuk YÜCEL

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Çocuklarda en sık karşılaşılan doğmalık anomaliler genitoüriner sistemdedir. Bunun bilincinde olarak yapılacak her çocuk fizik muayenesi içerisinde genitoüriner sistem incelemesi mutlaka özenle yapılmalıdır.

Toplumsal sünnetin ülkemizde hemen her erkek çocukta yapıldığı gerçeğinden yola çıkarak sünnet ile ilişkili problemler ve veya komplikasyonlar ile de her çocuk hekiminin göz alışkanlığı ve genel bilgisi olması gereklidir. Bazı genital anomalilerin (hipospadias ve inmemiş testis gibi) özellikle 1 yaş dolmadan tanınıp tedavi edilmesi hem başarılı cerrahi yanıtın alınması hem de çocuğun genel sağlığı etkilenmeden yapılabilmesi için oldukça kritiktir.

Prenatal ultrason taramasının yapılması özellikle %1 oranında hidronefrozun tanınmasını sağlamakta ve çocuğun doğumundan itibaren etkileniş çocuklarda standart yaklaşıma yakın bir fikir birlikteliği içinde takibin yapılması ve gerektiğinde çocuk ürolojisi ve nefrolojisine sevk edilmesi yine çocuk hekimlerinin sorumluluğundadır. Ayrıca ateşli idrar yolu enfeksiyonlarına bağlı renal skar gelişimi ve son dönem böbrek yetmezliğinin hala ülkemizde en sık nedenlerinden biri olması da yine çocuk hekimi tarafından zamanında ve etkin altta yatan hastalık tanınması açısından önemlidir.

Benzer şekilde idrar kaçırma çocuklar tarafından ebeveyn kaybı ve körlük korkusunun arkasından üçüncü sırada gelen en önemli endişe kaynağıdır. İdrar kaçıran çocukların uygun ilk basamak incelemesinin yapılması da yine çocuk hekimleri tarafından yapılmalıdır. Tüm bu veriler ışığında çocukluk çağında en sık izlenen ürolojik anormallikleri ana başlık altında toplamayı amaçladım:

1. Genital Anomaliler
2. Üriner Anomaliler
3. Fonksiyonel Anomaliler

1. GENİTAL ANOMALİLER

1a. Sünnet ve Sünnet ile İlişkili Problemler:

1b. Penil Anomaliler:

- 1bi. Küçük Penis
- 1bii. Eğri Penis
- 1biii. Meatus Darlığı
- 1biii. Hipospadias/Epispadias
- 1biv. Diğer Nadir Anomaliler

1c. Skrotal Anomaliler:

- 1ci. Hidrosel ve Herni
- 1cii. Akut Skrotum
- 1ciii. Boş Skrotum ve İnmemiş Testis

1d. Kız Çocuk Genital Anomalileri

- 1di. Labiyal Adhezyon
- 1dii. Büyük Labiya
- 1diii. Büyük Clitoris
- 1div. Tek delik

2. ÜRİNER ANOMALİLER

2a. Hidronefroz

- 2ai. Prenatal Tanı Alanlar
- 2aii. Semptom ile Gelenler

2b. İYE yaklaşım (Pediatrik Ürolog Gözü)

2c. Üriner Sistem Taşları

2d. Küçük veya Görülmeyen Böbrek

2e. Posterior Üretral Valv

3. FONKSİYONEL ANOMALİLER

3a. Gündüz İdrar Kaçırma

3b. Rahat İdrar Yapamama

3c. Yatak Islatma

Verilmesi Amaçlanan Mesajlar:

1. Yenidoğan sünneti güvenlidir ancak yapışıklık biraz daha fazla görülebilir.
2. Genel anestezi altında sünnet en ideal sünnettir.
3. 3 yaş öncesi sadece semptomatik fimoz tedavi edilmelidir.
4. Yapışıklık veya fimoz tedavisi betametazon 0.05% krem ile yapılabilir.
5. Fazla deri pubertede kendiliğinden düzelebilir.
6. Mikropenis çok nadirdir ve en sık problem gömük penistir.
7. Gömük penis günübürlük cerrahi ile güvenle düzeltilebilir.
8. Eğri penis puberte öncesi düzeltilmelidir.
9. Sünnet sonrası ağrılı ve zor işeme nedeni en sık meatus darlığıdır.
10. Distal olan hipospadias %95 başarı ile günübürlük cerrahi ile düzeltilebilir.
11. Labiyal adhezyon 2 kezden fazla tekrar ediyor ise cerrahi onarım gereklidir.
12. Hidroset dev değil ise ve içerisinde peritoneal organ ve doku yok ise güvenle 1-2 yaşa kadar beklenebilir.
13. Çocuklarda ağrılı ve kızarıklık skrotum aksi ispat edilene kadar testis torsiyonudur ve acil cerrahi gerektirir.
14. 6 aya kadar torbaya inmeyen testis inmemiş testistir.
15. Utangaç veya retraktıl testis 4-5 yaş sonrasında görülür.
16. İnmemiş testis onarım ideal yaşı 1 yaş civarındadır.
17. Prenatal tanınan tek taraflı hidronefroz olgularında doğumun 1. haftası ve 1. ayında ultrason ile kontrol gereklidir.
18. Prenatal tanınan çift taraflı hidronefroz olguları eğer yeterli idrar var ise doğumun 3. gününde mutlaka ürolojik değerlendirmeye ultrason yapılarak başlanmalıdır.
19. Semptom ile gelen hidronefrozlar tedavi sonrası profilaktik antibiyotik ile korumaya alındıktan sonra ileri tetkik başlanmalıdır.
20. Üreteropelvik bileşke darlığından şüpheleniliyorsa MAG3 diüretik renogram, vezikoüreteral reflüden şüpheleniliyor ise DMSA statik sintigrafi çekilmelidir.
21. Böbreğin olmadığına ya da çalışmadığına sadece DMSA böbrek statik sintigrafi çekilerek emin olunabilir.
22. Erkek çocuklarda mutlaka konvansiyonel voiding sistoüretrografi çekilirken kızlarda nükleer indirekt sistosintigrafide çekilebilir.
23. Vezikoüreteral reflü kız çocuklarda en geç 5 yaşda onarılmalıdır. Düşük dereceli reflü erkek çocuklarda semptom yok ise erişkin hayata kadar takip edilebilir.
24. Vezikoüreteral reflü endoskopik günübürlük cerrahi ile %90 a varan başarı ile tedavi edilebilir.
25. Çocuklarda üriner sistem taşları vücut dışı şok dalga tedavisi ile çok yüksek oranda tedavi edilebilir.
26. Çocuk üriner sistem taşları metabolik incelenmeye alınmalıdır.
27. Gündüz idrar kaçırmaması veya işeme problemleri olan tüm çocuklara mutlaka özenli bel muayenesi yapıp kaba alt ekstremitte nörolojik muayenesine alınmalıdır.
28. Spina bifida ile doğan tüm çocuklar mutlaka özenli ürolojik incelemeye alınmalıdır.
29. Yatak ıslatma eğer gündüz idrar kaçırmama şikayetleri de içeriyor ise öncelikle gündüz şikayetlerine odaklanılıp ürolojik inceleme yapılmalıdır.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

17 Kasım 2016, Perşembe, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
14:40 - 15:55	HAKLAR	Betül ULUKOL, Ekin SABA
14:40 - 15:00	Erken Yaşta ve Zorla Evlendirilen Çocuklar	Arzu KÖSELİ
15:00 - 15:20	Mülteci Çocukların Durumu ve Uluslararası Standartlar	Ahmet ERGİN
15:20 - 15:40	Mültecilere Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Sahada Yaşanan Sorunlar	Levent Tuna ŞENGÖZ

ERKEN YAŞTA ve ZORLA EVLENDİRİLEN ÇOCUKLAR

Dr. Arzu KÖSELİ

Sağlık Programları Sorumlusu, Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği, Bilkent-Ankara

Erken yaşta evlilikler dünyanın her bölgesinde gözlenmekle birlikte özellikle az gelişmiş veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde çok daha yaygın ve yoğun olarak yaşanmaktadır. "Çocuk" ve buna bağlı olarak "erken evlilik" kavramlarının tanımları kaynağına göre değişse de küresel ölçekte kabul edilen görüş, 18 yaş altını "çocuk" ve bu yaştan önce yapılan evlilikleri de "erken evlilik" olarak değerlendirmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda, kız çocukları daha ergenliğe girmeden evlenmek zorunda bırakılıyor. Dünya üzerinde 15-19 yaş aralığındaki her 5 kızdan 1'inin genç yaşta evlendirildiği, bu evlilikler sırasında başlık parası alındığı ve bu çocukların kocaları tarafından zarar gördüğü tespit edilmiştir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi zoraki çocuk evliliklerini yasaklamıştır fakat asıl sorun, bu bildirmede kaç yaşındaki çocuğun evlenmeye razı olabileceği açıkça belirtilmemiş, sadece yaşını doldurmuş her kadın ve erkeğin evlenebileceği belirtilmiştir.

Türk Medeni Kanununun 124 üncü maddesi evlenme ehliyeti için 17 yaş sınırını belirlemiş olmakla beraber "erken yaşta evlilikler" terimi 18 yaşın altında yapılan evlilikler anlamına gelmektedir.

Ülkemizde erken yaşta evlilikler uzun yıllardan beri var olan bir olgu olmasına rağmen toplumun çoğunluğu tarafından bir "sorun" olarak değerlendirilmemektedir. Evliliğin en önemli meşruluk kaynaklarından birisinin toplumsal mutabakat olduğu ve bu evliliklerin de daha çok bu mutabakat çerçevesinde gerçekleştiği görülmektedir. Ataerkil ve geleneksel toplum yapısı erken yaşta evlilikleri normalleştirmiş ve meşrulaştırmıştır.

Halen ülkemiz genelinde yapılan her dört evlilikten birinin, bazı bölgelerimizde ise her üç evlilikten birinin çocuk evliliği olduğu bilinmektedir. Ancak tespitlerin doğru yapılabilmesi, sebeplerin ve sonuçların ortaya sağlıklı bir şekilde konulabilmesi için gerekli olan veri tabanı elimizde mevcut değildir.

Hemen hemen tüm toplumlarda evliliğin hukuki meşruluğundan çok toplumsal mutabakatı daha fazla önem arz etmektedir. Bu durum çoğu zaman kamu kurumlarının da evliliğe aynı çerçeveden bakmalarına neden olmuş ve kamu kurumlarının büyük çoğunluğunun bugüne kadar konuyla yeterince ilgilenemediği tespit edilmiştir.

Erken yaşta evlilikler ekonomik yetersizlik, yanlış ve eksik bilgilerden kaynaklanan geleneksel ve dini inançlar, eğitimsizlik, aile içi şiddet, toplum baskısı, mülkiyet unsuru gibi sebeplerle ortaya çıkmaktadır.

TBMM çatısı altında da özel olarak ele alınan ve raporu hazırlanan erken yaşta evliliklerin ortadan kalkması için toplumun bilinçlendirilmesi, toplumda farkındalık yaratılması, normalleşen ve meşrulaşan bu evliliklerin sağlıksız yapısının kamuoyuyla paylaşılması temel hedefler olarak belirlenmiştir.

Çocuk hakları açısından bakıldığında hem erkek hem de kız çocuklar için bir ihlal söz konusu olmakla birlikte kız çocuklarının erkeklerden çok daha erken yaşta evlendirilmeleri ve bu evliliğin sonuçlarının kızlar açısından daha ciddi sakıncalar doğurması nedeniyle konunun kız çocuklar üzerinde daha fazla yoğunlaşmasına sebep olmuştur.

Erken yaşta yapılan evlilikler kadınların toplumdaki eşitsiz konumunu pekiştirmekte ve hayat tercihlerini azaltmaktadır. Kadınları eğitimsizlik, yoksulluk, cahillik ve bağımlılık kısır döngüsüne hapseden bu evlilikler onların geleceğe dair hayallerini de ellerinden almaktadır. Erken yaşta yapılan evliliklerin bir çocuk hakkı, kadın hakkı ve insan hakkı ihlali olduğu kabul edilmiştir.

Çocuk evliliklerinin nedenleri bölgeden bölgeye, topluluktan topluluğa değişiklikler göstermektedir. Temel nedenler arasında eğitim seviyesinin düşüklüğü ve yoksulluk öne çıkmaktadır.

Düşük eğitim seviyesi:Çocuk yaşta evlilikler, eğitilmiş kızlarda daha düşük oranda görülmektedir. Yoksulluk:2006 Aile Yapısı Araştırması'nda, en yüksek refah düzeyindeki kadınların, en düşük refah düzeyindeki kadınlardan üç yıl daha geç evlendikleri görülmüştür.

Sonuç olarak, toplumda çocuklar birey olarak görülmelidir. Kız çocuklarının eğitimi için olanak sağlanmalı, kadının iş yaşamındaki yerini alması özendirilmelidir. Çocuk gelinlerin önlenmesinde en önemli koruyucu faktörler tüm çocukların, özellikle kız çocuklarının eğitiminin sağlanması ve sosyal eşitsizliklerin en aza indirilmesidir.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

MÜLTECİ ÇOCUKLAR HAKKINDA ULUSLARARASI STANDARTLAR VE TÜRKİYE’DEKİ MÜLTECİ ÇOCUKLARIN DURUMU

Prof. Dr. Ahmet ERGİN

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Birimi, Denizli

Mülteci çocuklara ait uluslararası standartları belirleyen pek çok belge sayılabilir. Tarihsel olarak sıralanacak olur ise; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948), Mültecilerin Hukuki Statüsüne Dair BM (Cenevre) Sözleşmesi (1951) ve 1967 (New York) ek protokolü, Birleşmiş Milletler Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi (1966), Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1966), Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW) (1979), Çocuk Haklarına dair Sözleşme (1989), ILO Sözleşme No.182 Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinin Ortadan Kaldırılması için Yasaklama ve Acil Eylem Sözleşmesi (1999) ve Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve Cinsel İstismardan Korunması Sözleşmesi (2007)’dir. Bu metinlerin ortak özelliği *insan hakları çerçevesinde* çocukların insan onuruna yakışır şekilde yaşamaya hakları olduğunu belirtmeleri, cinsiyet ayrımcılığı başta olmak üzere her türlü ayrımcılığı yasaklamaları, zalimlik karşısında başka ülkelere sığınma haklarına işaret etmeleri, çocukların kötü ve tehlikeli işlerde çalıştırılmasını, erken evlenmeyi ve fuhuş dahil cinsel istismarı yasaklamalarıdır.

Uluslar arası belgelerden Cenevre Sözleşmesi (1951) geri döndüğünde yargılanacağı şüphesi olan çocukları mülteci olarak tanımlamakta, mülteci olan bir çocuğun geri gönderilemeyeceğini ifade etmekte ve mülteci bir erişkin ile çocuk arasında sosyal yardımlar ve hukuksal haklar açısından bir fark olmadığını belirtmektedir. Ayrıca bir maddesinde mülteci çocuğa verilecek eğitimin ülkenin kendi çocuklarına verilecek eğitim ayarında olması gerektiğine işaret edilmektedir. Türkiye bu sözleşmeyi imzalamış olmasına rağmen mülteci çocukların hukuki statü ve haklarını etkileyebilecek 1951 Cenevre Sözleşmesine konulmuş “zaman sınırlamasını” 1967 New York Protokolü ile kaldırmış fakat “coğrafi sınırlamayı” muhafaza etmiştir. Bunun anlamı, Avrupa’nın siyasi sınırları dışından Türkiye’ye iltica amaçlı gelen kişilere Türkiye’nin “daimi bir ikamet ülkesi” olma taahhüdü içine girmemesidir. Ancak Türkiye kendisine sığınanların hemen tamamına uluslararası toplum tarafından Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) aracılığı ile statü belirleme işlemleri sonuçlanana kadar “şartlı mülteci” işlemi uygulamaktadır. Bu işlem sonunda hakkında olumlu karar ile sonuçlananlar kendilerini kabul eden bir üçüncü ülkeye yerleştirilmektedir. Bu yaklaşımın Türkiye’deki mülteci çocuklara sağlanacak hizmetleri olumsuz olarak etkileme ihtimali vardır. Diğer yandan, Türk hukuku açısından 2011 yılı başlangıç kabul edilerek yaklaşık 1,5 milyon Suriyeli çocuk mültecinin durumu “geçici koruma” statüsü sağlanarak iyileştirilmiştir. Fakat diğer ülkelerden ülkemize gelen ve Ocak 2016 tarihi itibarı ile yaklaşık 85 bin olan mülteci çocukların durumlarında değişiklik yapılmamıştır. Sadece Avrupa Birliği ile imzalanan geri kabul anlaşması (16. Aralık. 2013) gereği bu çocukların daha azının Ege denizinin sularında kaybedileceği söylenebilir. Mevzuatta bu farklılığın Suriye dışı mülteci çocuklar lehine ortadan kaldırılması üzerinde durulması gereken bir konudur.

Mülteci çocukların durumları tartışılırken Türkiye’ye olan mülteci akınının Avrupa ülkelerinden olmadığı göz önüne alınmalı, Cenevre Sözleşmesi (1951) ve 1967 (New York) ek protokolündeki kısıtlılığın Türkiye’nin imzaladığı diğer uluslararası anlaşmalar ile aşılması yoluna gidilmelidir. Bu bağlamda genel çerçeve içerisinde çocuklara özel hakları belirleyen temel belge olarak **Çocuk Haklarına dair Sözleşmenin** (ÇHDS) mülteci çocuklar ile ilgili konularda da öncelenmesi yerinde olacaktır. Çocuk Haklarına dair Sözleşme bir mülteci sözleşmesi olmamasına rağmen 1. maddesinde bu sözleşmenin “18 yaşını doldurmamış her kişiye” ve 2. Maddesinde de “hiç bir ayırım yapılmadan” uygulanması gerektiğini bildirmektedir. Bu sözleşme dünyada çok sayıda ülke tarafından imzalanmıştır ve eğer bu sözleşmeye taraf bir devlet diğer mülteci anlaşmalarını imzalamamış olsa bile bu sözleşme hükümlerine göre mülteci çocuğun haklarını vermek zorundadır.

ÇHDS çocuğun yaşamına ait tüm alanları kapsamaktadır. Fakat 3 önemli hak; çocuğun yüksek yararı, ayırım yapılmaması ve çocuğun katılım hakkı diğer haklara temel oluşturmaları açısından değerlendirilmelidir. Bu haklar “haklar üçgenini” oluşturmakta ve sözleşmenin asıl amacı olan “çocuğun yaşaması ve gelişmesine (6. madde)” ulaşmada birbirini desteklemektedirler. *Çocuğun yüksek yararı* hem hükümetlerin çocukları ilgilendiren politik karar alma süreçlerinde hem de çocuk bireysel olarak ele alındığında uygulanması gerekmektedir. Sözleşmede yer alan haklar taraf devletlerce “kendi yetkileri altında bulunan her çocuğa, kendilerinin, ana-babalarının veya yasal vasilerinin sahip oldukları, ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasal ya da başka düşünceler, ulusal, etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin” tanınır ve taahhüt edilir. Diğer bir ifade ile, ister vatandaş olsun ister göçmen ya da mülteci/sığınmacı olsun taraf devletler çocuk haklarını *ayırım yapmaksızın* tüm çocuklara sağlamak durumundadır.

Başta ÇHDS olmak üzere diğer konu ile ilgili uluslar arası hukuk metinleri incelendiğinde *mülteci çocukların hakları* bağlamında şu uluslararası standartlar saptanmaktadır: 1) her koşulda çocuğun yüksek yararının gözetilmesi; 2) hiçbir şekilde ayrımcılık yapılmaması; 3) katılım hakkı: çocuğun kendisiyle ilgili kararlara katılması, düşünce ve ifade özgürlüğü ve örgütlenme hakkını kullanabilmesi; 4) çocuğa bir vatandaşlık sahibi olma hakkının sağlanması; 5) ekonomik, sosyal ve kültürel hakların sağlanması: özellikle eğitimde mülteci çocuklara ülkenin vatandaşı olan çocuklar ile aynı imkanların sunulması; 6) sağlık hakkı: sağlık hizmetleri kullanım hakkının güvence altına alınması, ana-çocuk sağlığına ve koruyucu sağlık hizmetlerine özellikle dikkat edilmesi, sağlığın sosyal belirleyicileri olan güvenlik (istismardan korunma), beslenme, barınma, sanitasyon, çocuk işçiliğinin sonlandırılması ve eğitim gereksiniminin karşılanması; 7) hukuki süreçlerde çocuklara yaşlarına uygun biçimde davranılması; 8) zorunlu göç (refakatsiz çocuklar) ya da mülteci işlemleri ile ilgili süreçlerde aile birliğinin korunması veya yeniden kurulması; 9) sığınma/ iltica hakkı; 10) çocukların uluslararası alanda sömürülerinin önlenmesi: uluslararası alanda çocuk ticaretinin önlenmesi ve çocukların emek, fiziksel ya da cinsel sömürüsünün engellenmesi.

Güncel Türk mevzuatında 4.4.2013 tarihinde yürürlüğe giren 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu mülteci çocukların hukuki durumlarını belirleyen temel belge olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanunda 1) Türkiye’nin Cenevre sözleşmesini coğrafi çekinceler ile kabul etmesinden dolayı sadece Avrupa ülkelerinden gelen sığınmacıların “mülteci” statüsüne alındığı, diğer ülkelerden gelenlere “şartlı mülteci” statüsü verildiği; 2) kanunda “refakatsiz çocuklar” hariç çocuklara özgü hükümler olmadığı; 3) 89. maddesinde hakların tanımlandığı ve “Başvuru sahibi veya uluslararası koruma statüsü sahibi kişi ve aile üyelerinin ilköğretim ve ortaöğretim hizmetlerinden faydalanacağı” , “ihtiyaç sahibi olanların, sosyal yardım ve hizmetlere erişimlerinin sağlanabileceği” , “Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme

gücü bulunmayanların...Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine tabi olduğu", "Başvuru sahibi veya şartlı mültecilerin uluslararası koruma başvurusu tarihinden altı ay sonra çalışma izni almak için başvurabileceği" belirtilmektedir. Ayrıca, 91. maddede "geçici koruma" konusu açıklanmaktadır. Kanuna istinaden Suriye'den gelen yaklaşık 1,5 milyon mülteci çocuk 22.10.2014 tarihli, 29153 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Geçici Koruma Yönetmeliği" kapsamında 28.04.2011 tarihinden itibaren "geçici koruma" altına alınmışlardır. Yönetmeliğe göre ilgili bakanlıklar ile kamu kurum ve kuruluşları tarafından "Geçici Korunanlara Sağlanacak Hizmetler" in Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) koordinasyonunda yürütüleceği belirtilmektedir. İllerde hizmetlerin yürütülmesinden Valiler birincil derecede sorumludur. Geçici Korunanlara sunulacak sağlık hizmetleri "Geçici Koruma Yönetmeliği"nde belirtilen esaslara dayanılarak; AFAD tarafından yayınlanan 18.12.2014 tarihli, 2014/4 sayılı "Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi Genelgesi" ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2875 sayılı makam onayı ile yayınlanan, 04.11.2015 tarihinde güncellenen "Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Yönergesi" ile düzenlenmiştir. Bu Genelgelerde kayıtların Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne yapılacağı bildirilmekte ve "geçici koruma" altına alınanların çok büyük bir kısmını hizmetlere ancak kayıt olduktan sonra ulaşabilecekleri belirtilmektedir. Özetle, **güncel hukuksal durum açısından** geçici koruma altına alınanların kayıtlarının düzenli tutulabildiği, yeterli personel ve teknik altyapının sağlandığı, sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterince bilgilendirilebildiği, dil sorununun ücretsiz tercümanlar aracılığı ile çözülebildiği ve geçici koruma altına alınanların mevzuatta yer alan tüm sağlık hizmetlerine sorunsuzca ulaşabildiği varsayılırsa Suriyeli mülteci çocukların ülkemiz çocuklarına benzer düzeyde sağlık hizmetlerinden faydalanabildikleri söylenebilir.

TÜRKİYE'DEKİ MÜLTECİ ÇOCUKLARIN DURUMU

Yazının bu kısmında Türkiye'deki mülteci çocukların durumları irdelenirken 1) Suriyeli mülteci çocukların şu anda sayıca en büyük gurubu oluşturmaları, 2) her ne kadar bugün için Türk hukuku açısından "geçici koruma" altındakiler olarak tanımlansalar da bu statünün ileride "kalıcı" hale geleceğine dair birçok emarenin varlığı ve 3) diğer ülkelerden gelen mülteci çocuklar hakkında çok az bilgi olması nedeni ile Suriyeli mülteci çocuklar üzerine yoğunlaşmıştır.

Suriyeli Mülteci çocukların yaşam koşulları ve sağlık hizmet kullanımları

Suriyeli mülteci çocukların yaşam koşulları Suriyeli mülteci erişkinlerin yaşam koşulları ile sıkı şekilde ilintilidir. Kamplarda yaşayan Suriyelilerin sağlık hizmetlerine (barınma, beslenme, sanitasyon ve temiz suya ulaşım, eğitim, çalışma ve sağlık hizmet kullanımı) ulaşımının büyük oranda sorunsuz gerçekleştiği hem resmi hem de sivil toplum kuruluşları tarafından raporlanmaktadır. Fakat Suriyeli mültecilerin %85-90'ını kamp dışında yaşamaktadır. Bu nedenle sadece kampı içeren değerlendirmelerin yanıltıcı olacağı düşünülebilir. Kamp dışındakiler çoğunlukla birkaç aile bir evde kalabalık şekilde kentlerin yoksul mahallelerinde yaşamaktadır. Kent merkezlerinde parklarda, meydanlarda, camilerde, inşaatlarda, terk edilmiş binalarda, dükkânlarda vb. yaşayan evsiz konumunda olanların çokluğu da dikkat çekmektedir. Kalınan mekanlar tuvalet, banyo, mutfak, ev eşyaları (buzdolabı, çamaşır makinesi, halı, battaniye, yatak vb.) açısından oldukça yetersizdir. Barınılan mekanların ısınma olanakları açısından ciddi sorun yaşanmakta ve yaklaşık yarısında ısıtıcı olmadığı saptanmaktadır.

Suriyeli ailelerin gıdaya ulaşımında kısıtlılıklar vardır. Günde tek öğün karbonhidrat ağırlıklı ve protein, mineral ve vitaminlerden yoksun beslendikleri raporlanmıştır. Mutfak araç gereçleri yetersizdir. Aile üyelerinin yetecek miktarda tabak, bardak, kaşık, çatal gibi gereçler yoktur ve yemek pişirme olanaklarının sınırlıdır. İzmir'de yapılan bir çalışmada yemekler maddi koşullara göre etraftaki lokantalardan, marketlerden alındığı rapor edilmiştir. Komşular da yemek desteğinde bulunmaktadırlar.

Beş Suriyeliden birinin içme suyuna ve altı Suriyeliden birinin de kullanma suyuna zor veya çok zor ulaştığı rapor edilmiştir. Banyo ve tuvalet koşulları genellikle kötüdür. Sıcak suya erişim oldukça yetersizdir. Sabun başta olmak üzere temizlik malzemelerine erişim ile ilgili ciddi sorunlar vardır. İzmir'de yapılan bir çalışmada tuvaletin ciddi sorun olduğu, ihtiyacın cami avlusunda ücretli ve hijyenik açıdan kötü koşullarda karşılandığı, çevredeki binlerce sığınmacının tek bir tuvaleti kullandığı ve ücret nedeniyle mültecilerin bir kısmının tuvalet ihtiyacını açık alanda giderdiği belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada banyo gereksiniminin karşılayacak bir yerin olmadığı bildirilmiştir. Çocuk bezi ve kadına yönelik ihtiyaçlara her iki Suriyeliden biri zor veya çok zor ulaşmaktadır.

Kamp dışındaki 6-11 yaş arası Suriyeli çocukların sadece %14'ü eğitimine devam edebilmektedir. Öğrencilerin müfredat uyumu, dil problemi gibi ciddi sorunları vardır. Yaklaşık 40 bin Suriyeli çocuğun Suriye Eğitim Komisyonu tarafından hazırlanan, Beşar Esad'ı ve rejimi öven ifadelerin çıkarılmasıyla oluşturulmuş müfredatla eğitildiği bildirilmiştir. Kamp dışında yaşayan Suriyeli çocukların eğitimlerini çoğunlukla sivil toplum kuruluşlarına, belediyelere ya da şahıslara bağlı okullarda yürütülmektedir.

Yurdumuza gelen Suriyeli mültecilerin büyük bir kısmı ucuz iş gücü olarak çalışma potansiyeli olan bir guruptan oluşmaktadır. Dolayısı ile sıklıkla inşaat, tarım (mevsimlik tarım işçiliği) ve sanayi (merdiven altı küçük işletmeler) sektörlerinde istihdam edilmektedirler. Kayıt dışı çalışma, sosyal güvencenin olmaması, düşük ücret, ücretin zamanında ya da hiç alınamaması, işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili ciddi yetersizlikler, işin geçiciliği, uzun çalışma saatleri (12-16 saat), dinlenme ve tatil sürelerinin olmaması, çocuk işçiliği, en kötü koşullarda çalışma gibi çok ciddi sorunlar Suriyeli mülteci çocukların sağlık durumlarını olumsuz olarak etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Suriyeli mülteci çocukların koruyucu ve tedavi edici hizmet kullanımlarında da sorunlar vardır. Kamp dışı yaşayanlarda kamplarda yaşayanlara göre sağlık hizmeti kullanımı daha düşüktür. Kullanımdaki düşüklük nedenleri olarak sağlığın sosyal belirleyicileri (düşük gelir, işsizlik, kötü barınma koşulları) yanında kayıtlı olmama, sağlık sistemini bilememe, dil sorunu, kültürel farklılıklar, zaman ayıramama, coğrafi olarak sağlık kurumlarına uzaklık, kayıt dışı çalışma ve sağlık kurumlarında karşılaşılan ayrımcı uygulamalar işaret edilmektedir. Bu engellerin sonucunda Suriyeli çocukların koruyucu sağlık hizmetine ulaşmaları kötü yönde etkilenmektedir. Örneğin, İstanbul'da yapılan bir çalışmada 0-15 yaş arası çocukların sadece %8,5'inin aşı kartı olduğu belirlenmiştir. Bursa'da yapılan diğer bir çalışmada 0-5 yaş bebek ve çocukların %25,2'sinin sağlık izlemlerinin yapıldığı ve %40,4'ünün aşılarının yapılmadığı saptanmıştır. İzmir'de yapılan bir saha çalışmasında mültecilerin aile hekimine kayıtlarının yapılmadığı, bebek ve gebe izlemlerinin düzenli olmadığı ve bebeklerin hiç aşılanmadıkları saptanmıştır. Mülteci çocukların sağlığını doğrudan etkileme olasılığı olan Suriyeli kadınların sağlık hizmet kullanımında da problemler vardır. Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada Suriyeli kadınların %26,7'sinin gebeliği nedeniyle hiç bir sağlık çalışanına başvurmadığı, %47,7'sinin Türkiye'ye geldikten sonra düşük ya da ölü doğum şeklinde gebelik kaybı yaşadıkları ve karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının %36,4 olduğu saptanmıştır.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

Suriyeli mülteci çocukların sağlık sorunları

Suriyeli mülteci çocukların önemli sağlık sorunlarından biri bulaşıcı hastalıklardır. Yaşama koşulları ve sağlık hizmetlerinde aksamlar özellikle eliminasyon ve eradikasyon aşamasında olan hastalıklar (kızamık, polio ve sıtma) başta olmak üzere tüberküloz, ishal ve akut solunum yolu enfeksiyonlarına zemin hazırlamaktadır. Aşısız kalan malnütrisyonlu Suriyeli çocuklar Türkiye'deki kızamık salgınından etkilenen en büyük gurubu oluşturmuştur. 2011 yılında başlayan salgın için önemli faktörlerden birinin Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetleri modelini değiştirmesi (aile hekimliği sistemine geçiş) ile bölgesel tabanlı hizmet sunumundan vazgeçmesi dolayısı ile salgın önleme/yanıt kapasitesindeki azalmanın etkisi olabileceği öne sürülmüştür. Yapısal değişimin zamanlamasının Suriyeli göçü ile çakışmasının Suriyeli mülteci yoğunluklu illerde salgının yüksek olgu sayıları ile seyretmesine neden olduğu düşünülmektedir. Savaş koşulları çevre ülkelerdeki polio eradikasyon programını zayıflatmıştır. Suriye ve Irak'ta 2014 yılında 35 olgu ile polio salgınına neden olmuştur. Türkiye'de salgının yayılmasını engellemek amacıyla sınıra komşu illerde ve mültecilerin yoğun yaşadığı illerde polio aşı kampanyaları yapmak zorunda kalmıştır. Suriye için endemik olan Şark Çıbanı, göçle birlikte Türkiye'ye taşınmış, kötü yaşam koşulları ve çevre sağlığı hizmetlerinin yetersizliği hastalığın yayılmasına neden olmuştur. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2013 yılı Nisan ayında Leishmania polikliniği kurulduğu, %95'ten fazlasını Suriyelilerin oluşturduğu ayda ortalama 35 olgunun tedavilerinin yapıldığı bildirilmiştir.

Suriyeli mülteci çocukların diğer önemli bir sorunu da malnütrisyonudur. Diyarbakır'da bir çadır kentte yaşayan 6-10 yaş grubu çocukların yaşa göre ağırlık değerlendirmesine göre erkeklerin %7,9'u zayıf, %5,3'ü çok zayıf, %3,5'i kilolu iken, kızların %21,9'u zayıf, %2,3'ü çok zayıf ve %3,8'i kiloludur. Yaşa göre boy değerlendirmesine göre ise erkeklerin %10,6'sı kısa, %2,2'si çok kısa iken, kızların %20'i kısa ve %2,4'ü çok kısadır. Suriyeli kadınların da %50'sinde demir, %45,6'sında B12 ve %10,5'inde folik asit eksikliği saptanmıştır.

Suriyeli çocukların cinsel/üreme sağlıkları tehdit altındadır. Cinsel istismarın (zorla evlilik, çok eşli evlilik, çocuk evlilik, cinsel köle olarak pazarlama) yaygın olduğu dile getirilmektedir. Polis Akademisi Suç Araştırmaları ve Kriminoloji Araştırma Merkezi (SAMER), tarafından sempozyumda kamp dışında ve içinde yaşayan Suriyeli kadın ve çocukların kadın tacirlerinin eline düştüğü, Suriyeli küçük kızların imam nikâhıyla kuma yapılmasının yaygınlaştığı, yaş sınırı 11-12'ye kadar düştüğü belirtilmiştir. Ayrıca nikâh görütüsü altında fuhuş ve çocuk-kadın ticaretinin yapıldığı ve zorla çalıştırılan bu kızların yaş ortalamasının 12'ye kadar düşebildiği belirtilmiştir.

İşçi sağlığı ve güvenliği bağlamında da sağlık sorunları gözlemlenmektedir. İzmir'de Işıkkent ayakkabıcılar sitesinde bazı işyerlerinde ayakkabı yapıştırma işlerinde çalıştırılan ve içlerinde çocuk işçilerin de olduğu birçok Suriyeli çalışanda yapıştırıcı ürün kullanılmasına bağlı olarak ciddi sağlık sorunları oluşmuştur. Ayrıca, sorunun çalışma koşullarından kaynaklandığı kanıtlanmasına rağmen yetkili kurumların soruna müdahale etmedeki isteksizliği bu çalışmada dile getirilmiştir. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi işçi cinayeti nedeniyle yaşamını yitiren göçmen sayısının 2013 yılında 22 iken 2014 yılında 53'e ve 2015 yılında 67'ye yükseldiğini ve çoğunluğunun Suriyeli olduğunu paylaşmıştır.

Mülteciler arasında ruh sağlığı sorunları yaygın olduğu, özellikle çocuk ve kadınların daha fazla etkilendiği rapor edilmiştir. Bir kampta yapılan saha araştırmasında Suriyeli mülteci çocukların %44,3 ünün stres veren olaylardan 5 veya daha fazlasını ve %18,8'inin 7 veya fazlasını yaşamış olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu çocukların %35'i travma sonrası stres bozukluğu şüphesi göstermiş ve %49'u depresyon ölçeğinde "yüksek" ve %36'sı "çok yüksek" düzeyde puan almıştır.

Öneriler

Tüm mülteci çocukların Türkiye'de insan hakları çerçevesinde uluslararası standartlarca belirlenmiş insan onuruna yakışır yaşam koşullarına ve sağlık hizmet ulaşımına olanak verilmesi ve Suriyeli mülteci çocuklar için bir an önce "acil yardım-destek" politikalarından "uyum politikalarına" geçilmesi önerilir.

Kaynaklar

1. Atasü-Topçuoğlu, R. (2012) Profiling migrant children in Turkey: social policy and social work suggestions - A rapid assessment research, IOM: Ankara.
http://www.turkey.iom.int/documents/Child/IOM_GocmenCocukRaporu_tr_03062013.pdf. Son erişim:6.10.2016
2. Bülbül FS, Değirmencioğlu U, Eğribel E, Gülan A, Kars Ö, Kulca YA, Oktay N, Şirin M R. (2012) I. Türkiye çocuk hakları stratejisi (2012-2016), Çocuk Vakfı Yayınları No.98:İstanbul.
3. Suriyeli göçmenlerin sorunları çalıştayı sonuç raporu (2014), Mersin.
<http://www.madde14.org/images/b/b0/MersinUnivSuriyeCalistay.pdf> Son erişim:6.10.2016
4. UNICEF. Çocuk haklarına dair sözleşme (1989), <http://www.unicefturk.org/public/uploads/files/5db1679769f48db888ea765a01dfc8ca9ff67b70.pdf>. Son erişim:6.10.2016
5. UNICEF. Refugee children: Guidelines on protection and care (1994).
http://www.unicef.org/violencestudy/pdf/refugee_children_guidelines_on_protection_and_care.pdf. Son erişim:6.10.2016
6. Yabancılar ve uluslar arası koruma kanunu. 4.4.2013 tarih ve 6458 sayılı kanun. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6458.pdf>. Son erişim:6.10.2016
7. Geçici koruma yönetmeliği (2014). 22.10.2014 tarihli, 29153 sayılı Resmi Gazete yayınlanmış. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15-1.pdf> Son erişim:6.10.2016
8. Geçici koruma altındakilere ilişkin hizmetlerin yürütülmesi genelgesi (2014). AFAD 18.12.2014 tarihli, 2014/4 sayılı genelge. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/6eeb9938335c4686ba48920ffed18a91.pdf> Son erişim:6.10.2016
9. Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetlerine dair esaslar yönergesi (2015). Sağlık Bakanlığı 11.04.2015 tarihli, 2875 sayılı makam onayı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97032/h/saglik-bakanligi-gecici-koruma-yonergesi-25032015.pdf> Son erişim:6.10.2016
10. Türkay M (2016). Çocukların Sorunları. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
11. Zencir M (2016). Göçmenlerin adli tıbbi sorunları. 27-30 Nisan 2016 XIII. Adli Bilimler Kongresi, Manisa.
12. Zencir M, Davas A (2014). Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
13. Bahadır H, Uçku R, Varol ZS, Çiçeklioğlu M, Usturalı Mut AN (2016). Kamp dışında yaşayan sığınmacılar; çalışma, gelir, eğitim, barınma, su, banyo ve beslenme koşulları. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.

14. Varol ZS, Terzi C, Altın Z (2016). Kamp dışında yaşayan sığınmacılara dair bir değerlendirme örneği, İzmir’de sokakta yaşayan Suriyelilerin sağlık durum değerlendirmesi. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
15. Eskiocak M, Marangoz B, Etiler N (2016). Suriye, Türkiye ve Irak’ta savaşın bölgedeki bulaşıcı hastalıklara etkileri. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
16. Özkahraman S, Kolsuz S, Gördük MN, Can M, Turan İ, Saka G (2015). Diyarbakır büyükşehir belediyesi Şengalliler Çadırkent 6-10 yaş arası malnütrisyon durumu. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı, s: 748-49.
17. Şimşek Z, Yentür-Doni N, Doğan F, Hilali N G, Yıldırımkaya G (2015). Bir il merkezinde üreme çağındaki Suriye’li mülteci kadınlarda demir, B12 ve folat eksikliği. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı, s: 291-92.
18. Özgülnar N (2016). Kadınların sorunları. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
19. Özvarış Ş (2016). Cinsel şiddet. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
20. SAMER (2015). 7. Uluslararası Risk Altında ve Korunması Gereken Çocuklar Sempozyumu. Aralık 2015, Antalya.
21. Demiral Y, Demir E (2016). Olgu Sunumu: Sığınmacılarda çocuk işçiliği. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
22. Gülay M. (2016). Sağlık hakları alanındaki hukuki düzenlemeler. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
23. Demir E, Ergin I, Kurt AÖ, Etiler N (2016). Sığınmacıların/geçici koruma altına alınanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında mevcut durum ve yaşanan sorunlar, engeller. İçinde: Savaş göç ve sağlık, TTB yayınları.
24. Esin NM, Ardic A, Nar Ş, Yıldırım B, Sunal N. (2014). İstanbul’un bir bölgesinde yaşayan Suriyeli göçmenlerin yaşam koşulları. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne.
25. Kalkan O, Gülay M, Vatan İ, Engindeniz FT, Bakış B, Özyürek MM, Özbek R (2014). Bursa ili Osmangazi ilçesi’nde ikamet eden Suriyeli göçmenlerin temel sağlık durumlarının değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Kitabı, s: 457-58.
26. Özer S, Şirin SR (2012). Suriyeli mülteci çocuklar saha araştırması. <http://www.bahcesehir.edu.tr/icerik/1769-suriyeli-multeci-cocuklar-ve-aileleri-arastirma-sonuclari> Son erişim:6.10.2016

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

MÜLTECİLERE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAHADA YAŞANAN SORUNLAR

Uz.Dr.L.Tuna ŞENGÖZ

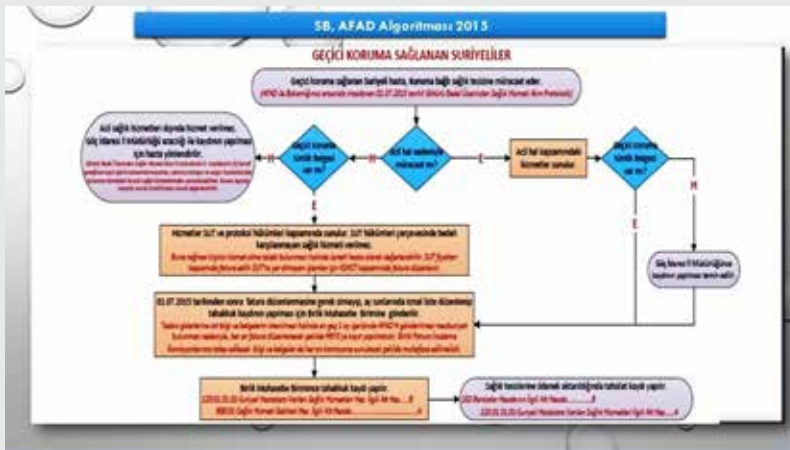
Aile Hekimliği

2011 yılının kış aylarında Suriye’de başlayan savaş ve büyük mülteci akımı başta insanlar olmak üzere tüm canlıların, doğanın zarar görmesine neden olmuş ve olmaya da devam etmektedir. Ülkelerini terk etmek zorunda kalan insanlar temelde beslenme, barınma, giyim sağlık ve eğitim problemleri ile karşı karşıya kalmışlardır. Aslında burada sayılan beş ana problemin sadece bir tanesi diğerlerinin artışı ile artmakta, azalması ile azalmaktadır. Bu diğer faktörlere bağlı olan değişken “sağlık”tır. Örneğin; beslenme kalitesi arttıkça sağlığın korunmasında ve idamesine düşen yük azalmakta veya tersi. Yine aynı şekilde barınma, giyim ve eğitimdeki değişiklikler sağlığa birebir yansımaktadır. Bu yüzden sığınmacılar için sadece sağlık konusunda değil, sonuçta sağlığı destekleyecek olan beslenme, barınma, giyim ve eğitim konusunda da ciddi düzenlemeler yapılması gerekiyor. Sunulan sağlık hizmeti ne kadar kaliteli olursa olsun diğer parametreler de yaşanacak sorunlar mutlaka bu sağlık hizmetinin kalitesini düşürecektir.



Ülkemize gelen Suriyeliler 2014 yılında yayınlanan Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamında, 28 Nisan 2011 tarihine itibaren geçici koruma altına alınmışlardır. Geçici korunanlara sağlanacak (GSS) hizmetler illerde birinci derecede valilerin sorumluluğunda olmak üzere başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı AFAD koordinasyonunda yürütülmektedir. Sınırdan giren mülteci bulunduğu ilde kayıt yaptırıyor ve kimlik kartı alıyor. Kayıt altına alınan sığınmacılar sağlık hizmeti haklarını elde etmiş oluyor, kayıt yaptırmayanlar ise bu hizmeti ücretsiz alamıyorlar. İşte toplum açısından sağlık sorunu bu noktada ilk sinyali veriyor. Kayıt altına alınmayanlar aşılama gibi birinci basamak koruyucu hizmetleri almadan ülkeye yayılmış oluyorlar. Toplum sağlığı açısından risk oluşturuyorlar. Burada ana hedefim sunulan sağlık hizmetlerindeki sorunlara anlatmak aslında fakat bu konulara da değin-

meden geçilemeyeceği için bazı bilgileri aktarıyorum. Sınırdan yaralanmış olarak geçirilen ve ülkemizde tedavi edildikten sonra, hastaneden bırakılmadan önce Göç İdaresi kişinin biyometrik kaydını yapması gerekmektedir. Geçici korunanlar sağlık açısından risk grubu sayılır, çünkü kendine özgü sağlık sorunları olabilir, bu durum düşünülerek daha profesyonel ve detaycı yaklaşılmalıdır. Riskli gruplara özelleşmiş hizmetler sunulmalıdır. Geçici korunanlar acil durumlar haricinde sevk olmadan, kendisinin ücreti karşılığında durumu dışında, üniversite ve özel hastanelerden hizmet alamazlar. Kayıt yaptırdıkları il dışında, bulaşıcı ve salgın hastalık ile acil harici diğer sağlık hizmetleri karşılanmaz. SGK provizyonu alınamayanlar ve kaydı yapılmamış olanlar acil bulaşıcı, salgın hastalık dışında hizmet alamaz. Aşağıda ki resim de; sağlık kurumuna başvuru yapan sığınmacı için izlenilecek yol gösterilmiştir.



Özetleyecek olursak; sığınmacı olarak ülkemize gelen insanlar iki grup oluşturmaktadır: Kurallara uygun bir şekilde kayıt altına alınan “Geçici Koruma Altına Alınanlar” ve “Kayıt Olmadan Dolaşanlar”. İkinci grup başlı başına bir sağlık sorunu teşkil etmektedir, sağlık hizmetlerini ancak ücret karşılığında ile alabilirler (acil, salgın ve bulaşıcı hastalık harici). İlk grup ise ücretsiz bir şekilde kamunun sağladığı tüm sağlık hizmetini alabilirler.

Sunulan sağlık hizmetleri sorunlarını neden kaynaklandığını tespit edecek olursak :

1. Yardım verenin özellikleri
2. Yardım alanın özellikleri
3. Yardım ortamının özellikleri

Yardım verenin özelliklerinden kaynaklanan sorunlar;

- 〈 Yeterli ekonomik kaynağın sağlanamaması, barınacak yerlerin yeterli sayıda ve normal standartlar da olmaması, yeterli besinin sağlanması ve korunmasındaki zorluklar, her koşula uygun giyecek temininin azlığı, bulunduğu çağdan geri kalmayacak bir eğitim sistemi devamlılığının sağlanmasındaki yetersizlik.
- 〈 Başta tercüman sayısının yetersizliği bir çok problemin çözümünü engellemektedir.
- 〈 Yeterli ve sığınmacı konusunda eğitilmiş personelin bulunmaması yapılanmayı bozmaktadır.
- 〈 Ülke de gelen sığınmacıya karşı gösterilen tepkinin organize hale gelmesinin engellenememesi
- 〈 Sürekli yer değiştirmesi veya ihtimali yüzünden, aile hekimleri performans kaygısı nedeniyle kişileri kendi birimine dahil etmiyor.
- 〈 Aile hekimine kesin kayıtlı bebeği olduğunda kimliğinin çıkması uzun sürüyor, bebek kartlardan takip ediliyor, aşı ve izlem sisteme geç girilebiliyor

⟨ Çok fazla poliklinik başvurusu olduğundan sağlık personeli ve kuruluşu yetersiz kalıyor
⟨ Kimlik tespiti yapılamıyor, mernis sadece TC kimlik no soruluyor, bu yüzden elle kayıt yapılıyor, zaman kaybı oluyor ve hata yapma riski arttığı için doğruluk derecesi azalıyor

⟨ Fiziksel rehabilitasyonun yanı sıra daha da önemli olan psikososyal destek hizmetlerinin, ebeveynsiz çocuklar, engellilerin tespiti, çocuk yuvaları, kadın korunma evlerinin yeterli olması

Yardım alanın özelliklerinden kaynaklanan sorunlar;

⟨ Aşırı derecede psikolojik ve fiziksel travmaya uğrayan insanların sağlıklı düşünme kapasitesinin azaldığı bir gerçektir. Düşünen beyni ile değil daha çok hisseden beyni ile hareket etmeye meyillendirler. Bu insanlar daha agresif daha ilkel duyguları ile hareket edebilir. Bu tip davranışlar, geldiği toplum tarafından dışlanmasını kolaylaştırır.

⟨ Dil sorunu ve kültürel farklılıklar

⟨ Dini inanış, mezhep farklılıkları

⟨ Eğitim almasındaki farklılıklar eğitimden uzaklaştırabilir

⟨ Aşı takvimi uyumsuzluğu

⟨ Diyalog sorunu; batıl inanç ve uygulamalarının çokluğu, giyinme tarzı nedeniyle muayene zorluğu

⟨ Tıbbi geçmiş bilgileri yok

⟨ Sık sık yer değiştiren göçmen sayısı oldukça çok, bu durum özellikle koruyucu hizmetlerin aksamasına neden olmaktadır

⟨ Adolesan gebelik, çocuk işçi, beslenme yetersizlikleri çocuklar için ciddi sorun teşkil etmektedir. Ağır koşullarda çalıştırılan çocukların sağlığı açık bir şekilde tehdit altına girmektedir.

Yardım verilen çevre ve şartlardan kaynaklanan sorunlar;

⟨ Sığınmacının geldiği il, ilçe de, sığınmacıya karşı gösterilen tepkinin organize hale gelmesi

⟨ Talebin artışı kira oranları artırıp, gelenleri zor durumda bırakmak

⟨ İnsanların düşkünlüğünü fırsat gören kişilerin genç insanları kötü yollara düşürmesi, uygunsuz ücretlere çalıştırması, çocukları suistimal etmesi gerek fiziksel ve gerekse ruhsal sağlığı tehdit etmektedir.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

17 Kasım 2016, Perşembe, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
16:15 - 17:25	ÇOCUK İSTİSMARI	Nurdan EVLİYOĞLU, Sema DEMİRÇİN
16:15 - 16:35	İstismara Uğrayan Çocukların Sosyal Yaşam ve Sistem İçinde İkincil İstismarı	Esin ÖZATALAY
16:35 - 16:55	Çocuk Koruma Birimleri Neden Gerekli, Nasıl Oluşturulmalı?	Figen Şahin DAĞLI
16:55 - 17:15	Bedensel Cezanın Yasaklanması	Gonca YILMAZ

İSTİSMARA UĞRAYAN ÇOCUKLARIN SOSYAL YAŞAM VE SİSTEM İÇİNDE İKİNCİL İSTİSMARI

Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

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

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

ÇOCUK KORUMA BİRİMLERİ NEDEN GEREKLİ, NASIL OLUŞTURULMALI?

Prof. Dr. Figen ŞAHİN DAĞLI

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri BD

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun bir yetişkin tarafından sağlığı ve gelişimine olumsuz etki eden davranışlara maruz bırakılması ya da sağlığı ve gelişimi açısından önemli olan ihtiyaçlarının karşılanmaması durumudur. İstismara uğramış çocuklar hastaneye başvurduklarında tanı ve tedaviye yönelik işlemlerin olabildiğince çocuğu örselemeden yapılması, çocuğun kendini güvende hissetmesi ve bundan sonrasında korunacağından emin olunması gerekir. Bunun için fiziksel, duygusal ya da cinsel tüm istismar olgularında olayın tıbbi, sosyal ve hukuksal yönlerini bütüncül olarak ele almak, var olan sorunları tedavi edebilmek ve çocuğun gelecekte yaşayabileceği sorunları önlemek için çok önemli bir yaklaşım tarzıdır. Böylece çocuk tekrarlayan görüşme ve muayenelerden korunmuş, deneyimli ve çocuk dostu bir ortamda ele alınmış olur. Aksi takdirde çocuğun tanı sürecinde ve sonrasında çeşitli aşamalarda karşılaştığı sorunlar nedeniyle ağır biçimde zarar görmesi mümkündür. Bu nedenle "Çocuk Koruma Sistemi" ni oluşturan tıp, sosyal hizmet ve hukuk alanlarının çalışanları hem kendi sorumluluklarını en iyi şekilde yerine getirmek, hem de bu disiplinler arası işbirliğini gerçekleştirmek zorundadırlar.

İstismara uğrayan çocuğa ideal yaklaşım; çocuğun tek bir merkezde bütüncül değerlendirme yapabilen uzman bir ekip tarafından ele alınarak hukuki süreç için gereken tanısalla yaklaşımın yanısıra tıbbi ve psikolojik tedavisinin yapılması, bu arada hukuki ve sosyal desteğin de o merkezin temasa geçeceği uzmanlar tarafından sağlanması ve çocuğun uzun süreli psiko-sosyal izleminin bu merkezde sürdürülmesidir. Böyle bir koruma şemsiyesi altındaki çocuk kendisini izleyen uzmana her gereksinim duyduğunda ulaşabilir, danışmanlık hizmeti alabilir, gerektiğinde okulda ona destek olacak kişiler ve sosyal hizmet görevlileri ile işbirliği kurularak çocuğa bütüncül bir destek sağlanır.

Üniversitelerde kurulan "*Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri*", hem yaşadığı travma nedeniyle zaten incinmiş olan hastanın, bölümden bölüme dolaşmak zorunda kalmadan, tüm tanı ve tedavi yaklaşımlarının tek elden, hızla, en nitelikli biçimde gerçekleştirilebileceği; hem de böyle bir hizmetin nasıl olması gerektiği konusunda bilimsel araştırmalara dayanan programların geliştirilip uygulanabilmesini sağlaması açısından bu yukarıda anlatılan ideal yaklaşıma en uygun oluşumlardır. Böyle bir merkezin kurulması, hem farklı meslek ve disiplinlerin çocuk istismarı konusundaki bilgi, beceri ve deneyimlerini paylaşarak soruna çok yönlü ve sistemli müdahale edilmesine, hem de daha etkili izlem ve değerlendirmeye olanak sağlanmaktadır. Böyle bir merkez bünyesinde yapılacak araştırmalar da farklı mesleklerin soruna yaklaşımlarını ortaya koyarak farklı boyutlarda çözümler üretilmesine katkıda bulunacaktır.

Son yıllarda ülkemizde çocuk istismarının tıbbi boyutunun ele alınmasında multidisipliner ekip çalışmasının önemi anlaşılmış ve Üniversite hastanelerinde yukarıda söz edilen merkezler kurulmaya başlanmıştır. Ankara'da 2006 yılında Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan "*Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi*" bu anlamda resmi olarak oluşturulmuş ilk merkezdir. Daha sonra Türkiye Cumhuriyeti ve UNICEF işbirliği ile 2008-2009 yıllarında Avrupa Birliği'nin mali desteği ile gerçekleştirilen "Önce Çocuklar: Çocuk Koruma Mekanizmalarının İl Düzeyinde Modellenmesi" Projesi çerçevesinde bir alt proje olarak, diğer pilot illerin üniversitelerinde de Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezleri kurulması hedeflenmiştir. Bu projenin sonunda, 2009 yılında İstanbul'da Marmara Üniversitesi'nde, daha sonra da Adana, Kayseri, Mersin, Kocaeli, Sivas Üniversiteleri'nin bünyesinde benzer merkezler oluşturulmuştur. Trabzon Üniversitesi'nde 2013, Muğla'da 2015 ve son olarak Ordu'da 2016 yılında kurulan merkezler ile üniversitelerde kurulmuş olan Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezleri'nin sayısı 10 a ulaşmıştır.

Üniversiteler bünyesinde bir uygulama ve araştırma merkezi kurulabilmesi ilgili üniversite senatosunun teklifi ve YÖK'ün onayı ile gerçekleştirilebilmektedir. YÖK tarafından belirlenen merkez açma esas ve kuralları ile ilgili bilgiye YÖK'ün web sitesinden ulaşılabilir. (<http://www.yok.gov.tr/content/view/21/57>). Başvuru yapılırken kurulması önerilen merkezle ilgili üniversitede halen faaliyet gösteren bölümlerle ilgili bilgi verilmesi, merkez faaliyetlerinin bu bölümlerde uygulanan programlara ve araştırmalara sağlayacağı katkılar, uygulama boyutunda yapacağı katkıları, merkez faaliyetlerinin genelde topluma yapabileceği katkı gibi konularda vurgu yapılarak merkez kurulma gerekçesinin anlatılması gerekmektedir. Merkez için gerekli fiziksel koşullar ve donanımın sağlanabilmesi merkezin işleyişini kolaylaştırır. Böyle bir mekan, hasta yoğunluğunun çok olmadığı, polikliniklerden bağımsız bir alanda bekleme salonu, görüşme ve muayene odaları ve kayıtların saklanacağı bir bölümden oluşur. Görüşme odası camlı aynalı bölme ile ayrılmış iki odadan oluşmalı, diğer odadan görüşmenin yapıldığı oda izlenebilmelidir. Görüşme odasında görüşmeyi kaydedecek bir video kamera, diğer odada ise görüntünün aktarıldığı bir bilgisayar ve kayıt aygıtı bulunmalıdır.

Çocuk koruma biriminde çalışacak çekirdek ekibe; çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı (varsa sosyal pediatrist), çocuk cerrahisi uzmanı, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, yetişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, adli tıp uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire yer almalıdır. Vakanın niteliği, merkeze geliş ya da gönderiliş biçimine göre, merkez çatısı altında çocukla olan görüşmeye katılacak olan ek disiplinlerden gelen üyeler ve bu görüşmenin süreci belirlenir. Vakanın özelliğine göre, çekirdek ekibe gerektiğinde katkı sağlayacak tıpta uzmanlık alanları: kadın hastalıkları ve doğum, beyin cerrahisi, dermatoloji, göz, radyoloji, ortopedi, yetişkin psikiyatri olarak sayılabilir. Merkezin işbirliği yapacağı kurumlar arasında: Cumhuriyet savcılığı, baroların çocuk hakları komisyonları, çocuk mahkemeleri, çocuk polisi, jandarma çocuk koruma merkezi, il sağlık müdürlüğü, il sosyal hizmetler müdürlüğü, il milli eğitim müdürlüğü, denetimli serbestlik ve koruma kurulları şube müdürlüğü önde gelen kurumlar olarak yer alır.

Sonuç olarak, çocuk istismarı ve ihmali özünde toplumda herkesi ilgilendiren bir konudur. Çocuklara yönelik şiddete ilgisiz kalinamaz, görmezden gelinemez. Çocukların korunması ve çocuklara yönelik şiddetin sona erdirilmesi, üniversitelerin görevleri arasında sayılmalıdır. Üniversiteler; çocuk koruma alanında öncülük görevi üstlenip toplumda konuya ilişkin bilinç ve duyarlılığı geliştirmeli, eğitim, araştırma ve hizmet etkinliklerinde bulunmalıdırlar. Üniversiteler bu görevlerini, bünyelerinde "çocuk koruma uygulama ve araştırma merkezleri" kurarak gerçekleştirebilirler. Bu merkezler hem istismara uğramış çocukların tanılanın konması ve ilk görüşmelerin yapılması görevini üstlenirler, gerektiğinde tedavisine karar verilen çocukları ilgili anabilim dallarına tedavi amacı ile yönlendirirler, hem de çocukların ihmali ve istismardan korunmasına ilişkin eğitimi ve savunma görevlerini yaparlar. Bu amaçla kamuoyu yaratılması, ana- baba, öğretmen, polis, hekim, hukukçu, sosyal hizmet uzmanı ve benzeri çocukla karşılaşan kişilerin eğitilmesi, politik kararlılık ve katkılarının sağlanması gibi konularda görevler üstlenirler.

BEDENSEL CEZANIN YASAKLANMASI

Prof. Dr. Gonca YILMAZ

Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi

Çocuğun bedensel olarak cezalandırılması, fiziksel güç kullanılan, ne kadar hafif olursa olsun belirli bir ölçüde acı veya rahatsızlık yaratma amacını taşıyan herhangi bir cezadır. Bu tür fiillerin çoğunda çocuğa elle veya bir araç kullanılarak – kamçı, sopa, kayış, ayakkabı, tahta kaşık vb—vurulmaktadır. Ancak, bunun dışında tekmeleme, çocuğu sarsıp fırlatma, tırmalama, çimdikleme, ısırma, saçlarını veya kulaklarını çekme de söz konusu olabilir. Veya çocuklar rahatsız pozisyonlarda durmaya zorlanabilir, vücudunun bir yeri yakılabilir, üzerine sıcak su dökülebilir veya kendisine zorla bir şey yutturulabilir (örneğin çocukların ağızlarının içerden sabunlanması veya zorla baharat yutturulması gibi). Ayrıca, cezalandırmada fiziksel olmayan, ancak gene zalimce ve onur kırıcı olup bu nedenle Çocuk Hakları Sözleşmesi ile bağdaşmayan biçimler de vardır. Örneğin kişiyi küçümseyen, aşağılayan, küçük duruma düşüren, karalayan, günah keçisi yapan, tehdit eden, korkutan veya alay eden sözler bu kapsamdadır.

Çocuğa yapılan bedensel ceza, çocuğun haklarına, bedensel bütünlüğüne, dokunulmazlığına, insanlık onuruna ve saygınlığına karşı yapılmış bir darbedir. Çocuğu cezalandırmak için yapılacak bu hareketler bir yetişkine yapılacak olsa yasa dışı bir saldırı sayılmaktadır. Oysa çocuklar, insanlık onurlarına ve beden bütünlüklerine saygı duyulması ve kanun önünde eşit korumaya sahip olma bakımından yetişkinlerle aynı haklara sahiptirler. Dünyada, çocuğun cinsel istismardan korunması, ayrımcılıktan korunması fikri genel olarak oldukça iyi kabul edilmişken, halen birçok ülkede, çocuğun disiplin nedeniyle fiziksel olarak şiddet görmeye karşı korunması tartışmalıdır.

Bazı devletlerde müessir fiillere ilişkin istisnalara yasalarda yer verilmekte, ebeveynlerin ya da onlar adına hareket eden kişilerin “makul ölçüler içerisinde cezalandırma”, “kanuna uygun terbiye etme” ve disiplin etme biçimi olarak sayılan başka türlü uygulamalara başvurmalarına olanak tanımakta; böylelikle de çocukların kanun tarafından eşit bir biçimde korunması yadsınmaktadır.

Çocuklara yönelik fiziksel ceza uygulanmasının ortadan kaldırılmasını gerektiren geçerli birçok neden vardır. Bu tür ceza: Çocuğun bedensel dokunulmazlığı, insanlık onuru ve yasa gereği eşit korunma haklarının ihlalidir. Birçok durumda, fiziksel ceza çocuğun eğitim, gelişme ve hatta yaşama hakkını tehlikeye düşürebilir; Çocuklara fiziksel ve psikolojik açıdan ciddi zarar verebilir; Çocuklara, anlaşmazlıkların çözümünde ve insanlara istenilen bir şeyi yaptırmada şiddetin kabul edilebilir ve uygun bir yol olduğunu öğretir; Disiplin sağlamada etkisizdir. Çocukları eğitmede, düzeltmede veya disiplin altına almada, çocuğun gelişimi açısından daha iyi sonuçlar veren, karşılıklı güven ve saygıya dayalı ilişkiler kurulmasına katkıda bulunan pozitif yollar vardır; Fiziksel ceza meşru sayılırsa çocukları korumak da güçleşmekte ve böylece çocuklara yönelik şiddetin kimi biçimlerinin veya düzeylerinin kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir.

Elli yıldan beri yapılan çalışmalarda toplanan bilimsel gerçekler, çocuklara yapılan fiziksel cezalandırmanın, onların sosyal, emosyonel, mental ve fiziksel gelişimlerine zararlı olduğunu göstermiştir.

Türkiye'nin de dahil olduğu 6 Avrupa ülkesinde (Bulgaristan, Almanya, Litvanya, Hollanda, Romanya ve Türkiye) fiziksel cezanın çocuklar üzerindeki etkisi araştırılmış ve fiziksel cezanın çocukta uzun süreli olumsuz davranışsal ve ruhsal bozukluklar meydana getirdiği görülmüştür. Kanuni yasaklamanın yokluğu fiziksel ceza kullanımını artırmaktadır. 6 ülke arasından Litvanya ve Türkiye fiziksel cezanın en yaygın kullanıldığı iki ülke olarak saptanmıştır (12.7%; 11.6%). Bu oranların diğer ülkelerle karşılaştırıldığında en yüksek orana sahip olması fiziksel cezanın bu iki ülkede hala yasal olmasıyla bağlantılı bulunmuştur.

Bugün çocuğa bedensel cezanın yasaklandığı yasanın tam olarak geçerli olduğu 50 devlet vardır (bu gruba en son geçen ay Paraguay katılmıştır). 56 ülke de tam bir yasak için açık taahhütte bulunmuştur ve Türkiye de bu 56 ülke arasında yer almaktadır. Birleşmiş Milletler üyesi devletlerin yarısından fazlası (100 devlet) ya her tür bedensel cezayı tümüyle yasaklamış ya da buna yönelik açık taahhütte bulunmuştur. Yasağı ilk uygulayan ülke 1979 yılında İsveç olurken bu sayı daha sonra 1990'da dörde, 2000'de 8'e, 2010'da 28'e çıkmıştır ve bugün 50'dir.

Burda şunu da belirtmekte yarar var; çocuğa yapılan fiziksel cezanın yasaklanması için getirilen yasa çok önemli bir adımken, bunun mutlaka toplumda bu konuda kültürde değişimle desteklenmesi, ailelere alternatif disiplin yöntemlerinin öğretilmesi ve bilgilendirme kampanyalarıyla birlikte olması gereklidir.

Kaynaklar

1. <http://www.endcorporalpunishment.org>
2. Daly, Mary (ed.), *Parenting in contemporary Europe – a positive approach*: Avrupa Konseyi Yayını, Strazburg, 2007.
3. *Eliminating corporal punishment – a human rights imperative for Europe's children, fully revised second edition*: Avrupa Konseyi Yayını, Strazburg, 2007.
4. *Ending legalised violence against children – Global report 2007: Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children*, 2007.
5. Wolraich M, Aceves J, Feldman H. *Guidance for Effective Discipline. Pediatrics*. 1998; 101(4):723–728. Available: <http://elibrary.ru/item.asp?id=4892642>. Accessed 2013 April 28. PMID: 9521967
6. Osterman K, Björkqvist K, Wahlbeck K. *Twenty-eight years after the complete ban on the physical punishment of children in Finland: Trends and psychosocial concomitants. Aggress Behav*. 2014; 9999 (February):1–14. doi: 10.1002/ab.21537.
7. Zolotor AJ, Puzia ME. *Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviours. Child Abuse Rev*. 2010; 19(4):229–247. doi: 10.1002/car.1131.
8. duRivage N, Keyes K, Leray E, et al. *Parental use of corporal punishment in Europe: intersection between public health and policy. PLoS One*. 2015 Feb 12;10(2):e0118059. doi: 10.1371/journal.pone.0118059. eCollection 2015

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

17 Kasım 2016, Perşembe, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
17:25 - 18:10	ÇOCUK İSTİSMARINDA BİRİNCİL KORUMA	Figen Şahin DAĞLI, Gonca YILMAZ
17:25 - 17:55	Evidence Based Methods To Prevent Child Abuse	Jeff GOLDHAGEN

EVIDENCE BASED METHODS TO PREVENT CHILD ABUSE

Prof. Dr. Jeff GOLDHAGEN



4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

18 Kasım 2016, Cuma, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
10:00 - 11:35	BAĞIŞIKLAMA	Ufuk BEYAZOVA, Murat ÖZDEMİR
10:00 - 10:20	Bağışıklamada Güncel Durum	Osman TOPAÇ
10:20 - 10:40	Hangi Yan Etkide Ne Yapmalı?	Meda KONDOLOT
10:40 - 11:00	Zorunlu Bağışıklama mı, İsteğe Bağlı Bağışıklama mı? Ülkelerin Deneyimleri	Sadık AKŞİT
11:00 - 11:20	Aşıda Toplumsal Onayı Arttırma Yöntemleri	Feyza KOÇ

BAĞIŞIKLAMADA GÜNCEL DURUM

Dr. Osman TOPAÇ

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanı

GENİŞLETİLMİŞ BAĞIŞIKLAMA PROGRAMI

GBP Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hepatit A, Su Çiçeği ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içerir.

GBP akademisyenlerden oluşan Bağışıklama Danışma Kurulu'nun (BDK) bilimsel desteği ve önerileri doğrultusunda yürütülmektedir.

GBP HEDEFLERİ:

- Her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %97 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- 12-23 aylık bebeklerin %90'ını tam aşıli hale getirmek,
- 5 yaş altı (0-59 aylık) aşısız ya da eksik aşıli çocukları tespit edip aşılamak,
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak,
- Tespit edilen tüm gebelere uygun tetanoz difteri aşısı dozunu uygulamak,
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek,
- Maternal ve Neonatal Tetanozun eliminasyonunu sürdürmek,
- Kızamık (elimine etmek), Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak,
- Difteri, Boğmaca, Hepatit-B, Hepatit A, Suçiçeği, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak,
- Aşı güvenliğini sürdürmek,
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek,
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Aşılar	0-12 Ay	12-23 Ay	24-35 Ay	36-47 Ay	48-59 Ay	60-69 Ay	70-79 Ay	80-89 Ay	90-99 Ay	100+ Ay
Hepatit B	1	2	3							
BCG (Nimen)	1									
DiftE - DfA - Hib	1	2	3							
KPK		1	2	3						
KKK				1						
DiftE - DfA				1						
OPA					1					
Td						1				
Hepatit A*							1			
Suçiçeği**								1		

*12-23 Ay (12-15 Aralık 2017) **12-23 Ay (12-15 Aralık 2017)

1. Aşı: 0-12 Ay, 2. Aşı: 12-23 Ay, 3. Aşı: 24-35 Ay, 4. Aşı: 36-47 Ay, 5. Aşı: 48-59 Ay, 6. Aşı: 60-69 Ay, 7. Aşı: 70-79 Ay, 8. Aşı: 80-89 Ay, 9. Aşı: 90-99 Ay, 10. Aşı: 100+ Ay

1. Aşı: 0-12 Ay, 2. Aşı: 12-23 Ay, 3. Aşı: 24-35 Ay, 4. Aşı: 36-47 Ay, 5. Aşı: 48-59 Ay, 6. Aşı: 60-69 Ay, 7. Aşı: 70-79 Ay, 8. Aşı: 80-89 Ay, 9. Aşı: 90-99 Ay, 10. Aşı: 100+ Ay

Ayrıca yetişkinlere ve risk gruplarına yönelik aşı programımız bulunmaktadır.

GBP HASTALIK PROGRAMLARI

GBP kapsamında takip edilen hastalıklara özel hastalık kontrol programları:

- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık Eliminasyon Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı
- Hepatit B Kontrol Programı

1. Diğer Hastalık Kontrol Programları:

- Difteri
- Boğmaca
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromu
- Kabakulak
- Hemofilus influenza tip b
- Tüberküloz
- Hepatit A
- Suçiçeği

Ülkemiz çocukluk dönemi aşılama hızında 2015 yılı itibarıyla her bir antijen için % 97 'leri yakalamış olup, 1998 yılından beri 17 yıldır Polio vakamızı görülmemekte ve polio eradike edilmiştir. Maternal Neonatal Tetanoz elimine edilmiş, kızamık görülme sıklığı ve diğer aşı ile önlenebilir hastalıkların görülme sıklığı oldukça azalmıştır.

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

SOĞUK ZİNCİR

Soğuk zincir, bir aşının etkinliğini üretiminden kişiye uygulanana kadar koruyan ve ihtiyacı olanlara yeterli miktarda etkin aşının ulaşmasını sağlayan insan ve malzemeden oluşan sistemdir. Kullanılan aşilar etkin değilse, %100 aşılama oranlarına ulaşılsa bile bağışık bir toplum oluşturma hedefine ulaşamayacaktır. Tüm aşilar ısıya hassastır. İdeal sıcaklık +2 - +8 C'dir. Yüksek ısı, kümülatif ısı artışına maruziyet ve donma aşiların etkinliğini bozar.

AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ (ASİE)

Aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünölen herhangi bir istenmeyen tıbbi olay ASİE olarak tanımlanmaktadır.

ASİE izleme sisteminin temel amacı aşılama hizmetinin kalitesini iyileştirmek ve aşılamanın kabul edilebilirliğini arttırmaktır.

Bu amaca ulaşmada uygulanacak stratejiler; 1. Meydana gelen istenmeyen olguları düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve yorumlamak, 2. Ciddi istenmeyen etkiler göröldüğünde bunların aşıya bağlı olup olmadığını ortaya koymak, 3. Program uygulama hatalarına neden olan sorunlara müdahale etmek, 4. Aşı yan etkilerinde beklenenin üzerinde bir yükseliş görölrse müdahale etmek, 5. Müdahaleler ve uygun iletişim kanalları ile halkın aşılama programına güvenini sağlamak olarak belirlenmiştir.

ISI VE STOK TAKİP SİSTEMİ (ATS)

- Aşı ve antiserumların üretiminden uygulandığı âna kadar hangi ısı aralıklarında kaldığının Bakanlık, Halk Sağlığı Müdürlüğü, TSM, ASM ve diğer sağlık kuruluşlarınca takibi, SMS ve e-posta ile alarm verilmesi,
- Aşı ve antiserumların stok takibi, karekodun okutularak kişilere uygulanması, T.C. No. ile Seri ve Lot Numaraları eşleştirilmesi ve Sağlık Net-Online ile entegrasyonu,

MİLLİ AŞI ÜRETİMİ

Ölkemizde aşı üretimi için gerekli teknoloji ve yatırımın ölkemize kazandırılması ve bu alanda ölkenin kendi kendine yeterliliğinin mümkün olan en yüksek düzeyde sağlanması amacıyla Td aşısı üretim süreci 31 Temmuz 2015 tarihinde yapılmış ve tesisleşme devam etmekte olup, dolum tesisi GMP belgesi almış olup, 4.yıl sonunda ilk yerli aşımız üretilmiş olacaktır.

Hepatit A aşısı yerli üretimi için hazırlıklar tamamlanmış ve 2017 yılı içinde Hepatit A aşısı için ihaleye çıkılması planlanmakta olup, diğer aşiların üretimi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

HANGİ YAN ETKİDE NE YAPMALI?**Doç. Dr. Meda KONDOLOT**

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

Aşı sonrası istenmeyen etki, aşı uygulanan bir kişide aşılama sonrası ortaya çıkan bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olaydır. Aşı sonrası istenmeyen etkiler (ASİE); aşıların uygulandığı bölgede lokal etkiler, aşının kendi bileşenlerine bağlı etkiler, program uygulama hatalarına (aşının üretim, depolanma, dağıtım, hazırlanma ve uygulanmasına) bağlı etkiler, rastlantsal ve bilinmeyen etkiler olarak sınıflandırılır. Düşünülünen aksine aşının içeriğinden kaynaklanan yan etkiler, aşının depolanması, hazırlanması ve uygulanması sırasında yapılan hatalara bağlı etkilerden daha az görülür.

Aşı sonrası karşılaşılan reaksiyonlar çoğunlukla hafif yan etkilerdir. Ciddi istenmeyen yan etkiler oldukça nadirdir. Hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin ASİE'in neler olduğunu ve karşılaştığında neler yapması gerektiğini bilmesi önemlidir. Ayrıca ASİE konusunda ailelerin bilgilendirilmesi gereksiz korku ve endişeleri giderecek ve toplumun aşı programına uyumunu arttıracaktır. Herhangi bir aşı sonrası istenmeyen etki ile karşılaştığında hekimler vakayı değerlendirmeli, öncelikle gerekli müdahalelerde bulunmalı ve bildirilmesi gereken etkiler için bildirim formunu doldurarak 24 saat içinde İl ASİE izlem sorumlusu ile iletişime geçmelidir.

Aşı sonrası görülen ve hafif istenmeyen etkilerin (ateş, enjeksiyon yerinde hafif kızarıklık, hafif şişlik, ağrı, huzursuzluk, parotit, döküntü, baş ağrısı, ishal gibi) bildirimine gerek yoktur; aile bilgilendirilmeli ve olgu semptomatik önerilerle (hafif lokal reaksiyonlarda enjeksiyon yerine soğuk uygulama; ateş veya ağrı varlığında parasetamol türevi ağrı kesici-ateş düşürücü kullanımı gibi) takip edilmelidir.

Enjeksiyon reaksiyonu daha çok büyük çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde görülen aşı ve içeriğinden bağımsız olarak enjeksiyon nedeniyle oluşan anksiyeteye bağlı bayılma olarak tanımlanır. Klinik olarak anafilaksiden ayırmak önemlidir. Aşılama öncesi bilgilendirme, oturur durumda ve sakin bir ortamda aşılama bu tür bir reaksiyonu azaltacaktır. Bildirimine gerek yoktur.

Süt çocukları ve okul öncesi dönemde aşı uygulaması ile refleks anoksik hecme görülebilir. Aşı uygulamasının neden olduğu ani ve stresli durum bilinç kaybına yol açar. Vagal uyarı sonucu kardiyak asistoli, serebral hipoperfüzyon ve bunun sonucu anoksi gelişir. Genellikle kısa süreli ve selim bir durumdur.

Program uygulama hatasına bağlı etkiler; örneğin steril olmayan enjeksiyon nedeniyle enjeksiyon yerinde apse, selülit veya sistemik enfeksiyonlar sepsis, toksik şok sendromu durumunda gerekli tıbbi tedavi başlatılır ve ASİE bildirim yapılır. Ayrıca bu duruma neden olan program uygulama hataları belirlenerek hemen gerekli önlemler alınır.

Ciddi lokal reaksiyon, enjeksiyon yerinde apse, lenfadenit, paralitik poliomyelit, konvülsiyon, ensefalopati, ensefalit, aseptik menenjit, brakial nevrit, diğer paraliziler, akut allerjik reaksiyonlar, anafilaksi, toksik şok sendromu, sepsis, hipotonik hiporesponsif atak, trombositopeni, artrit, apne-bradikardi, yaygın BCG enfeksiyonu, BCG osteiti ve sağlık personeli ya da toplum tarafından aşılama ile ilgisi olduğu düşünülen ciddi olgular, kümelenme gösteren reaksiyonlar, toplumda ciddi kaygı ve olumsuz propogandaya yol açan durumlar ASİE kapsamında bildirilmelidir. Bu tür nadir görülen ancak ciddi yan etkiler ile karşılaştığında hekimler vakaların acil değerlendirmesini ve ilk müdahaleleri yaparak gerekli ise sevk etmelidir. Vakaların değerlendirmesi ve ayırıcı tanısında bazı laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler gerekebilir.

Aşı sonrası istenmeyen etkilerden anafilaksi ve boğmaca aşısı sonrası ensefalopati bir sonraki aşı dozları için kesin kontrendikasyon oluşturur. Bir kişide aşının kendisine ya da herhangi bir bileşenine karşı anafilaksi geliştirse bu aşının kendisi ya da ilgili bileşeni içeren diğer aşılar bir daha uygulanamaz.

Anafilaksi nadir görülen ciddi bir yan etkidir, bu nedenle her aşı uygulaması sonrası kişiler 30 dk kadar sağlık kuruluşunda takip edilmeli ve sağlık personeli olası bir anafilaktik reaksiyona karşı her zaman hazırlıklı olmalıdır.

Boğmaca bileşenli aşılarından sonra ilk yedi gün içinde ortaya çıkan ve başka bir nedenle açıklanamayan ensefalopati varlığında boğmaca aşısının sonraki dozları kontrendikedir. Sonraki dozlar boğmaca bileşeni çıkarılarak uygulanır.

Sonuç olarak aşılar güvenlidir, aşı sonrası görülen istenmeyen etkilerin çoğu hafif yan etkilerdir, ciddi yan etkiler oldukça nadirdir. Aşı programlarının etkin bir şekilde yürütülmesi için hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin ASİE'i ve karşılaştığında neler yapması gerektiğini iyi bilmesi önemlidir. Bu sunumda aşı sonrası istenmeyen etkilerle karşılaştığında yapılması gerekenler ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Kaynaklar:

1. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. 25.02.2008 6111, Genelge 2008/14. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-33203/h/gbpgenelge2008.pdf> (erişim 10.10.2016)
2. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi. 13.03.2009/7943, Genelge 2009/18. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8186/asi-sonrasi-istenmeyen-etkiler-genelgesi-2009.html> (erişim 10.10.2016)
3. Yurdakök K. Aşı güvenliği ve yan etkiler. *Katkı Pediatri Dergisi* 2006; 28: 857-881.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Possible Side-effects from Vaccines. <http://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm> (erişim 14.10.2016)
5. *Global Manual on Surveillance of Adverse Events Following Immunization*, World Health Organization, Geneva 2014.
6. Iyer A, Appleton R. Management of reflex anoxic seizures in children. *Arch Dis Child* 2013; 98: 714-717.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

ZORUNLU BAĞIŞIKLAMA MI, İSTEĞE BAĞLI BAĞIŞIKLAMA MI? ÜLKELERİN DENEYİMLERİ

Prof. Dr. Sadık AKŞİT

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir

Aşılamaya etkili ve güvenli koruyucu tıbbi uygulamadır; ancak hiç bir aşı yüzde yüz etkili ve yüzde yüz güvenli değildir. Aşılamada amaç en yüksek koruyuculuk oranlarına ulaşırken istenmeyen etkilerinin en aza indirilmesidir. Tıbbi sorunları olan bazı kişilerde bu istenmeyen etkiler daha fazla olabilir. Dolayısıyla aşılamaya kontrendike bir sorunu olanlar aşılamaya zorunluluğundan muaf tutulurlar.

Ancak kontrendike bir tıbbi sorun olmaksızın aşılamaya reddi ile bağışıklama oranlarının düşmesi sonucunda ABD'nin çeşitli eyaletlerinde, Avrupa ülkelerinde, Uzak doğudaki Japonya dahil olmak üzere pek çok ülkede ve Afrika'da kızamık ve boğmaca salgınları ile karşıımıza çıkmaktadır. Aşı reddi sonucu aileler ya da bireyler sadece kendilerini riske atmamakta, yaşadıkları toplumda salgınlarda indeks vaka olarak rol alabilmekte, bir ülkedeki aşı ile korunulabilen hastalık salgını farklı bir ülkeye sıçrayabilmektedir.

Dünyada son dönemde aşı karşıtı gruplar seslerini daha fazla duyurmaya başlamıştır. Bazı kişiler dini inançları ya da başka nedenlerle aşı karşıtı olabilmektedir. Bazıları da tüm aşılar karşı olmasa bile belli bazı aşılar karşı olabilir ve bu aşıları yaptırmak istemeyebilirler. O toplumda aşı ile önlenebilir hastalıkların oranlarının çok düşük olması (aslında bu aşılamaya sayesinde başarılmıştır) ya da hastalığın hafif geçirilen bir hastalık gibi algılanması (örneğin suçiçeği) nedenlerle çocuklarını aşılatmak istemeyebilirler. Ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 50 kişi suçiçeğinden yaşamını kaybetmektedir. Hepatit B hastalığının daha çok erişkin dönemde uyuşturucu bağımlısı ya da cinsel yolla bulaştığını düşünen bazı kişiler ise çocuklarına bu aşının zorunlu olarak yaptırılmasına karşı çıkmaktadırlar. Daha önce çıkan sahte bir yayın nedeniyle bazı kimselerin kafasında kızamık aşısının otizmle ilişkili olabileceği şeklinde bir yanlış bilgi kalması da aşı karşıtlığı için kullanılabilir.

Dünyadaki Aşılamaya Politikaları

Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversiteye girişte halen 50 eyaletin tamamı kızamık polio ve difteri aşılarını, 49 eyalet tetanoz aşısını, 46 eyalet kabakulak aşısını, 44 eyalet boğmaca aşısını ve 28 eyalet ise Hepatit B aşısının yapılmasını zorunlu tutmuştur. Ancak ülke geneline bakıldığında yüzde birinden az bir çocuk grubunda tıbbi, dini ya da diğer inançlar nedeniyle okula girişte aşılamadan muafiyet bildirilmiştir. Dünyada pek az ülkede ulusal aşı takvimindeki tüm aşılar zorunludur. 2010 yılında 29 Avrupa ülkesinde yapılan bir araştırmaya göre, 15 ülkede aşı takviminde zorunlu bir aşı yoktur. Geri kalan 14 ülkede ulusal aşı takviminde en az bir aşı zorunlu aşılamaya içinde yer almaktadır (Tablo 1 ve 2).

Ancak son dönemde ABD'de olduğu gibi Avrupa'da da aşı karşıtı gruplar daha çok seslerini duyurmaya başlamıştır. Bu nedenle Hırvatistan meclisi yakın zamanda zorunlu aşılamaya yasası çıkarmış ve Anayasa Mahkemesi de bu yasayı onaylamıştır.

Aşılamaya oranlarını artırmak için zorunlu aşılamaya yaralı olabilir mi gibi tartışmalar halen devam etmektedir. Ancak İngiltere, İsveç, Hollanda, Norveç, Danimarka ve Finlandiya gibi Avrupa ülkelerinde yüksek aşılamaya oranları (örneğin Finlandiya'da %99), yasal zorunluluk olmaksızın başarılmıştır.

Ülkemizdeki Durum

Ülkemizde sağlıkla ilgili birçok kanunda düzenleme yapılmış ancak aşı ile ilgili özel bir kanuni düzenleme bulunmamaktadır. Sadece Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 89. maddesinde "Türkiye hudutları dahilinde doğan her çocuk doğumu takip eden ilk dört ay zarfında aşılanacağı, çocukların peder ve validesi aşı mecburiyetinin ifa edilmesinden aynı suretle mesul olacağı, ebeveyni olmayan çocuklar veya ebeveyni nezdinde bulunmayan çocuklar için çocuğu bakmak üzere kabul eden şahıslar veya müessese müdürlerinin mesul olacağı", 88. maddesinde ise "Türkiye dahilinde her ferdin çiçek aşısı ile mükerrer aşılanmaya mecbur olduğu" düzenlenmiştir.

Anne ve babası tarafından aşı yaptırılmayan çocuklara aşı yaptırılabilmesi için çocukları korumakla görevli Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlükleri tarafından 5395 sayılı yasanın 5. maddesinde düzenlenen koruyucu ve destekleyici tedbirler kapsamında mahkemelerden "sağlık tedbiri" uygulanması yani çocuğa aşı yaptırılmasına izin verilmesi talep edilmektedir. Halen bu davalara çocuk mahkemelerinin bulunduğu yerlerde çocuk mahkemeleri, çocuk mahkemesi bulunmayan yerlerde ise Aile Mahkemesi, Aile Mahkemesi bulunmayan yerlerde ise Asliye Hukuk Mahkemeleri tarafından bakılmaktadır. Çocuk Mahkemeleri tarafından verilen tedbir kararları itiraza tabi olup temyiz edilememektedir. Aile veya Asliye Hukuk Mahkemelerince verilen kararlar ise temyize tabi olup temyiz incelemesi ise Yargıtay 2. Hukuk Dairesi tarafından yapılmaktadır. 2015 yılına kadar sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabileceği, dolayısı ile çocukların yasal temsilcisi olan ana ve babasının izin vermemesi halinde onların rızası dışında aşı yapılmasına karar verilemeyeceğini kabul edilmekteydi. (Yarg. 2. HD. 14.04.2014 tarih ve 2014/149-8841 sayılı kararı). 2015 yılında daire kararında değişiklik yapmış ve ana ve babanın rızası bulunmasa da Sağlık Bakanlığınca belirlenen "genişletilmiş bağışıklık programı" uyarınca yapılması zorunlu aşıların çocuklara yapılmasına izin verilmesini kabul etmiştir (Yarg.2. HD. 01.06.2015 tarih ve 2014/570-2015/87 sayılı kararı) Ancak Anayasa Mahkemesi, yasal bir düzenleme ile kısıtlama getirilmediği sürece anne-baba rızası olmadan mahkeme kararıyla bile olsa çocuğa aile rızası olmadan aşı konusunda bir kanuni düzenleme bulunmadığı, temel hak ve özgürlüklerin ancak kanunla sınırlanabileceği gerekçesiyle ihlal kararı verdi. Yani, ortada halen yasal bir boşluk vardır ve bu konunun kanunla yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

TABLE 1
Modality of implementation of childhood vaccination programme by country, the European Union countries, Iceland and Norway, 2010 (n=26)

Country	Diphtheria	Haemophilus influenzae type B	Hepatitis A	Hepatitis B	Human papillomavirus*	Influenza	Invasive disease caused by <i>Neisseria meningitidis</i> serogroup C	Invasive pneumococcal disease	Measles-mumps-rubella	Pertussis	Polio	Rotavirus	Tetanus	Tuberculosis (with <i>Bacillus Calmette-Guérin</i>)	Varicella
Austria	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA	RA	RA	RA	RA	RA	RA	A	RR
Belgium	RA	RA	RR	MR,RA†	R	RR	RA	RA	RA	RA	RA	RA	RA	A	RR
Bulgaria	RA	MA	RR	MA	R	RR	R	RA,RR†	MA	MA	MA	MA	MA	MA	A
Cyprus	RA	RA	RR	RA	A	RR	RA	RA	RA	RA	A	RA	A	RR	RA,RR
Czech Republic	MA	MA	MR	MA	R	RR	RR	RR	MA	MA	A	MA	MA	RR	RR
Denmark	RA	RA	RR	RR	R	RR	RR	RA,RR†	RA	RA	A	RA	A	RR	RR
Estonia (E)	RA	RA	RA†	RA	R	RR†	RR†	RR†	RR	RA	RR†	RA	RA	RA	RR†
Finland	RA	RR	RR	RR	A	RA	R	RA	RR	RA	RA	RA	RA	RR	A
France	MA,MR,RA	RA	RR	MR,RR†	R	RR	RA	RA	RA	RA	MA,MR,RR†	A	MA,MR,RR†	MR,RR†	RR
Germany (G)	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA	RA	RA	RA	RA	A	RA	A	RA
Greece	MA	RA	RA	MA†	R	RR	RA	RA	RA	MA†	A	MA	RA	RA	RA
Hungary	MA	MA	MR	MA	A	RR	R	RA	MA	MA	MA	A	MA	MA	A
Iceland	RA	RA	RR	RR	A	RR	RA	RA,RA†	RA	RA	A	RA	A	RR	RR
Ireland	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA	RA	RA	RA	A	RA	A	RA	RR
Italy	MA	RA	A	MA	R	RR	RA,RR†	RA,RR†	RR	RA	MA	R	MA	RR	RA,RR†
Lithuania	RA	RR	RR	MA	MA	RR	RR	RA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA
Luxembourg (L)	RA	RA	RR	RA	A	RR	RR	RR	RA	RA	A	RA	A	RR	RR
Lowland (B)	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA	RA	RA	RA	RA	RA	RA	RA	RR
Malta	MA	RA	RR	RA	A	RA	A	RR†	RA†	RA	MA	A	MA	RA	RR
The Netherlands (N)	RA	RA	RR	RR	R	RR	RA	RA	RA	RA	A	RA	A	RR	A
Norway	RA	RA	A	RR	R	RR	A	RA	RR	RA	A	RA	A	RR	A
Poland	MA	MA	RR	MA	R	RR	RR	RR	MA	MA	MA	MA	MA	MA	RR
Portugal	RA,MR	RA	R	RA	R	RR	RA	RR	RA	RA	RA	A	RA,MR	RA	A
Romania	RA	MA	RR	MA	R	RR	R	A	MA	MA	RA	A	MA	RA	A
Slovakia	MA	MA	MR,RR	MA	R	MR,RR	RR	RA	MA	MA	MA	A	MA	MA	A
Slovenia	MA	RR	RR	MA	R	RR	RR	RR	MA	MA	RA	RA	MA	RA	RR
Spain	RA	RA	RR,RR†	RA	R	RR	RA	RA,RR†	RA	RA	RA	A	RA	R	RA,RR†
Sweden	RA	RA	R	RR	R	RR	R	RA	RA	RA	RA	A	RA	RR	A
United Kingdom	RA	RA	RR	RR	R	RR	RA	RA	RA	RA	RA	A	RA	RR	RR

A: absence of vaccine indication, MA: mandatory for all, MR: mandatory for people at risk, R: recommended, RA: recommended for all, RR: recommended for people at risk.
 †: Measles recommended for girls up to 15 years of age.
 ‡: Mandatory for healthcare workers.
 §: RA: children born prior to 2010 and younger than five years of age.
 ¶: RA: not applied vaccine for children younger than five years of age.
 **: not vaccineable vaccine to older persons.
 ††: Not included in the national immunisation programme, but recommended by the Ministry of Social Affairs (16).
 †††: MA: children up to 18 months of age.
 ††††: MA: healthcare workers.
 †††††: RA: older than 15 years of age.
 ††††††: MA: children up to 15 years of age.
 †††††††: MA: healthcare workers.
 ††††††††: RA: older than 25 years of age.
 †††††††††: No penalty exists for non-compliance.
 ††††††††††: RA: free of cost.
 †††††††††††: One of 20 regions does not have any mandatory vaccination as of 2010.
 ††††††††††††: Regional variability.
 †††††††††††††: RA: only in some regions.
 ††††††††††††††: RA: also mandatory for girls by the age of 11.
 †††††††††††††††: RR: for children under 15 years of age.
 ††††††††††††††††: MR: social care facilities.
 †††††††††††††††††: RR: children via measles to 15 years, adults, for some professions, for some professions.
 ††††††††††††††††††: MA: direct contact with infectious persons, some professions.
 †††††††††††††††††††: RR: chronic liver disease, children two years of age living in bad conditions, some professions.

TABLE 2
Modality of implementation of childhood vaccination programme by vaccine in the European Union countries, Iceland and Norway, 2010

Vaccination	Considering vaccination	Recommended (RA or RR)	Mandatory (MA or MR)	Mixed
Diphtheria	29	16	11	2
Haemophilus influenzae type B	29	21	8	0
Hepatitis A	25	22	2	1
Hepatitis B	29	17	10	2
Human papillomavirus	23	22	1	0
Influenza	29	28	NM	1
Invasive disease caused by <i>Neisseria meningitidis</i> serogroup C	22	22	NM	0
Invasive pneumococcal disease	28	23	4	1
Measles-mumps-rubella	29	21	8	0
Polio	29	16	12	1
Pertussis	29	21	8	0
Rotavirus	9	8	1	0
Tetanus	29	16	11	2
Tuberculosis (with <i>Bacillus Calmette-Guérin</i>)	23	15	7	1
Varicella	20	19	1	0

MA: mandatory for all; MR: mandatory for people at risk; NM: not mandatory in any of the countries in the study; RA: recommended for all; RR: recommended for people at risk.

Kaynaklar

1. www.eurosurveillance.org/ (Erişim tarihi: 27.10.2016)
2. World Health Organization (WHO) European Region. Centralized information system for infectious diseases (CISID). [Accessed: 9 Nov 2010]. Available from: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=67>
3. Mustafa Ateş, Levent Akın. Aşı reddi paneli. 6. Ulusal Aşı Sempozyumu Özet Kitabı, 2015, Ankara.
4. <http://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/laws/state-reqs.html>

AŞIDA TOPLUMSAL ONAYI ARTTIRMA YÖNTEMLERİ

Yrd. Doç. Dr. Feyza KOÇ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Aşı uygulamaları, önemli bir koruyucu sağlık uygulamasıdır. Çocuklarda aşı uygulamasının en önemli amacı çocukları ciddi yan etkileri ve ölüm riski olan hastalıklara karşı korumaktır. Aynı zamanda yaygın aşılama ile toplum düzeyinde bağışıklık sağlanarak bulaşıcı hastalık salgınları da önlenir. Toplumdaki aşılama oranlarının yüksek olması aşılama mümkün olmayan çocukların da (kansere vb. hastalıklar nedeni ile tedavi görenler ve ağır immün yetersizliği olanlar) korunmasını sağlar. Aşı uygulamalarının bir diğer amacı da ölümcül olabilecek bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılmasıdır.

Son yıllarda giderek artan sayıda aile çocuğuna aşı yapılmasını istememektedir. Bazı aileler hiçbir aşıyı yaptırmak istememekle birlikte bazı aileler bazı aşıları yaptırmakta isteksizlik göstermektedir. Aslında toplumun genel durumuna bakıldığında pek çok yaş grubunda ve riskli gruplarda aşı reddinin olduğu görülmektedir (örneğin adolesan, erişkin yaş grupları, sağlık çalışanları vb.). Sonuç olarak hedefimiz toplumun her yaş grubunda aşı reddini engellemek ve aşıların uygun şekilde yapılmasını sağlamak olmalıdır. Bu noktada yapılabilecekler birkaç ana başlık altında aşağıda belirtilmiştir.

1. Aşı reddinin nedeninin anlaşılması: Aşı reddinde bulunan aileler ya da bireyler ile ayrıntılı olarak konuşmak onları suçlamadan gerçek nedenin ne olduğunu öğrenmeye çalışmak gereklidir. Ailelerin ya da bireylerin aşıyı reddetmesi için pek çok neden olabilir. Bu nedenlerin arasında dinsel veya sosyokültürel inanışlar, aşının zararlı olduğunu düşünmek ya da aşının faydalı olduğuna inanmamak gibi durumlar yer almaktadır. Aşı reddinin nedeni dinsel ve sosyokültürel inanışlar olduğunda ikna edilebilme oranı oldukça düşüktür. Ancak diğer nedenler söz konusu olduğunda daha etkili yaklaşımlar kullanılabilir. Aşının zararlı olduğunu düşündüren durumlar olduğunda bu konunun yanlış olduğu bilimsel olarak anlatılmalıdır (örneğin aşıların içindeki civanın otizme yol açtığına düşünülüyorsa ya da yan etkilerden korkuluyorsa vb.). Aşının faydalı olacağına inanılmıyorsa aşıların toplum ve birey sağlığındaki önemi vurgulanmalıdır, toplumun ve kişilerin bulaşıcı hastalıklardan aşılar sayesinde korunduğu belirtilmelidir (örneğin çiçek hastalığının artık görülmediği ya da bulaşıcı hastalıklardan hayatını kaybeden çocuklar olduğu söylenebilir).
2. Aşının yararları ile ilgili sosyal medyanın kullanılması: Günümüzde sosyal medyanın etkisinin oldukça fazla olduğu bir gerçektir. Bu nedenle televizyon ve radyoda aşıların yararları ile ilgili programlara yer verilmesi gereklidir. Özellikle Sağlık Bakanlığı ile birlikte yapılacak kamu spotu şeklinde bilgilendirmeler toplumun farkındalığı açısından çok önemlidir.
3. Aşıların zorunlu olarak yapılması: Son birkaç yıl içinde aşıların zorunlu olarak yapılması konusu aşı reddi ile ilgili tartışmaların odak noktası olmuştur. Şu anda ülkemizde aşıların zorunlu olarak yapılmasını sağlayan bir kanun yoktur. Zaten pek çok ülkede de böyle bir zorunluluk yoktur. Ayrıca yapılan çalışmalar aşıların zorunlu hale getirilmesinin aşılama oranlarını arttırmadığını göstermiştir. Ancak bir çocuğun aşılanmamasının çocuğun ölümüne neden olabileceği bilinmektedir ki o zaman da bu durum (çocuğun aile tarafından aşılarının yaptırılması) çocuk istismarı ve ihmali olarak değerlendirilmelidir. Aynı zamanda aşı reddi ile toplumdaki bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını arttıracaktır. Toplumdaki bulaşıcı hastalıkların sıklığı arttığında ise aşılanmaları mümkün olmayan çocuklar da (kansere vb. hastalıklar nedeni ile tedavi görenler ve ağır immün yetersizliği olanlar) korunmasız kalacaktır.
4. Diğer yaş grupları ve riskli gruplarda aşılama oranlarının artırılması: Ülkemizde çocukluk yaş grubu dışında diğer yaş grupları için kullanılan aşı şemaları yoktur. Durum böyle olduğunda yaş gruplarında yapılması önerilen aşıların onay görmesi de azalmaktadır. Yapılandırılmış şemalar oluşturulması ve bu şemaların aynı çocukluk çağında olduğu gibi aile hekimleri tarafından takip edilmesi aşıların kabulünü arttıracaktır. Riskli gruplarda aşı reddinin en önemli örneği ise sağlık çalışanlarıdır. Halka örnek olması gereken bir grupta aşıların reddedilmesi de aşılar karşısında güveni azaltmaktadır (Örneğin sağlık çalışanları arasında grip aşılama oranlarının düşük olduğu bilinen bir gerçektir).

Sonuç olarak çocukluk çağında ve toplumun genelinde aşılama oranlarının artması için aile ve çocuk hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Hekimlerinin aşı karşıtı uygulamalara karşı çıkarak aşılanmanın önemi ile ilgili bilimsel gerçekleri anne-babalara ayrıntılı bir şekilde anlatması gereklidir. Aynı zamanda hekimler toplumda çocukların aşılanmasını engelleyen diğer etkenlerin ortadan kaldırılması için de çaba göstermelidir.

18 Kasım 2016, Cuma, ANA KONFERANS SALONU

SAAT	KONFERANS / PANEL ADI	Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı
11:55 - 13:10	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ -1	Ahmet ARVAS, Serpil Uğur BAYSAL
11:55 - 12:15	İlk Beş Yaşta Gelişimin İzlemi	Adem AYDIN
12:15 - 12:35	İlk Beş Yaşta Gelişimsel Geriliğe Yaklaşım	Elif ÖZMERT
12:35 - 12:55	Çocuk ve Oyun	Nilgün ÇÖL

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

İLK BEŞ YAŞTA GELİŞİMİN İZLEMİ

Prof. Dr. Adem AYDIN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri BD, İzmir



İLK BEŞ YAŞTA GELİŞİMSEL GERİLİĞE YAKLAŞIM

Prof.Dr.Elif N.ÖZMERT

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

Gelişme geriliği tüm Dünya'da sık karşılaşılan bir çocuk sağlığı sorunudur. Bu konuda farklı tanımlar ve sınıflamalar kullanıldığı için gerçek rakamlara ulaşmak zor olmakla birlikte sıklığın %10-20 arasında olduğu belirtilmektedir.

Gelişme geriliğine yaklaşımda erken fark etmek, doğru tanı, uygun değerlendirme, etiyojinin belirlenebilmesi, gerekli girişimlerin en doğru ve kısa sürede başlanması, kaynakların uygun kullanımı ve izlemin öngörülmesi hekimin önündeki hedeflerdir.

Gelişim her alanda izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Bu alanlar daha da genişletilebileceği gibi en az motor (kaba, ince), dil konuşma, bilişsel, kişisel sosyal ve günlük yaşam alanlarını içermelidir.

Her hangi bir alanda gelişme geriliği veya şüphesi ile başvuran çocukların değerlendirilmesinde öykü, fizik muayene ve uygun laboratuvar incelemesi ile gelişimsel sorunun tanımlanması, nedenlerin tanımlanması, rehabilitasyon gereksinimlerinin tanımlanması, aile danışmanlığı ve gerekli tıbbi tedavinin verilmesi hedeflenmektedir. Yukarıdaki hedeflere ulaşabilmek için multidisipliner yaklaşımın önemi büyüktür.

Bu konuşmada, yararlanılabilecek gelişim araçları ve yaklaşım algoritması tartışılacaktır.

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

ÇOCUK VE OYUN

Doç. Dr. Nilgün ÇÖL

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

Oyun, çocuğun yaşama hazırlanma provasıdır. Çocukluk döneminin temel amacı olan ve eğlenme, yaratma, tecrübe kazanma, iletişim kurma ve yetişkinliğe hazırlanma aracı olan oyun; özgürce yapılan, çocuğun koyduğu kurallara bağlı olarak kendiliğinden gelişen, çocuğun duygu/düşüncelerini ifade etmesini sağlayan, haz/ mutluluk kaynağı olan, çocuğun fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal tüm gelişim alanlarını destekleyen etkinliklerin tümü, gerçek hayatın bir parçası ve çocuk için en etkin öğrenme süreci olarak ifade edilmiştir.

1959 yılında Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yasası ile bağlantılı olarak bir "Çocuk Hakları Bildirgesi" yayınlanmıştır. Bildirgenin 7. maddesi şöyle söylemektedir: "Çocuğa eğitimde olduğu gibi, oyun oynamada da tam fırsat tanınmalıdır; toplum ve kamusal otorite bu hakkı yerine getirmeye çalışmalıdır". 1977 yılında açıklanan "Çocuk Oyun Hakları Malta Deklarasyonu" nun da oyunun beslenme, sağlık, barınma ve eğitimin yanı sıra çocuğun gelişimi için yaşamsal önemi üzerinde durulmuştur. Türkiye 1990 yılında Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni imzalamıştır. 1994 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde sözleşme onaylanmış ve 1995 yılı başında Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Oyun gelişimi çocuğun yaşına göre çeşitli evrelerden oluşmaktadır:

1. Tek Başına Oyun Evresi (0-2 yaş): Doğumdan sonra altıncı aya kadar bebek oyun ve oyuncak olarak ellerini ve gözlerini kullanır, çevreyi tanımaya çalışır. Canlı renkli, ses çıkaran oyuncaklar çok hoşuna gider. Objeleri çekerek, sallayarak tanımaya ve keşfetmeye çalışır. Altıncı aydan sonra daha da çok hareketlenmeye başlarlar ve kas gelişimlerine uygun ve hareketli oyuncaklardan hoşlanırlar. Çocuk çevresindeki çocukları gözlemler fakat onlarla sosyal iletişimi yoktur, onlardan etkilenmeden tek başına oynar.

2. Paralel Oyun Evresi (2-3 yaş): Çocukların diğer çocuklarla aynı ortamda fakat birbirinden ve çevreden etkilenmeden bağımsız olarak oynadıkları oyun dönemidir. Çocuklar arasındaki sözel iletişim de çok azdır, sembolik oyunlar oynarlar. Sembolik oyunlarda nesnelere birbirinin yerine kullanırlar.

3. İşbirliğine Dayalı Oyun Evresi (3-4 yaş): Çocuklar iki-üç kişilik gruplarla ve kısa sürelerle birlikte oynarlar. Daha sonra hem oyunların süreleri uzar hem de grup sayılarında artmalar olur. İlgili alanlarına göre katıldıkları grupları değiştirebilirler. Bu evrede çocukların çevreye ilgisi artar. Diğer çocuklarla birlikte oynar, gruba katılır ve iletişime geçerler. Çocuklar birbirlerinden fikir ve oyuncak alışverişinde bulunurlar. Aynı oyunda yer alır, aynı malzemeleri kullanır fakat yine kendi oyunlarına devam ederler.

4. Kurallı Oyun Evresi (5-6 yaş): Kas gelişiminin devam etmesi nedeniyle koşma, tırmanma, çekme gibi hareketlerle çocuk oyuna tüm bedeni ile katılır. Toplumsal oyunlar çoğalmaya başlar. Yarışmalı oyunlara ilgi başlar. Çocuk oyun kurallarına uydukları çevresindekileri de düşünür, kendini kontrol eder ve sosyalleşmesi de artar. Bu dönemde çocuklar arasında gerçek anlamda sosyal bir iletişim vardır. Oyun içinde birbirlerine ihtiyaç hissederler ve işbirliği yaparak oynarlar.

Çocuklar oyun aracı olarak çok değişik materyalleri en sık olarak da oyuncakları kullanmaktadır. Temel özellikleri sağlamlık, çekicilik ve çok amaçlılık olmalıdır. Çekicilik her çocuğa göre değişiklik gösterir. Biçim, renk, yapısı ve maddesi gibi özellikleri dayanır. Çok amaçlılık, çocuğun düşsel gereksinimlerine ve durumuna bağlı olanak oyun aracının niteliğinin çok değişik şekillerde kullanılmaya elverişli olmasıdır. Bu nedenle ailelerin ve öğretmenlerin oyuncak seçiminde dikkat etmeleri gereken bazı esaslar vardır. Oyuncaklar çocuğun yaşına, gelişim düzeyine uygun olmalı, çocuğun ilgi, istek ve ihtiyaçlarını karşılamalı, çocuğun farklı gelişim alanlarını geliştirmeye yönelik olmalı, farklı türdeki oyunlarda farklı amaçlarla kullanılabilme özelliğine sahip olmalı, yaratıcı faaliyetleri teşvik edici olmalı, hayal gücünü uyarabilmeli, yetişkinin yaptığı işlerde çocuğun da beceri kazanmasına yardımcı olmalı, çocuk tarafından güvenli şekilde kullanılacak türde olmalı, saldırganlık duygularını ortaya çıkarıcı türden olmamalı ve doğal malzemelerden yapılmış olmalıdır.

Ebeveynlerin çocuklarıyla oyun oynamaları çocukların bilişsel, dil, duygusal ve sosyal gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Bu oyunlar bazı ev işlerini birlikte yapmak, bir öykü okumak ya da karşılıklı top oynamak şeklinde olabilir. Birlikte oynama, anne çocuk arasındaki bağlanmayı güçlendirir. Ebeveynlerin çocuklarıyla günde en az onar dakikalık iki evre halinde oynamaya çalışmalarını önerilmektedir.

Oyun alanları

Dış mekânlarda oynanan oyunlar çocukların çevrelerini algılamalarını kolaylaştırmakta ve öğrenme becerilerini artırmaktadır. Çocuk oyun alanları, çocukların ilgilerini, hayal güçlerini ve motor becerilerinin gelişimini destekleyen, çocukların rahatça hareket etmelerine fırsat verecek şekilde düzenlenmiş alanlar olmalıdır.

a. Geleneksel (Klâsik) oyun alanları: Standart oyun donanımına dayanır. En sık salıncak kullanılır. Büyük kas aktivitesine ve motor gelişimine yöneliktir.

b. Çağdaş oyun alanları: Mimar ya da peyzaj mimarı tarafından tasarlanan su, fiskeye, tepe, eğim, tünel gibi özelliklere sahip olan içinde çocuklardan başka hiç bir şey hareket etmediği oyun alanlarıdır

c. Macera oyun alanları: Macera parkları çocuklara kendi oyun alanlarını yaratmak için bir donanım sunar. Hiçbir şey sabit değildir. Mekânda tavsiyelerde bulunan ve çocukların oyununda görev alan bir lider bulunur, bu kişi genellikle gönüllü bir yetişkindir

d. Yaratıcı oyun alanları: Genelde kum gibi şekillendirilebilir malzemeler bulunur. Tekerlekli araç alanı, su ve kum alanı, tırmanma, sallanma ve fantezi oyunu için karmaşık birimler bulunabilir

Oyunun çocuğun gelişimindeki rolü ve önemi:

1. Fiziksel Gelişim ve Oyun: Oyun sırasında çocuğun tüm bedeni hareket halindedir. Yapılan hareketlerin tekrarlanması ve birbirini takip etmesi çocuğun performansını artırmaktadır. Fiziksel güç gerektiren hareketleri içeren oyunlar, çocuğun vücut sistemlerinin düzenli çalışmasını sağlayarak fiziksel gelişimine ve kas gelişimine katkı sağlamaktadır.

2. Duygusal/Sosyal Gelişim ve Oyun: Oyun, çocukların duygusal ilişkilerini başlatabilmesi ve sosyalleşebilmesi için en iyi ortamdır. Çocuk oyun yoluyla birçok duygusal tepkiyi öğrenirken aynı zamanda bazı duygusal tepkilerini kontrol etmeyi ve denetim altına almayı da öğrenir. Toplum kuralları ve gerçekleri en kolay ve zararsız biçimde oyun sırasında öğrenilir. Çocukların sosyal gelişimine yardımcı olarak onları hayata, sosyal/toplumsal yaşamın kurallarına hazırlamaktadır. Çocukların yönetme, yönetilme gibi kavram ve duyguları da tanımlarını sağlamaktadır. Oyun sırasında kazanma ve kaybetmenin önemini kavrarlar, sorumluluk duygusunu da geliştirir.

3. Bilişsel Gelişim/Dil Gelişimi ve Oyun: Oyun çocuğun zihin ve dil gelişimini de etkilemektedir. Çocuk oyun oynarken dünyayı ve çevresini keşfetmekte, yeni bilgiler edinmekte, mantık yürütmeyi, sebep-sonuç ilişkileri kurmayı, dikkatini toplamayı, kendini bir amaca yönlendirmeyi, problem çözmeyi öğrenmektedir. Oyunla çocuk düşünme, algılama, zihinsel planlama gibi zihin gücü gerektiren soyut yetenekler yönünden gelişme sağlamaktadır. Oyunda tekerlemenin yer alıyor olması öncelikle çocukların dil gelişimi için önemlidir. Ayrıca tekerlemeler ezber gücünü geliştirdikleri için zihin gelişimine de katkıda bulunacaktır.

4. Psikomotor Gelişim ve Oyun: Oyun sırasındaki fiziksel etkinlikler, çocukların ince ve kaba motor faaliyetlerinin gelişmesini, vücut bölümlerini koordineli kullanmalarını sağlamaktadır. Böylece dikkat, koordinasyon, esneklik gibi yetenekleri gelişerek psikomotor alanda sağlıklı bir gelişim görülür.

5. Öğrenme ve oyun: Çocuklarda öğrenmenin gerçekleşmesinde oyunun büyük öneme sahip olduğu bilinmektedir. Oyunla eğitimin temel prensibi, yaparak-yaşayarak öğrenmedir. Çocuk, ancak uygulayabilirse, öğrenebilir. Oyunla eğitimde çocuk duyularını kullanır; dokunur, duyar, görür, hisseder, böylece kalıcı ve kolay bir öğrenme ortamı sağlanmış olur.

Çocuk içerisinde bulunduğu toplum ve kültürün öğelerini gerçeğin bir aynası olarak kullandığı oyun vasıtasıyla öğrenecek, benimseyecek ve böylece çocuk dünyasından yetişkin dünyasına geçişte sahip olacağı bireysel özelliklerin temellerini atacak, kimliğine dair bilgilerini sağlamlaştıracaktır. Teknolojiye değil de geleneğe dayanan oyunlar, o toplumun yaşam biçimini, yapısını da ortaya koymakta ve bu tür oyunları oynayan çocukların toplumun gerektirdiği tutum ve değerleri kazanmasını sağlamakta millî kimliğin oluşmasında rol oynamaktadır.

Bilgisayar oyunları

Şiddet içerikli programlara ister televizyonda olduğu gibi pasif tüketici olarak isterse de bilgisayar oyunları gibi aktif tüketici olarak maruz kalmanın çocuklarda ve gençlerde şiddet, saldırganlık, içe kapanma, yabancılaşma, aşırı düzeyde psikolojik ve duygusal uyarılmışlık gibi etkilere neden olduğu görülmektedir. Bu etkilere maruz kalan çocukların ve gençlerin başta şiddet içerikli suçlar olmak üzere çeşitli suçlar işledikleri bilinmektedir.

Bilgisayar Oyunlarının Etkileri

Kardiyovasküler sistem: Nabız sayısı ve kan basıncını yükseltiyor.

Nörolojik sistem: Bilişsel fonksiyonları azaltıyor, dikkat ve konsantrasyon bozukluğuna yol açıyor, mantıklı ve analitik düşünme ve karar alma yeteneğini azaltıyor, aşırı derecede psikolojik ve duygusal uyarılmışlığa neden oluyor. Yüksek parlaklığa sahip, hızlı değişen ve yanıp sönen ışıkların olduğu görüntüler epilepsi nöbetlerini tetikleyici bir etki yapabiliyor.

Psikoloji Üzerindeki Etkileri: İçe kapanıklık, yabancılaşma, tepkisizlik, duygusallık, dış dünyaya karşı düşmanca hisler besleme, saldırganlık gibi geniş bir yelpazede yer alan negatif etkilere neden oluyor. Çocuklarda empati yeteneğini ve hassasiyeti azaltıyor.

Faydalı etkileri: Öğrenme üzerinde pozitif etkileri bulunmaktadır.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

18 Kasım 2016, Cuma, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
14:10 - 15:05	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ -2	Emel GÜR, Adem AYDIN
14:10 - 14:30	Okul Sağlığı	Emel ÖRÜN
14:30 - 14:50	Okul Çağında Medya Kullanımı ve Ailelere Öneriler	Betül ULUKOL

OKUL SAĞLIĞI

Doç.Dr. Emel ÖRÜN

Özel Çankaya Yaşam Hastanesi, Ankara

Bir çocuğun gelişim dönemleri içinde önemli bir yer tutan “okul dönemi” hızlı büyüme, farklılaşma, bilgi ve beceri kazanma ve sosyalleşmenin yaşandığı önemli bir dönemdir. Bu dönemde bebeklik ve oyun dönemlerinden farklı olarak aile ve ev ortamı yanısıra okul ve çevresi çocuk sağlığında önemli rol oynar. Bebeklik döneminden oyun dönemine kadar sürdürülen çocuk sağlığı izlemlerinin okul döneminde **sürdürülmesi maliyet etkin bir yaklaşım olarak kabul görmektedir**. Bu yaklaşımda sadece öğrenci değil, öğretmen, okul çalışanları, aileler ve toplumun diğer üyelerinin sağlığı da dikkate alınır. Okul sağlığı hizmetlerinin amacı okul çağındaki tüm çocukların olabilecek en iyi bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişimini sağlamak, çocukların, ailelerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir.

Dünyada okul sağlığı programlarının uygulanmasına 19. yüzyılda başlanmış ve 20.yüzyılın ilk yıllarında gelişmiş ülkelerde okul sağlığı uygulamaları rutin hizmet kapsamına alınmıştır. DSÖ, Avrupa Bölge Bürosu 1984 yılından itibaren sağlık eğitimi ve sağlık düzeyini yükseltme programlarını geliştirmeye başlamıştır. DSÖ, 1990’lı yıllarda “Sağlığı Geliştiren Okul” çalışmalarını bünyesinde başlatmıştır. Ülkemizde ise 1994 yılında DSÖ’ nün birçok Avrupa ülkesinde yürüttüğü “Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi” çalışmalarına, çeşitli bölgelerden seçtiği 10 pilot okul ile katılmıştır. 1995 yılında Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı (ASGOP) (The European Network of Health Promoting Schools) sisteminde Türkiye’nin de katılması ile Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’nın arasında imzalanan protokol ile çalışmalar başlanmıştır. 2004 yılında 81 ilde 106 ilköğretim okuluna yaygınlaştırılan program, kardeş okul programı ile okul sayısı 208’e ulaşmıştır. Sağlığı Geliştiren Okul kavramı yaşamak, öğrenmek ve çalışmak için okulun sağlıklı bir kuruluş olarak kapasitesinin güçlendirilmesi temeline dayandırılmaktadır. Kısacası bu program sadece okuldaki fiziksel çevreyi iyileştirmek ve öğrencilerin sağlık sorunları ile ilgilenmez, okuldaki psikolojik ve sosyal çevrenin iyileştirilmesini de amaçlar.

Okul sağlığı hizmetleri çocuk sağlığı izlemlerinin devam ettirilmesi, sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla sağlık eğitimlerinin verilmesi, etkin bulaşıcı hastalıklarla mücadele yapılması gibi sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesine yönelik okul tabanlı bakış açısıyla ele alınan koruyucu önlemleri kapsar. **Çağdaş okul hizmetlerinin öğrenci sağlığı, okul çevresi, sağlık eğitimi ve okul çalışanlarının sağlığı olmak üzere dört boyutu vardır. Öğrenci sağlığı öğrencinin** sağlığını korumayı, geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, sağlık sorunlarını saptayarak kesin tanıya varmayı, gerekli ise tedavi etmeyi, ani gelişen hastalıklar ile yaralanmalara acil bakım sağlamayı, sağlıklı ilgili eğitim ve danışmanlığı içerir. Sağlıklı öğrenciler daha iyi akademik başarı gösterir ve yeteneklerini geliştirir. **Çocukların okula girişte muayene edilmesi, sağlık durumunun belirlenmesi ve belirli aralıklarla muayenelerinin tekrarlanması gerekmektedir.** Fizik muayene sıklığı ilköğretim öncesi dönemde yılda bir, daha sonra 6., 8., ve 10. yaşlarında ve 18 yaşa kadar yılda bir değerlendirilmelidir. Bu dönemde sık görülen görme bozukluğu, işitme kaybı, büyüme-gelişme geriliği, boy kısalığı, obezite, pubertal bozukluklar, ortopedik kusurlar, diş çürükleri, öğrenme güçlükleri gibi **sağlık problemleri** aralıklı fizik muayeneye ek tarama programlarıyla taranmalıdır. Tarama programları bulaşıcı hastalıklara yönelik veya az görülmekle beraber ciddi problemlere yol açan hastalıklar (hipertansiyon, albuminüri) için de yapılabilir. Akut ve kronik hastalığı olan öğrencilerin tanınması, tedavilerinin sürdürülmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır.

Başta öğretmenler olmak üzere bütün **okul çalışanlarının sağlığı** da okul sağlığı hizmetleri kapsamındadır. Öğretmenlerin güvenli bir ortamda doyum içinde çalışmaları, huzurlu ve sağlıklı olmaları öğrencilerin okul başarısının artmasının yanısıra özellikle ruhsal gelişmeleri üzerinde olumlu etkileri vardır.

Okul devamsızlığına en çok neden olan bulaşıcı hastalıklarla mücadele okul sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir yer alır. Bağışıklama, erken tanı ve yayılmayı engelleyici önlemlerin alınması, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasını veya yayılmasını kolaylaştırıcı çevre sağlığı koşullarının ortadan kaldırılması yoluyla okullarda bulaşıcı hastalıklardan korunma ve kontrol programları yürütülmelidir.

Okul ortamı bir çocuk için toplumsal ilişkiler kurduğu ilk sosyal kurumdur. Okul ortamındaki zorlamalar, baskılar çocukta ruhsal sorunlar doğmasına neden olabileceği gibi sosyal uyum güçlüğü gibi sorunlar okul ortamında tanınabilir. Bu nedenle okul sağlığı hizmetleri ruh sağlığı çalışmalarını da kapsamalıdır. **Öğrencilerin beden ve ruh sağlıkları açısından her bir öğrencinin gereksinimini karşılayan, ilgilerini ve yeteneklerini gösterebileceği nitelikli spor programları önerilmektedir.**

Okul çevresi çocuğun okul yaşamında karşılaştığı tüm fiziksel ve sosyal çevreyi kapsamaktadır. Okulun yeri, binası, etrafı, toplumsal çevresi, alt yapı kurumları, oyun alanları, su kaynağı, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma, aydınlatma, sıralar ve sınıfın büyüklüğü okul sağlığı açısından değerlendirilmelidir. Okul sağlığı çalışmalarını yürüten **sağlık kuruluşu okul içi ve dışı fiziksel, sosyal çevre yapısının** uygunluğunu belirlenen standartlara göre kontrol etmeli, gerekirse okul yöneticilerini uyarmalıdır. Okullar okul binası içerisinde okulla ilgili etkinliklerin yapıldığı yerlerde ve öğrencilerin okula ulaşımını esnasında karşılaşılabilecek her türlü tehlike ve riskten öğrencilerini korumak ve güvenliklerini sağlamakla sorumludur. **İnsan sağlığını olumsuz etkileyen çevresel etmenlerin hepsinin okul çevre sağlığını da tehdit eden unsurlar olduğu bilinmektedir. Okul binalarının yeri ve konumu okul çevre standartlarına göre okul binalarının anayol üzerinde olmaması gerekmektedir. Şehir okulları öğrencilerin kolaylıkla gidip gelebilecekleri yerde bar, meyhane, kahvehane gibi tesislerden en az 100 m uzakta inşa edilmelidir. Ayrıca anayola, tren yoluna, gürültü, koku, duman çıkaran fabrikaların yakınına yapılmamasına, bina yakınında fiziksel ve ruhsal zedelenme yapabilecek etkilerin bulunmamasına özen gösterilmelidir. Okulların yüksek gerilim hatlarından en az 30 m uzakta olması gerekmektedir.**

Çocukların okul ve çevresinde çeşitli nedenlerle yaralanmalarına neden olabilen kazalara yönelik önlemlerin alınması ve okulda ilk yardım gereçlerinin bulunması ve eğitilmiş okul personeli tarafından kullanılması sağlanmalıdır.

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

Günümüzde okullarda güvenliği tehdit eden başlıca konular okulda şiddet, zorbalık, okula ulaşım sırasında meydana gelen trafik kazaları ve diğer kasıtlı olmayan yaralanmalardır. DSÖ Güvenli Topluluklar Programının altında bir alt program halinde "Güvenli Okullar Programı" sürdürmektedir.

Okul yılları bireyin gelişimine şekil veren bir süreç olduğu için, okul ortamı genç popülasyonun sağlık, özgüven, etkin karar verme, iletişim, duyguları anlama, eleştirel düşünme, stres ile baş etme gibi yaşam becerilerini kazanma ve geliştirme için etkili bir yol sunar. Bu nedenle okullarda **sağlık eğitimi** ile başta öğrenciler olmak üzere **öğrenci, öğretmen ve veliler olmak üzere üç hedef gruba istenilen sağlık, bilgi, tutum, davranış** ve değerlerin geliştirilmesi amaçlanır.



OKUL ÇAĞINDA MEDYA KULLANIMI VE AİLELERE ÖNERİLER

Prof. Dr. Betül ULUKOL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Günümüzde medya, analog medyanın yanı sıra yeni medya uygulamalarını da kapsayan, yaşamın her alanında içine çekildiğimiz bir ortamdır. Medyanın haber sağlamanın ötesinde eğlendirmek, eğitmek, yönlendirmek ve kamuoyu oluşturmak gibi işlevleri vardır. Bunu da dünyayı avuç içine sığdıracak kadar kolay ve hızlı şekilde yerine getirmektedir.

Yeni medyanın yaşam, bilim, eğitim, araştırma ve gelişim üzerine pek çok olumlu etkisinin olduğu tartışılmaz. Ancak bilinçli ve kontrollü kullanılmadığı takdirde, özellikle çocuk yaş grubundaki kullanıcılar için zararlı etkilerinin olacağı da önemli bir gerçektir. Üstelik interneti kullanan çocukların yaşlarının 4-5 yaş düzeyine kadar indiği düşünülürse, internetin denetimsiz kullanımı halinde ortaya çıkabilecek zararın boyutları daha da ciddi bir hal alabilir.

Yeni medya kullanıcısı olan çocukları bekleyen pek çok tehlike söz konusudur. İnternette çocuğun psiko-sosyal gelişimini etkileyecek, şiddeti ve gayri-ahlaki davranışları özendirilecek içeriklerle karşılaşması ve bunlardan etkilenmesi söz konusu olabilir. Ayrıca kontrolsüz şekilde cinsel içeriğe maruz kalması da mümkündür ve bu durum cinsel istismarın bir tipi olarak kabul edilmektedir. Diğer önemli bir sorun, çocuğun internete bağımlılığı, dolayısıyla normal büyüme ve gelişimi için gereksinimi olan süreçlerden uzak kalmasıdır.

Çocukların yeni medyayı güvenli ve etkili kullanma becerisinde ailenin önemli bir rolü vardır. Çocuğun ekrana maruziyetinin kontrolü ve kullanım süresi küçük yaşlarında ailenin denetimi altındadır. Ancak ilerleyen yaşlarda çocuk bu durumu büyük oranda kendi özdenetim mekanizmaları ile kontrol etmek durumundadır. Çocukların bu bilinci kazanması da yine ailenin sorumluluğundadır. Bu kapsamda çocuk hekimlerinin misyonu aileye rehberlik ve danışmalık yaparak çocukların içine doğduğu medyayı güvenli ve bilinçli kullanmalarına destek olmaktır.

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

18 Kasım 2016, Cuma, ANA KONFERANS SALONU

<u>SAAT</u>	<u>KONFERANS / PANEL ADI</u>	<u>Oturum Başkanı / Konuşmacı Adı</u>
15:25 - 15:55	ÇEVRE ve ÇOCUK	Sadık AKŞİT, Nilgün ÇÖL
15:25 - 15:45	Plastikler ve Çocuk Sağlığı	Kadriye YURDAKÖK



PLASTİKLER VE ÇOCUK SAĞLIĞI

Prof. Dr. Kadriye YURDAKÖK

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



4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ



SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ



SS-001

ADOLESAN GEBELİKLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER ve BU GEBELİKLERİN ANNE-BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Aysun KARA UZUN, Filiz ŞİMŞEK ORHON, Sevgi BAŞKAN, Betül ULUKOL
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji O

Giriş – Amaç: Çalışmamızda bir hastanede izlenen adolesan gebelerde, gebelik oluşumunda rol oynayan risk faktörlerini belirlemek ve bu gebeliklerin anne-bebek sağlığı üzerindeki etkilerini saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem – Gereçler: Çalışma; 1.2.2010 ile 31.5.2010 tarihleri arasındaki 4 aylık dönemde, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gebelik izlemeleri yapılan ve bu hastanede doğum yapmış olan 20 yaş altı 100 adolesan anne ile ilk gebeliklerini 22-32 yaşları arasında gerçekleştiren 100 erişkin anne ve bu annelerin yeni doğmuş bebekleri üzerinde yürütülmüştür. Çalışmada veri toplama aracı olarak anne ve baba sosyodemografik özellikleri anket formu, gebelik izlemi ve doğum öyküsü formu, anne ve bebek izlem formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan adolesan annelerin ailelerinin %83'ünün, erişkin gruptakilerin ise %69'unun gelir seviyesi yoksulluk sınırının altındadır ($p<0,05$). Adolesan yaştaki annelerin yaş ortalaması $17,8\pm 0,7$ yıl, erişkin annelerin ise $26\pm 0,3$ yıldır. Okul terki oranı adolesan grupta %36, erişkin grupta %21'dir ($p<0,05$). Adolesan annelerin %39'u, erişkinlerin ise %24'ü gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgisinin olmadığını ifade etmiştir ($p<0,05$). Her iki grup annenin büyük bir bölümünün takip sayısı 4 ve üzerindedir. Prematüre doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı iki grupta benzerdir. İlk 2 ayda bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme oranı adolesanlarda %40, erişkinlerde %62 olup, fark adolesan annelerin bebeklerine daha yüksek oranda su vermelerinden kaynaklanmaktadır ($p<0,01$). Adolesan gruptaki anneler daha yüksek oranda kendilerini bebek bakımında yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Adolesan gruptaki annelerin %7'si sağlık kuruluşuna ulaşmada sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Adolesan gebeliklerin temelinde eğitimsizlik, sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü, kalabalık bir ailede yaşıyor olmak gibi sosyoekonomik faktörler önemli rol oynamaktadır. Yoksulluğun engellenmesi, eğitim düzeyinin artırılması ve ailelere adolesan gebeliklerin sakıncaları konusunda eğitim verilmesi, farkındalığın artmasında ve bu tür gebeliklerin önlenmesinde rol oynar. Diğer yandan, adolesan dönemde yaşanan gebeliklerin prenatal ve postnatal dönemde uygun şekilde izlenmesi anne ve bebek sağlığı üzerine olan olumsuz etkilerin engellenmesinde önemlidir.

SS-002

ÇOCUKLARDA TAM KANDA VE SÜT DİŞLERİNDE KADMIYUM VE KURŞUN DÜZEYLERİ

S. Songül YALÇIN, Merve Ç. KANATLI, Suzan YALÇIN, Emre TOSUN
Hacettepe Üniversitesi

Giriş – Amaç: Perinatal dönemde ve çocukluk çağında kurşun ve kadmiyum gibi çevresel kirlenmeler çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmada 5-12 yaş arası çocuklarda perinatal kirliliği gösteren süt dişleri ile güncel teması gösteren kan örneklerinde kurşun (Pb) ve kadmiyum (Cd) düzeylerinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem – Gereçler: Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri Ünitesine Haziran 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında “düşmüş süt dişi” ile başvuran ve onam formunu imzalayan ebeveynlerin çocukları çalışmaya alındı. Çocukların yaşı, cinsi, doğum ağırlığı, doğum haftası, annenin sigara içme durumu, diş tipi kaydedildi. Çocuktan EDTA’lı tüpe 3 ml kan alındı. Tam kan ve süt dişi Pb ile Cd düzeyleri ICP-MS cihazı ile analiz edildi. Veriler SPSS paket programı ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 59 çocuk alındı. Çocukların % 44’ü erkek ve ortalama yaşları 8.0 ± 1.8 yılı. Annelerin %42’si ya sigara içmiş ya da halen içiyordu. Dişlerin % 68’i kesici süt dişi idi. Çocukların %72.9’unda dişte Cd tespit edilirken, hepsinde kanda Cd ve kan ve dişte Pd saptandı. Ortanca diş Cd ve Pb düzeyi sırası ile $0.005 \mu\text{g/g}$, $0.70 \mu\text{g/g}$ iken tam kan Cd ve Pb düzeyi sırası ile $0.129 \mu\text{g/L}$, $9.43 \mu\text{g/L}$ olarak saptandı. Kan Pb ve Cd düzeyleri dokuz yaş altındaki çocuklarda daha yüksekti (sırası ile $p=0.014$, $p=0.021$) Sigara içme öyküsü olan annelerin çocuklarında diş Pb düzeyi daha yüksekti ($p=0.002$). Diş Cd ve Pb düzeyleri arasında korelasyon vardı ($r=0.336$, $p=0.009$). Diş ve kan ağır metal düzeyleri arasında ilişki yoktu. Doğum ağırlığı, doğum haftası ile diş ve kan kadmiyum ve kurşun düzeyleri arasında korelasyon yoktu.

Sonuç: Hem perinatal dönemde hem de çocukluk çağında Pb ve Cd ile teması devam etmektedir.

SS-003

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDE MAKROSEFALİ ETYOLOJİSİPınar YILMAZBAS¹, Bahar KURAL², Tijen EREN², Esra DEVECİOĞLU², Gülbin GÖKÇAY²¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi²İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı

Giriş – Amaç: Çocuk sağlığı izleminde baş çevresinin ölçümü ve takibi önemli bir antropometrik veridir. Makrosefali, oksipitofrontal baş çevresinin uzunluğunun o yaş, cinsiyet ve gestasyon zamanına göre 97.persantil veya 2 standart deviasyonun üzerinde olmasıdır. Makrosefali altta yatan konjenital, genetik veya kazanılmış hastalıklar sonucu gelişebilmektedir.

Bu araştırmanın amacı çocuk sağlığı izleminde makrosefali tanısı alan vakaların etyolojilerinin tanımlanması, takipte nelere dikkat edilmesi gerektiğinin belirlenmesidir.

Yöntem – Gereçler: Bu tanımlayıcı araştırma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Sağlam Çocuk Polikliniği'nde yapılmıştır. Ocak 2004-Aralık 2014 tarihleri arasında sağlam çocuk polikliniğinde izlenen 9758 vakadan, makrosefali tanısı alan 90 vaka çalışma grubunu oluşturmuştur. Vakaların antropometrik verileri, fizik muayene bulguları, nöromotor gelişim basamakları, ebeveynlerinin baş çevresi ölçümleri dosya kayıtlarından elde edilmiştir. Vakalar ilk 6 ay her ay, 18 aya kadar 3 ayda bir, daha sonra da 6 ay ara ile pediatrist tarafından muayene edilmiş, ayına göre nöromotor ve psikososyal gelişim basamakları değerlendirilmiş, gerektiğinde Denver 2 gelişim testi uygulanmıştır. Makrosefalik vakaların nöromotor gelişimi ve fizik muayene bulguları normal olan vakaların ebeveynlerinin baş çevreleri ve boy ölçümleri kaydedilmiş, Weaver Eğrisi'ne göre persantilleri saptanmış, ailesel makrosefali bu şekilde tanımlanmıştır. Nöromotor gelişimi ve/veya fizik muayene bulguları normalden sapan vakalarda beyin görüntüleme yöntemleri kullanılmış ve pediatrik nöroloji konsültasyonu yapılarak takip edilmiştir.

Bu çalışmada dosya kayıtlarından elde edilen veriler SPSS-13 istatistiksel analizi ile kaydedilmiş, tanımlayıcı istatistiksel çalışmalar ve chi-square testi yapılmıştır.

Bulgular: 9758 vakadan 90'ı makrosefali tanısı almıştır. Makrosefalik vakaların 55'i erkek(%61), 35'i kız(%39)'dir. Vakaların 57(%63)'sinin etyolojisinde ailesel makrosefali, 8'inde hidrosefali(obstrüktif veya kominikan), 2'sinde eksternal hidrosefali, 1'inde hipokondroplazi, 1'inde akondroplazi, 1'inde koroid pleksus kisti, 1'inde sosyal alanda gelişim geriliği, 1'inde rikets saptanmıştır. Vakaların 18(%20) 'i ise izole makrosefali mevcut tanısı almakta idi, bu vakaların fizik muayenesi, nöromotor ve psikososyal gelişimi, biyokimyasal parametreleri, kranial ultrasonografisi normal idi ve ailede makrosefalisi olan birey mevcut değildi. Makrosefalik vakaların ortalama tanı alma yaşı 2,71 ay(+/- 1,63) idi. Ailesel makrosefali tanısı alan vakaların %45'inde babada, %21'inde annede, %25'inde anne ve babada, %6'sında kardeşlerde makrosefali gözlenmiştir. Bu vakaların tamamının fizik muayene bulguları, nöromotor gelişimi ve psikososyal gelişimi normaldir.

Hidrosefalik vakalardan eksternal hidrosefali tanısı alan iki hastanın fizik muayene bulguları, nöromotor ve psikososyal gelişimleri normal iken, obstrüktif hidrosefali tanısı alan 1 vakada nöromotor gelişim geriliği saptanmış, 1 vakada psikososyal ve dil alanında gerilik saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak çocuk sağlığı izleminde baş çevresinin değerlendirilmesi, makrosefaliye neden olan patolojik nedenlerin atlanmaması açısından çok önemlidir. Ailesel makrosefali en sık görülen etyolojik faktör olduğu için ebeveynlerin ve kardeşlerin baş çevrelerinin kaydedilmesi de önem arz etmektedir. Diğer önemli bir nokta çocuk sağlığı izleminde her vakanın bütünsel olarak ele alınması, nöromotor ve psikososyal gelişim basamaklarının yaşına uygun olup olmadığının değerlendirilmesi ve erken dönemde etyolojik değerlendirmeler yapılarak destekleyici tedaviye başlanması gerekliliğidir.

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

SS-004

ANKARA'DA OKUL ÇOCUKLARININ 1993-2003-2016 YILLARI ARASINDAKİ VÜCUT AĞIRLIĞI VE BOY ÖLÇÜMLERİNİN YÜZYILIN EĞİLİMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Seda TOPÇU, Filiz ŞİMŞEK ORHON, Betül ULUKOL, Sevgi BAŞKAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş – Amaç: Büyümede yüzyılın eğilimi, bir toplumdaki çocukların bir nesilden diğer nesile oluşan somatik büyümedeki değişiklikleri değerlendirilerek anlaşılabilir. Çeşitli sosyoekonomik değişikliklerin gerçekleştiği gelişmekte olan ülkeler büyümede yüzyılın eğiliminin en çok göze çarptığı toplumlardır. Bu çalışmadaki amacımız; 1993-2016 yılları arasında okul çağı çocuklarda ağırlık ve boy ölçümlerindeki değişiklikleri saptamak ve büyümedeki eğilimi belirlemektir

Yöntem – Gereçler: Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı tarafından Ankara'nın Mamak ilçesinde yer alan bir okulda 1993, 2003 ve 2016 yıllarında yapılmıştır. Bu okulda yaşları 7 ile 15 yıl arasında değişen çocuklar çalışmaya alınmıştır. İlk ölçümlerin yapıldığı 1993 yılında 867 (451 erkek ve 416 kız) ve 2003 yılında ise 1214 (611 erkek ve 603 kız) çocuk çalışmaya alınmıştır. 2016 yılında aynı okulda araştırmacılar tarafından 1099 (549 erkek ve 550 kız) çocuğun antropometrik ölçümleri alınmış ve bu veriler 1993 ve 2003'te elde edilmiş olan ölçüm sonuçları ile istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır

Bulgular: Araştırmamızda, 1993-2016 yılları arasında yapılan ağırlık ölçümlerinde hem kız hem erkek çocuklarda bütün yaş gruplarında istatistiksel fark bulunmuş olup 1993 yılında yapılan ölçümlere göre 2003 ve 2016 yıllarında çocuklardaki ağırlıklar daha fazladır. 1993-2016 yılları arasında yapılan üç farklı boy ölçümünde erkeklerde 7 ve 15 yaş hariç istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup 2016 yılında 2003 yılına göre 7, 8, 11 ve 15 yaş haricindeki erkeklerin boylarının uzadığı görülmüş ancak 13 yaşta istatistiksel olarak anlamlı uzama saptanmıştır. Kızlarda ise tüm yıllarda 7 ve 9 yaş hariç istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup 2016 yılında 2003 yılına göre 7 yaş haricindeki tüm yaşlarda ortalama boylarda uzama görülmüş olup istatistiksel anlamlı artış bulunamamıştır.

SS-005

ADOLESAN DÖNEMİNDE KAN BASINCI DEĞERLERİNİN BELİRLENMESİ VE İLİŞKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nilgün CÖP¹, Arda KILINÇ², Beltinge DEMİRCİOĞLU-KILIÇ³, Neriman AYDIN⁴, Mehmet KESKİN⁵, Ayşe BALAT³

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Nefroloji BD.

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

⁵Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Endokrinoloji ve Metabolizma BD.

Giriş – Amaç: Adolesan dönemdeki kan basıncı yüksekliği erişkin döneme de yansıyabildiğinden erken saptanması önemlidir. Bu çalışmada adolesan dönemde kan basıncı değerlerinin belirlenmesi ve doğum kilosu, anne sütü alma süresi, ebeveynlerin eğitim düzeyi/beden kitle indeksi gibi ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem – Gereçler: Araştırmaya 10-17 yaş arası 1496 öğrenci dahil edildi. Öğrenciler bir süre dinlendikten sonra kan basıncı değerleri 2-5 dakika aryla üç kez ölçülerek ortalama değerler hesaplandı. Veriler SPSS 13.00 paket programında değerlendirilerek p<0.005 değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma yaş ortalaması 14.39±2.37 (10-17 yıl) olan 651 kız/845 erkek toplam 1496 adolesan olgu üzerinde yürütüldü. Olguların BKİ değerleri 11.50 ile 36.40 (20.91±4.00) arasında değişiyordu, bel çevresi değerleri ise ortalama 72.88±10.23 cm (50-117 cm) olarak belirlendi. Doğum kilosu 3.196±0.804 gr (0.600-5.500 gr) idi. Sistolik kan basıncı değerleri 105.49±12.16 mmHg (92.00-160.00 mmHg), diastolik kan basıncı değerleri 62.21±10.60 mmHg (55.00-90.00 mmHg) olarak saptandı. Erkeklerde sistolik/diastolik kan basıncı değeri ortalamaları daha yüksekti (p<0.05). Olguların bel çevresi/BKİ değerleri ile sistolik/diastolik kan basıncı değerleri arasında pozitif korelasyon saptandı (p<0.005). Doğum ağırlığı ile sistolik kan basıncı değerleri arasında pozitif korelasyon belirlendi (p<0.005). Anne sütü alma süresi ve ek gıda başlangıç zamanı kan basıncı değerleri üzerinde etkili değildi (p>0.005). Olguların babalarının BKİ değerleri sistolik kan basıncı değerleri üzerinde pozitif yönde etkiliyken (p<0.005), anne BKİ değerleri etkili değildi (p>0.005). Üniversite mezunu olan annelerin çocuklarında hipertansiyona daha sık rastlanıyordu (p=0.012).

Sonuç: Çalışmamız adolesan dönemde olguların bel çevresi/BKİ değerlerinin kan basıncı yüksekliğinde etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca babanın beden kitle indeksi değerleri ile anne eğitim düzeyinin de kan basıncını etkilemesi ailesel faktörlerin değerlendirilmesinin önemine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelime: Adolesan, kan basıncı, hipertansiyon

SS-006

YAŞAMIN İLK YILINDA İNEK SÜTÜ VE YUMURTA BEYAZI İLE BESLENMENİN İLERİ YAŞLARDA ALERJİK BULGULAR ÜZERİNE ETKİSİ

Perran BORAN, Genç AA, Karakoç-Aydiner E, Gökçay G, Bakır M, Tamay ZÜ, Devencioglu E, Barlan I.
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş – Amaç: Son yıllarda gözlenen besin alerjisi epidemisi, erken çocukluk dönemi beslenme önerilerinin tekrar gözden geçirilmesini sağlamıştır.

Bu çalışmada alerjen besinin beslenmeye 6-12 ay arasında eklenmesiyle, bir yaş sonrasında geciktirilmesinin alerjik hastalık gelişimi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı. Ayrıca iki beslenme düzeninin büyüme üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve alerjik hastalık gelişimi üzerine etkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem – Gereçler: Doğum kohortlarının izlendiği iki üniversite hastanesinin bebek beslenme önerileri incelendiğinde farklı olan alerjen besinin yumurta beyazı olduğu görüldüğü üzerine yumurta beyazının beslenmeye 6-12 ay arasında eklendiği Marmara Üniversitesi birinci grubu oluştururken, yumurta beyazının beslenmeye 12 ay sonrasında eklendiği İstanbul Üniversitesi ikinci grubu oluşturdu.

Bulgular: Birinci gruptan 418, ikinci gruptan 531 toplam 949 çocuk çalışmaya alındı. Grup 1’de %17,5 ve grup 2’de %20,2 çocukta alerjik hastalık saptandı. Grup 1’de besin alerji gelişim sıklığı %6 (yumurta alerjisi %4,78, inek sütü alerjisi (İSA) %2,15), grup 2’de besin alerji sıklığı %3 (yumurta alerjisi %1,31, İSA %2,5) olarak saptandı. İki grup arasında alerjik hastalık sıklığı farklı bulunmazken, birinci grupta besin alerjisi 2 kat, yumurta alerjisi riski ise 5 kat artmış bulundu. İki grup arasında tolerans gelişim süresi ya da bulguların şiddeti farklı değildi. Erkek cinsiyet ve ilk 6 ayda beslenmeye formül süt eklenmesinin alerjik hastalık gelişme riskini arttırdığı saptandı.

Sonuç: Beslenmeye 6-12 ay arasında yumurta beyazı eklenen çocuklarda besin alerjisi geliştirme riski artmaktadır. Ancak, bulguların şiddetli olmaması, tolerans gelişme süresinin diğer grupla aynı olması ve diğer alerjik hastalıkların gelişme riskini yaş grubu erken olmakla birlikte arttırmaması dikkate alındığında uzun dönemde immün toleransı tetiklemiş olabileceği ileri sürülebilir.

Anahtar Kelime: besin alerjisi, yumurta, çocuk

SS-007

ANNE SÜTÜYLE BESLENEN TERM BEBEKLERDE HİPERNATREMİK DEHİDRATASYON: 159 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİElif ÜNVER KORĞALI¹, Meriç KAYMAK CİHAN²¹Cumhuriyet Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD²Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Sivas

Giriş – Amaç: Hipernatremik dehidratasyon (HD) erken farkedilip zamanında ve uygun tedavi edilmezse böbrek yetmezliği, intrakranial kanama, beyin ödemi, konvülsyon ve hatta ölüme sebep olabilen ciddi bir durumdur. Bu çalışmada amacımız anne sütüyle beslenen term yenidoğanlardaki HD sıklığını, geliş şikayetlerini, risk faktörlerini, komplikasyonlarını ve korunma yollarını saptamaktır.

Yöntem – Gereçler: Eylül 2009 - Eylül 2014 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesi Yenidoğan Ünitesi'ne HD tanısıyla yatırılan, term ve anne sütüyle beslenen bebeklerin dosyaları incelendi. Hastalar serum sodyum (Na) değerlerine göre; hafif HD-grup1 (Na:146-149 mEq/L) ve ağır HD - grup 2 (Na≥150 mEq/L) olarak ayrıldı. İki grup sosyodemografik veriler, başvuru şikayetleri, muayene bulguları, laboratuvar değerleri ve komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı. Çalışma için Cumhuriyet Üniversitesi'nden etik kurul kararı alındı.

Bulgular: Beş yıl boyunca yenidoğan servisine yatırılan 5111 bebek içinde HD tanısıyla izlenen bebek sayısı 159 olup, sıklığı %3.1 olarak saptandı. HD olan bebeklerin hastaneye yatış yaşları 1-16 gün, doğum ağırlıkları 2.5-4.5 kg, ağırlık kayıpları ise %2,4-%26,6 arasındaydı. Serum Na değerleri 146-185 mEq/L aralığındaydı. En sık başvuru şikayeti ateş (%67.9), en sık muayene bulgusu oral mukoza kuruluğuydu (%76). Annelerin yaş ortalaması 26.3± 5.5 (15-45) idi ve %60.4'ü primipardı. Kilo kaybı≥ %10 olan bebek oranı %36.5 idi. Grup 1'de 68, grup 2'de 91 hasta vardı. İki grup arasında bebeklerin doğum ve hastaneye yatış kilosu, anne yaşı, doğum şekli, parite, serum kreatinin, total bilirubin, glukoz, potasyum değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Grup 1'de kız/erkek bebek oranı 0.51, grup 2'de ise 1.33 idi (p<0.05). Grup 1 ve grup 2'de sırasıyla ortalama yatış yaşları (2.4±0.7 ve 3.7±2.3 gün), yatış süresi (2.5±1.1 ve 3.5±2.2 gün), % kilo kaybı (8.15±3.1 ve 10.61±4.6) arasındaki fark anlamlıydı (p<0.001). Grup 1'de hastaların %44.1'i, grup 2'de %75.8'i doğum sonrası taburcu edilmişler ve evlerinden hastaneye başvurmuşlardı ki bu fark anlamlıydı (p<0.001). Grup1 ve 2'de sırasıyla kilo kaybı≥%10 olan bebek oranı (%27.3 ve %44.4) ve yatışında ateş varlığı oranı (%48.5 ve %69.2) arasında anlamlı fark saptandı (p<0.05). Hastaların Na (147.5±1.0 ve 153.8±5.6 mEq/L) ve üre değerleri (32.4±15.7 ve 48.5±35.4 mg/dl) arasındaki fark da anlamlıydı (p<0.001). Hastaların serum Na<145 mEq/L olması için geçen süre sırasıyla grup 1 ve 2'de 21.7±8.8 ve 29.3±17.8 saattir, bu süre grup 2 de anlamlı olarak daha uzundu (p<0.05). Saatlik serum Na düşüş hızı ise grup1 ve 2'de sırasıyla 0.41±0.3 ve 0.50±0.3 mEq/L olup, grup 2'de anlamlı olarak daha hızlıydı (p<0.05). İki grup hastalarında gelişen komplikasyonlardan akut böbrek yetmezliği, hipo-hiperglisemi, konvülsyon, intrakranial kanama ve hiperpotasemi açısından anlamlı fark saptanmadı. Fakat bradikardi gelişen hasta sayısı grup1'de 1 (%1.5) iken grup 2'de 15 (%16.5) idi ve bu fark anlamlıydı(p<0.05). Ölen hastamız olmadı.

Sonuç: Hipernatremik dehidratasyon ciddi ve hayatı tehdit eden bir durumdur ancak erken tanı ve uygun tedaviyle ciddi komplikasyonlar gelişmeden önlenebilir. Doğum sonrası başarılı emzirmenin sağlanması, özellikle doğum sonrası ilk 10 günde bebeğin kilo takiplerinin düzenli yapılması ve ailelere dehidratasyon bulgularının öğretilmesi HD'dan korunmada etkili olacaktır. Her yenidoğan hiçbir şikayeti olmasa bile mutlaka beslenme ve dehidratasyon yönünden değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelime: Hipernatremik dehidratasyon, yenidoğan, anne sütü

SS-008

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ GENÇLERE ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDA YAPILAN EĞİTİMİN BİLGİ VE FARKINDALIKLARINA ETKİSİ

Hüsniye ALTAN¹, ¹ Dr. Hüsniye ALTAN, ² Figen ŞAHİN DAĞLI, ³ Işıl İrem BUDAKOĞLU

¹Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri BD

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi AD

Giriş – Amaç: Çocukların istismar ve ihmali, Dünya Sağlık Örgütü gibi otoriteler tarafından bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir, bu halk sağlığı yaklaşımı birincil önleme yöntemlerine öncelik verir. Çocuk istismarı vakaları arttıkça, ülkemizde de çocuk istismarını önlemeye yönelik çalışmalara gereksinim artmakta, bu konuyla ilgili gelecekte çocuklarla ilgili alanlarda çalışacak meslekler için duyarlı, eğitilmiş profesyonellerin yetiştirilmesi önem kazanmaktadır. Bu nedenle Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı ve Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği işbirliğinde, mezun olduktan sonra çocuk istismarı olguları ile çalışma olasılığı yüksek olan bölümlerde okuyan gönüllü üniversite öğrencilerine çocuk istismarı ve ihmali konusunda bir eğitim gerçekleştirilmektedir. Araştırma bu eğitimlerin bilgi ve farkındalığı artırdığını görmek, eğitimlerin etkinliğini göstermek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem – Gereçler: Araştırma üç aşama şeklinde kurgulanan metodolojik (birinci ve ikinci aşama) ve müdahale (üçüncü aşama) tiplerini içeren bir çalışmadır.

Birinci aşama: Çocuk İstismarı ve İhmali Farkındalık Ölçeği (ÇİİF-Ö) oluşturulmasıdır. Maddelerin hazırlanması, pilot çalışmalar ve sonrasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla konusunda deneyimli uzmanların görüşü alınmış, Yapı geçerliği için faktör analizi yapılmıştır. Güvenilirlik için yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa değeri 0,768 ve Test-retest uygulamasında korelasyon katsayısı $r=0,204$, $p=0,045$ olarak istatistiksel anlamlı bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmali farkındalık ölçeği 4 alt grup (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmali) altında toplanabilen, 11'i olumsuz madde 9'u olumlu 20 maddeden oluşmuştur. 5'li ("kesinlikle uygun değil" ile "kesinlikle uygun" şıkları arasında 1 den 5 e kadar değişen) likert tipi bir ölçektir.

İkinci aşama: Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi (ÇİİB-T) oluşturulmasıdır. Maddelerin hazırlanması ve sonrasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Bilgi testinin kapsam geçerliliği, anlatılan her konu için ayrı ayrı belirtke tablosu hazırlanarak hazırlanmış ve sonuçta tüm derslerin ortak çocuk istismarı ve ihmali öğrenim hedefleri ve beklenen davranışları Bloom Taksonomisine göre oluşturularak sağlanmıştır. Bilgi testinin güvenilirliğini ölçmede Kuder Richardson-20 güvenilirlik katsayısı ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Kuder Richardson-20 güvenilirlik katsayısı test-retest için ayrı ayrı hesaplanmış, sırasıyla 0,943 ve 0,918, korelasyon $r=0,443$ $p=0,011$ Bilgi testi güvenilir olarak bulunmuştur. Çoktan seçmeli 5 seçenekli, 50 maddeden oluşmaktadır.

Üçüncü aşama: Çocuk istismarı ve ihmali eğitimi verilecek üniversite öğrencilerine eğitim öncesi, hazırladığımız çocuk istismarı ve ihmali farkındalık ölçeği ve çocuk istismarı ve ihmali bilgi testi uygulanmıştır. Sonrasında 12 hafta çocuk istismarı ve ihmali eğitimi verilen üniversite öğrencilerine hazırladığımız çocuk istismarı ve ihmali farkındalık ölçeği ve çocuk istismarı ve ihmali bilgi testi ile sınıfta uygulanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası istatistiksel yöntemlerle farkındalık ve bilgi düzeyi artışı ölçülmüştür. Öğrenciler eğitim aldıkları bölümlere göre Sağlık bilimleri, Hukuk, Sosyal bilimler olarak üç grup altında toplanmıştır.

Bulgular: 2014-2015 eğitim yılında verilen eğitimi tamamlayan 43 üniversite öğrencisinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi ve farkındalıkları bu ölçeklerle değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması $21,1 \pm 6,2$ olup 40'ı (%93,0) kadın, 3'u (%7,0) erkek idi. Öğrencilerin 11'i (%25,6) sağlık bilimleri bölümlerinde, 5'i (%11,6) hukuk bölümünde 27'si (%62,8) ise sosyal bilimler bölümlerinde öğrenim görmekteydi

Eğitim ile tüm öğrenciler değerlendirildiğinde bilgi testi ortanca puanı eğitim öncesinde 34 iken eğitim sonrasında 39 bulunmuştur ($p<0,001$). Sağlık bilimleri ile ilgili bölümlerde okuyanlarda eğitim öncesi ortanca puan 35, eğitim sonrası puan 39 ($p=0,005$), hukukta okuyanlarda eğitim öncesi ortanca puan 33, eğitim sonrası puan 40 ($p=0,042$), sosyal bilimlerde okuyanlarda eğitim öncesi ortanca puan 35, eğitim sonrası puan 39 ($p<0,001$) bulunmuştur. Eğitim ile farkındalık düzeyi ise Tüm öğrenciler değerlendirildiğinde farkındalık ortanca puanı eğitim öncesinde 85 iken eğitim sonrasında 89 bulunmuştur ($p<0,001$). Sağlık bilimleri ile ilgili bölümlerde okuyanlarda eğitim öncesi ortanca puan 87, eğitim sonrası puan 91 ($p=0,028$), hukukta okuyanlarda eğitim öncesi ortanca puan 88, eğitim sonrası puan 91 ($p=0,279$), sosyal bilimlerde okuyanlarda eğitim öncesi ortanca puan 85, eğitim sonrası puan 89 ($p=0,024$) bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi ve farkındalığı ölçen, bilgi testi (ÇİİB-T) ve farkındalık ölçeği (ÇİİF-Ö) geliştirilmiş ve bu ölçeklerin geçerlilik güvenilirlikleri gösterilmiştir. Bu testlerin ileride çocuk istismarı ve ihmali konusunda yapılacak çalışmalarda kullanılabilir bir araç olarak literatüre katkı vermesi umulmaktadır.

Eğitim ile tüm gruplarda bilgi düzeyi istatistiksel olarak artmış, yaş, cinsiyet, okuduğu bölümden etkilenmemiştir. Eğitim ile farkındalık düzeyi ise fiziksel istismar dışında tüm istismar türleri için istatistiksel olarak artmış yaş, cinsiyet ve okudukları bölümden etkilenmemiştir. Eğitimle toplam farkındalık artışı, farklı bölümlerde okuyanlardan sağlık ve sosyal bölümlerde istatistiksel anlamlı yüksek iken, hukukta farkındalık toplam ölçek puanında istatistiksel artış görülmemiştir. Hukuk fakültelerinde derslerde çocuk istismarı ve ihmali eğitimlerine yer verilmesi, gelecekte hukuki yönü ile ilgileneceklerinden duyarlılık ve farkındalıklarının artması yönünden önerilebilir. Sağlık bilimleri, hukuk ve sosyal bilimlerde eğitim sonrası duygusal istismar tipinde farkındalık artışı görülmemiştir. Tanımlanması daha zor olan duygusal istismar dersinin, çocuk istismarı ve ihmali eğitimlerinde ders saatlerinin artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelime: Çocuk istismarı ve ihmali, eğitim programları, sağlık eğitimi, sağlık, bilgi, farkındalık

SS-009

İNFAİTİL KOLİKLİ BEBEKLERDE PLAZMA MAGNEZYUM VE ÇİNKO DÜZEYLERİ

Meda KONDOLOT¹, Fulya BÜYÜKGEDİKLİ², Çiğdem KARAKÜKÇÜ³, Selim KURTOĞLU⁴

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri Bölümü, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kayseri

³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Biyokimya Bölümü, Kayseri

⁴Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Pediatrik Endokrinoloji BD, Kayseri

Giriş – Amaç: Yaşamın ilk 3 ayında ve genellikle akşam saatlerinde yani melatonin etkisinin beklendiği dönemlerde görülmesi infantil kolikte melatoninin rolü olduğunu göstermektedir. Her bebekte görülmemesi veya şiddetinin farklı olması nedeniyle melatonin sentezinde kofaktör olarak rol alan magnezyum ve çinkonun kolikli bebeklerde daha düşük olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada kolikli bebeklerin ve annelerinin plazma magnezyum ve çinko düzeylerinin kontrolleriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem – Gereçler: Erciyes Üniversitesi Çocuk Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine Haziran 2014 – Temmuz 2015 tarihleri arasında başvuran ve Wessel'in üçler kuralına göre infantil kolik tanısı alan yaşları 4 hafta-3 ay arasında değişen 50 bebek çalışma grubuna, sağlıklı 22 bebek ise kontrol grubuna dahil edildi. Çalışma ve kontrol gruplarına dahil edilen bebeklerden ve annelerinden plazma magnezyum ve çinko düzeyleri için venöz kan örnekleri alındı. Laboratuvar analizleri Klinik Biyokimya Bölümünde Atomik Absorbsiyon Spektrofotometresi ile gerçekleştirildi. Çalışma Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı.

Bulgular: Cinsiyet, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum sırası, gestasyonel hafta, beslenme şekli ve anne yaşı çalışma ve kontrol gruplarında benzerdi. Kontrol grubunun yaş (gün) ortalaması (63.5±19.8), kolik grubundan (51.6±18) daha büyük bulundu (p=0.02). İnfantil kolikli bebeklerde plazma magnezyum (mg/dl) (2.46±0.27, n=27) ve çinko düzeyleri (mg/dl) (58.7±9.6, n=27) ile kontrol grubu magnezyum (2.37±0.25, n=20) ve çinko düzeyleri (55.7±11.3, n=20) arasında farklılık saptanmadı (sırasıyla p=0.24, p=0.34). Çalışma ve kontrol grubunda yer alan bebeklerin annelerinin de plazma magnezyum ve çinko düzeyleri arasında farklılık saptanmadı (sırasıyla p=0.40, p=0.17).

Sonuç: Bu çalışma kolikli bebeklerde ve annelerinde plazma magnezyum ve çinko düzeylerini araştıran ilk çalışmadır. Melatonin sentezinde kofaktör olmalarının yanında; magnezyum eksikliğinde kas krampları, uyku bozuklukları ve irritabilitenin görülmesi, çinko eksikliğinin uyku ve davranış bozuklukları ile ilişkilendirilmesi kolikli bebeklerde düzeylerinin daha düşük olabileceğini düşündürmüştür. Ancak bu çalışmada kolikli bebeklerde ve annelerinde plazma magnezyum ve çinko düzeyleri ile kontrolleri arasında farklılık saptanmamıştır. Bu hipotezi araştıran daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: infantil kolik, magnezyum, çinko

SS-010

BEBEKLERDE ENFEKSİYON HASTALIKLARI GEÇİŞİNE NEDEN OLAN SOSYAL TEMAS MODELİ

Melehat Melek OĞUZ¹, Aysu DUYAN ÇAMURDAN², Fatma Nur BARAN AKSAKAL³, Meltem AKÇABOY¹, Esmâ ALTUNEL AÇOĞLU¹

¹ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH Pediatri

² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı

³ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş – Amaç: Halk sağlığının önceliklerinden birisi insan sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların nasıl yayıldığını anlamaktır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadeledeki en büyük zorluk, enfeksiyonun geniş kitlelere yayılmasında rol oynayan, davranışsal, sosyal ve çevresel faktörlerin belirlenip ölçülmesidir. Bu nedenle özellikle boğmaca ve grip için risk altında olan 1 yaş altı çocuklarda sosyal teması ölçmeyi planladık.

Yöntem – Gereçler: Çalışmaya Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Mart 2015 ile Mart 2016 tarihleri arasında başvuran altta yatan kronik hastalığı olmayan 12 ay altı toplam 1006 çocuk dahil edildi.

İki bölümden oluşan bir anket formu düzenlendi. İlk bölüm katılımcının sosyoekonomik durumu, son 6 ay içinde solunum yolu enfeksiyonu geçirme sıklığı, bakımı ile ilgilenen kişilerin grip ve boğmaca aşısı yaptırma durumları ile ilgili idi. Anketin ikinci kısmı ise 24 saat boyunca katılımcı ile olan tüm temasların kaydının tutulduğu günlükten oluşturuldu. Temasın tanımı; bebekle 3 kelime veya daha fazla süreli yakın mesafe iletişime geçmek veya cilt cilde temas etmek olarak yapıldı. Temas günlüğünde, bebekle temas eden kişinin yakınlık derecesi, cinsiyeti, yaşı, fiziksel temasın eşlik edip etmediği, temas eden kişinin ev halkından olup olmadığı, temasının bebekle temas kurma sıklığının ne olduğu, temasın nerede kurulduğu ve yakın temas halinde geçirilen sürenin kaydedilmesi aileden istendi.

Bulgular: 1006 katılımcıya toplam 4706 temas kaydedildi. Kişi başı en az temas sayısı 1 en fazla temas sayısı ise 18 olarak bulundu. Katılımcıların %51'i ev halkı dışındakiler ile temas etmişti. Gelir düzeyi arttıkça ev halkı dışındakilerle temas sıklığı artmakta idi. Yakın temasların %90'nında fiziksel temas ile birliktelik bulundu. Dört saatten uzun süren temasların %69'unu anneler ile olan temaslar oluşturuyordu. Çocukların %33,7 si bir gün içinde en az bir adet adolesan ile temasta bulunmuştu. 1006 adet katılımcı bebeğin bakımıyla ilgilenenlerden en az birinin grip aşısı yaptırma oranı %2,3'tü. Anne eğitim düzeyi ile anne dışı temas sayısı arasında da yine ters yönde zayıf korelasyon bulundu.

Sonuç: Çalışmamıza özellikle grip ve boğmaca için risk altında olan 1 yaş altı bebekler dahil edildi. Literatürdeki en büyük bebek grubuyla yapılmış olan bu temas çalışmasında, bebeklerin en çok anneleri ile vakit geçirdikleri ve bebeklerin 1/3'ünün bir adolesanla temasının olduğu görüldü. En fazla ve uzun süreli temas annelerle olduğu ve anne dışı temas sayısı anne eğitimi ile ters yönde korelasyon gösterdiği için yakın temasla bulaşan hastalıklardan korunmada anne eğitimi, el temizliği ve annelerin aşılınması en öncelikli alınması gereken önlemler olarak görülmektedir. Özellikle gelir düzeyi yüksek ailelerde ev halkı dışı temas sayısı arttığı için koza stratejisinde öncelik anne olmalı. Boğmaca aşısının özellikle gebelik veya lohusalık döneminde yapılmasının çok daha maliyet etkin olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelime: sosyal karışma, boğmaca, koza, aşılama

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ



PS-001

SATIŞTA OLAN ANNE SÜTÜ MUADİLLERİNİN ETİKETLERİNİN ULUSLARARASI MAMA KODUNA UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet ERGİN^{1,2}, S. Utku UZUN¹, Türker BEKAR¹, Ali İhsan BOZKURT¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli

² Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Ünitesi, Denizli

Giriş – Amaç: Emzirmenin korunması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü genel kurulu 1981 yılında Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasayı (Mama Kodu) kabul etmiştir. Türkiye bu yasayı kabul etmiş ve ulusal mevzuatını yasa ışığında geliştirmiştir. Bu çalışmanın amacı, Denizli il merkezinde satışta olan anne sütü muadillerinin Mama Kodu 9. maddesinde bahsi geçen etiketle ilgili kurallara uyum durumunu belirlemektir.

Yöntem – Gereçler: Kesitsel tipte yapılan bu çalışmanın verileri 17.08.2015-22.08.2015 tarihleri arasında Denizli il merkezindeki 6 süpermarket ve 3 eczaneden toplanmış olup, satışta bulunan anne sütü muadilleri ve özel amaçlı (antireflü, antikolik, prematüre...vb) mamaların dahil toplamda 64 ayrı mama ambalajının etiketleri incelenmiştir. Veri toplama aracı olarak 20 sorudan oluşan bir değerlendirme formu kullanılmıştır. Değerlendirme formunda mama adı/markası, gramajı, numarası, üreticisi, türü (bebek, devam, özel amaçlı), ambalaj tipi gibi temel özelliklerinin yanında mama kutusu/ etiketlerinin dilini ve satılan yeri sorgulayan sorular bulunmaktadır. Etiketleme ile ilgili kuralların uygunluğunun araştırılmasında 14 soruluk, araştırmacılar tarafından International Baby Food Action Network (IBFAN)'ün; "Bebekler için Formül Mama Standartları Ek 4 (A)" incelenerek hazırlanan bir form kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS kullanılmış olup, mamaların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve mama tipine göre (bebek, devam, özel amaçlı) her maddenin ayrı ayrı karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamında 14 bebek maması, 46 devam maması ve 4 özel amaçlı mama olmak üzere toplamda 64 mama değerlendirilmiştir. Çalışmada incelenen mama etiketlerinin tamamının (n=64) bir veya daha fazla maddeye uymayarak uluslararası kodu ihlâl ettiği bulunmuştur. İncelenen mamaların tamamının şu 6 maddeye uyduğu bulunmuştur: ürünün doğru hazırlanışını kolay ve anlaşılır olarak gösteren talimatlar içermesi, kolay okunabilir son kullanma tarihi içermesi, saklama koşullarına ilişkin bilgi olması, seri numarasının olması, ürünün içerik analizi ile bileşenlerini belirtmesi ve mama kutusunun Türkçe olmasıdır. En az uyulan maddeler; %90,6 (n=58) etiketin mama kullanımının ideal olduğunu gösteren resim veya fotoğraf içermesi, %67,2 (n=43) etiketin bebek resmi veya fotoğrafı içermesi ve %60,9 (n=39) etiketin emzirmeden vazgeçirici ve mamanın ideal olduğunu belirten yazılar içermesi maddeleridir.

Mama türlerine göre kural ihlallerine bakıldığında ise özel amaçlı mamaların, bebek mamaları ve devam mamalarına göre mama düzgün hazırlanmadığında oluşacak sağlık tehlikeleri hakkında uyarı içermemesi maddesini daha fazla ihlâl ettiği bulunmuştur (p<0,001). Ürünün üzerinde "insana özdeş", "anne gibi", "adapte" vb. ifadelerini içermesi maddelerini ihlâl eden 2 tane özel amaçlı mama olduğu bulunmuştur, bu maddeleri ihlâl eden bebek maması ve devam maması ise yoktur (p<0,001).

Sonuç: Mama etiketlerinin Mama koduyla ilgili kuralları yüksek oranda ihlâl ettiği bulunmuştur. Bu konudaki denetimlerin ve yasal yaptırım sayısının artırılması gerekmektedir.

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

PS-002

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN MÜLTECİ ÇOCUKLAR

Yasin BULUT¹, **Semiha TERLEMEZ**², **Yavuz TOKGÖZ**², **Yasemin DURUM**³, **Ersen ERTEKİN**³,

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk Sağ. ve Hast AD

² Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk Sağ. ve Hastalıkları AD

³ Adnan Menderes Üniversitesi Radyoloji AD, AYDIN

Giriş - Amaç: Son dönemin en ağır insanî krizi olan Suriye krizi artık beşinci yılındadır. Yaklaşık on milyon Suriyeli yurtlarından edildi. Bu çatışmanın en büyük mağduru, şüphesiz, çocuklardır. Yaşamları, eğitimleri ve refahları olumsuz yönde etkilenmiş, büyük çoğunluğu komşu ülkelere kaçmak zorunda kalmıştır. En büyük problemleri temiz gıda, su ve hastalıklar ile mücadeledir.

Bu çalışmanın amacı, çocuk yoğun bakım ünitesine son üç ayda gastroenterit, dehidratasyon, beslenme yetersizliği, nöbet, enfeksiyon nedeniyle yatırılan biri Afgan diğerleri Suriye'li, kranyal görüntülemesinde patolojik bulgular saptanan beş çocuk hastanın muayene ve laboratuvar bulgularının geriye dönük olarak tartışılmasını sağlamak, kaynak kullanım durumunu tespit etmek ve hastanelerimiz için olası vaka yükünü öngörmektir.

Yöntem - Gereçler: Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun bakım ünitesine 1 Ocak - 1 Nisan tarihleri arasında yatan mülteci 5 olgu çalışmaya alındı. Olguların demografik verileri, klinik ve laboratuvar özellikleri, nöroradyolojik bulguları, uygulanan tedaviler ve yatış süreleri kaydedildi.

Bulgular

Hasta No	Yaş (ay)	Cins	Tanı	Fizik muayene	Laboratuvar	Nöroradyolojik bulgu	Mekanik ventilatör	Yatış süresi (gün)	Maliyet
1	1	k	Denizde boğulma	Dehidrate Şok	Asidoz	İskemi(+)	+	12	6.186
2	48	E	Rotavirus/FK	Dehidrate stupor	Hipernatremi, Asidoz, Üremi	Diffüzyon kısıtlaması	+	8	3.047
3	1	k	Hemolitik Üremik sendrom	Dehidrate Şok	Asidoz Trombositopeni Anemi, Üremi	İskemi(+)	+	23	13.198
4	26	k	Kafa travması, Solunum yetmezliği	Taşipne sol kolda tonus artışı, sol gözde içe kayma	Sol akciğer de kontüzyon	Subaraknoid ve intraventriküler kanama	+	12	11.660
5	4	e	Afebril Nöbet	Bilinç konfü	Anemi, Metabolik alkaloz	Diffüzyon kısıtlanması	-	11	9.753

Sonuç: Suriyeli mülteciler ciddi hastalıklar nedeniyle hastanelere başvurmakta ve durumları çok ağır olanlar çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılmaktadır. Bu konuda, Suriyeli mültecilerin daha yoğun yaşadıkları merkezlerden yapılacak çalışmalar, ulaşılan sonuçların konfirmasyonuna katkı sağlayacaktır. Bu insanların ve çocukların kayıt altına alınıp, primer koruyucu sağlık hizmetlerinden aktif olarak faydalanmalarını sağlamak ciddi hastalık geçirme oranlarını azaltacak ve aynı zamanda kendi çocuklarımızında bulaşıcı hastalıklardan etkilenmelerinin önüne geçilebilir olacaktır.

PS-003

SAĞLAM ÇOCUK POLİKLİNİĞİMİZDE TAKİP EDİLEN ÇOCUKLARIN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Burçin NALBANTOĞLU, Aşşın NALBANTOĞLU, Mustafa Metin DONMA
Namık Kemal Üniversitesi

Giriş - Amaç: Sağlam çocuk izlemi tüm çocukların büyüme ve gelişme takiplerinin yapıldığı, kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin erken dönemde tanınmasına imkan veren, aşı ve çocuk bakımı konusunda bilgilerin verildiği bir çocuk sağlığı izlemi hizmetidir. Çalışmamızda sağlam çocuk polikliniğimizde takip edilen çocukların ve ailelerinin özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Araştırma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi polikliniğine sağlam çocuk izlemi nedeni ile 2011 – 2015 tarihleri arasında başvuran çocukların kayıtlarının geriye dönük incelenmesi ile gerçekleştirildi. En az 1 ay arayla en az 3 kez izlemi olan 348 hasta araştırma kapsamına alındı. Her çocuğa ait yaş, cinsiyet, doğum haftası, doğum şekli, doğum tartısı, boyu ve baş çevresi, yaşayan kardeş sayısı, prenatal, natal ve postnatal öykü, ebeveyn yaşları ve meslekleri, sağlık durumları, akrabalık derecelerine ilişkin bilgiler kaydedildi.

Bulgular: Çocukların 187'si (%53,7) erkek, 161'i (%46,3) kızdı. Doğumların %34,6'sı normal doğum ile, %65,4'ü sezaryen yolla gerçekleşmişti. Term bebek sayısı 287 (%82,5) iken preterm doğum ise 61 (%17,5) idi. Erkeklerin ortalama yaşı 56,07±28,51, kızların ortalama yaşı 58,26±29,73 ay idi. Erkeklerin doğum ağırlığı ortalama 3007 ±787,16, kızların doğum ağırlığı ortalama 2810 ±726,54 idi. Düşük doğum ağırlığı (<2500 gr) olan bebek sayısı 27 idi. Sırasıyla erkeklerde ve kızlarda doğum boyu ortalama 49,75±3,62 ve 48,75±3,81, doğum baş çevresi ortalama 35,03±2,16 ve 34,94±1,83 idi. Akrabalık öyküsü 2 çocukta mevcuttu. 9 (%2,6) hastada ex kardeş öyküsü mevcuttu. Çocuk bakımı %48,7 oranında anne, %32,9 bakıcı, %18,4 oranında büyükanne tarafından sağlanmaktaydı. Çocukların 4'ünde (%1) konjenital anomali, 37'sinde (%9,6) kronik hastalık öyküsü mevcuttu. Sadece anne sütü alma süresi ortalama 3,64±2,42 ay, toplam anne sütü alma süresi ise 11,02±7,81 ay olarak saptandı. Ek gıdalara başlanma yaşı ortalama 5,71±2,32 ay idi. Ortalama anne yaşı 29±5, baba yaşı 31±5 idi. Annelerin %42'si ev hanımıyken, babaların tamamı çalışmaktaydı. Annelerin %8,3'ünde kronik hastalık öyküsü varken, babaların %4,3'ü kronik hastalığa sahipti.

Sonuç: Sağlam çocuk izlemi koruyucu hekimliğin en önemli bileşenlerinden biridir. Büyüme ve gelişmenin takibi, ayrıntılı özgeçmiş ve soygeçmiş ile oluşabilecek risklerin tanımlanması, patolojik durumların erken dönemde tanınmasına, morbidite ve maliyetin azaltılmasına neden olmaktadır. Ayrıca verilecek olan beslenme ve çocuk bakım desteği ile çocuğun potansiyeline ulaşmasına yardımcı olunmakta, kronik hastalığı olan çocukların takiplerinin daha düzenli olarak yapılarak yaşam kalitesinin artırılabilir.

PS-004

AKUT GASTROENTERİTLİ HASTALARDA PATOJEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan ONUR, Diyarbakır Memorial Hastanesi
Servet Külahçioğlu, Diyarbakır Memorial Hastanesi
Arzu Onur, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Bu çalışmada hastanemiz çocuk polikliniğine ishal şikayeti ile başvuran hastalarda rotavirus, adenovirus, Giardia, E. hystolytica sıklığının belirlenmesi ve etken dağılımlarının yaş, cinsiyet ve mevsimsel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında hastanemize ishal şikayeti ile başvuran 3993 hastadan AGE tanısı alan 278 olgunun 0-13 yaş arasındaki 148 erkek, 130 kız çocuktan elde edilen dışkı örnekleri çalışma kapsamına alınmıştır. Dışkı örnekleri hastanemiz merkez laboratuvarında çalışılmıştır. Taze dışkı örneklerinde rotavirus ve adenovirus antijenlerinin varlığı immünokromatografik test (VIKIA BioMerieux SA Rota-Adeno Fransa), giardia antijeninin varlığı immünokromatografik test (RIDA QUICK Giardia r-biophorm Almanya), E. hystolytica antijeninin varlığı immünokromatografik test (Simple Entamoeba operon İspanya) yöntemleri ile araştırılmıştır.

Bulgular: İncelenen 278 örneğin 2'sinde %0.7 bir ya da birden fazla viral antijen saptanmış; rotavirus ve adenovirus saptanma oranları sırasıyla; %7.9 (22/278), %0.3 (1/278) olarak belirlenmiştir. Erkek çocukların 148/12 %8.1' de, kız çocukların 130/13 %10'da bir ya da birden fazla viral antijen pozitif bulunmuştur.

Akut gastroenterit tanısı alan 278 olgumuzun yaş aralığı 1 ay ile 13 yaşları arasında değişmekteydi. Rotavirüs en düşük antijen pozitif hasta 1 aylıktır. İki hastada %0.7 ise, rotavirus ve adenovirus antijenleri birlikte saptanmıştır. Rotavirus saptanan olguların aylara göre dağılımları incelendiğinde, 0-12 aylık (n= 8) %2.9, 13-24 aylık (n= 3) %1.1, 25-36 aylık (n=6) %2.2, 37-48 aylık (n= 3) %1.1, 49-72 aylık (n= 1) %0.4 ve 73 ay ve üzeri çocuklarda (n= 1) %0.4 olarak belirlenmiştir.

Bu oranlar adenovirus için 24 aylık tek olguda %0.4 olarak bulunmuştur. Rotavirus ve adenovirus birlikte pozitifliği, 0-12 ay 1,13-24 ay 1 olmak üzere toplam 2 hastada %0.7 olarak saptanmıştır. Entamoeba hystolytica için, 0-12 aylık çocuklarda (n= 2) %0.7, 13-24 aylık çocuklarda (n= 1) %0.4, 49-60 ay arası (2) %0.7 olarak bulunmuştur.

Giardia pozitifliği, 0-12 aylık çocuklarda (n= 5) %1.8, 13-24 aylık çocuklarda (n= 4) %1.4, 25-36 aylık çocuklarda (3) %1.1, 37-48 aylık çocuklarda (n= 1) %0.4, 49-60 aylık çocuklarda (n= 2) %0.7 ve >60 aylık çocuklarda (n= 1) %0.4 olarak saptanmıştır. Tablo.1

Viral antijenlerin mevsimsel dağılımları incelendiğinde rotavirus antijeni pozitif olgu sayısında sene sonu ve ilkbahar başında artış izlendiği, Adenovirus antijenleri ile mevsimler arasında değişiklik saptanmadığı belirlenmiştir.

Giardia ve entamoeba hystolytica antijenlerinin mevsimsel dağılımları incelendiğinde giardia antijen pozitif olgu sayısının yazın arttığı amip antijen pozitifliğinin mevsimsel farklılık göstermediği belirlenmiştir

Sonuç: Her yıl dünyada beş yaş altı çocuklarda 1.4 milyar ishal olgusu görülmekte 1.29 milyarı evde iyi bakımla düzelerken, 124 milyonu ayaaktan tedavi edilmekte, 9 milyon olgu hastaneye yatırılmakta ve yaklaşık 2.1 milyon olgu ise ishal nedeni ile kaybedilmektedir. Etiyolojiye yönelik yapılan çalışmalar hastalığın tedavisi ve prognozu bakımından son derece önemli olup, etken patojenin saptanması gereksiz antibiyotik kullanımını sınırlandırmaktadır

PS-005

GEÇİCİ HİPERFOSFATAZEMİLİ 43 BEBEK VE ÇOCUĞUN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

Bahar ÇUHACI ÇAKIR¹, Ceyda TUNA KIRSAÇLIOĞLU², Emine KAYGI TARTICI³, Fatma DEMİREL⁴

¹ Bahar Çuhacı Çakır; Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Sağlam Çocuk Bölümü, Uzman Doktor

² Ceyda Tuna Kırsacıoğlu; Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenterolojisi Bölümü, Uzman Doktor

³ Emine Kaygı Tartıcı; Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzman Doktor

⁴ Fatma Demirel; Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi Bölümü, Profesör Doktor

Giriş - Amaç: Geçici hiperfosfatazemi (GH) 5 yaşın altında, karaciğer ya da kemik hastalığına dair herhangi bir bulgusu olmayan çocuklarda, serum alkalin fosfataz (ALP) düzeylerinin yükselmesi ve 12-16 hafta içinde kendiliğinden normal düzeylere inmesidir.

Bu çalışmanın amacı; Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran hastalarda, geriye dönük olarak, GH'yi tanımlamak ve sıklığını belirleyerek literatürü gözden geçirmektir.

Yöntem - Gereçler: Son 3 yıl içinde, herhangi bir nedenle hastanemiz Sağlam Çocuk Polikliniğine başvurmuş, rutin tarama yada basit şikayetler için kan örnekleri alınan, ALP düzeyleri yaş ve cinsiyete göre yüksek olan 5 yaş altındaki çocukları, geriye dönük olarak taradık. Kronik bir hastalığı olan ve serum ALP düzeylerini etkileyecek ilaç kullanan çocuklar çalışma dışı bırakıldı. Serum ALP düzeyi yüksek saptanan 43 çocukta, mevsimsel değişiklikleri, yaş dağılımını ve cinsiyet farklılıklarını araştırdık.

Bulgular: Yaş ortancası 3 (1-60) ay olan toplam 43 hastanın %55.8'i kızdı (n=24). Kilo, boy ve fizik muayeneleri normal bulunan hastaların, özgeçmiş ve soygeçmişlerinde özellik yoktu.

Hastaların, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal bulundu. Serum 25-hidroksi vitamin D düzeyleri bakılan 22 hastada (%51.1) normal sınırlarda bulundu (38.2±10.6 ng/ml).

Ortanca serum ALP level düzeyi 1230 IU/L (Min-Max:1038-3135 IU/L) ve üst sınırın 3.33±1.04 (2.47-7.46) katı kadar yüksek bulundu. Serum ALP düzeylerinin 2.5 ± 1.1 ayda normal düzeylere indiği saptandı.

Geçici hiperfosfatazemi saptanan çocukların %90.7'si 1 yaş altında idi.

Geçici hiperfosfatazemi, en sık kış aylarında (%34.9) saptanırken, en az ilkbaharda (%14) saptandı.

Sonuç: Geçici hiperfosfatazemi (GH), 5 yaş altı çocuklarda, karaciğer ve kemik hastalığı olmaksızın, serum ALP düzeylerinin geçici olarak 3-50 kat artışı ile karakterize, selim bir durumdur. Sıklığı, %1.5-5.1 arasında değişen, GH'in ortalama görülme yaşı 18 ay olarak belirtilmiştir. Özellikle sonbahar ve kış aylarında GH'nin görüldüğünü bildiren çalışmalar olduğu gibi ilkbahar ve sonbahar aylarında pik yaptığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda da anlamlı farklılık olmamakla birlikte, GH'li olguların daha çok kışın görüldüğü saptanmıştır.

Çoğunlukla, GH, alta yatan bir hastalık olmadan görülürken (%87), başta viral enfeksiyonlar olmak üzere, lösemi ve lenfomalı çocuklarda, kemoterapi ve organ transplantasyonları sonrası ve ko-trimaksazol, albumin ve siklosporin A gibi ilaçların kullanımı sırasında da geçici ALP yüksekliği bildirilmiştir.

Kemik döngüsünün süresiyle ilişkili olarak, GH, 4-6 ayda normal düzeylere iner. Bizim çalışmamızda, GH'nin normale dönme süresi çalışmalara göre daha kısa bulunmuştur. Bunu da, vakaların çoğunlukla tesadüfen saptanmasına bağladık.

Sonuç olarak; GH, geçici, selim seyirli ve kendini sınırlayan bir durumdur. Klinik ve laboratuvar bulgusu olmayan, izole ALP yüksekliği durumunda, GH'nin akla gelmesi, hastalara gereksiz ve pahalı birçok tetkikin yapılmasına engel olacaktır.

PS-006

OKUL VE ADOLESAN: OKULDA SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Özgün AKBAŞ¹, Melike Naz KÜÇÜKOĞLU¹, Emre OZAR¹, Beyhan Berna SARI¹, Güşta UYSAL¹, **Serpil UĞUR BAYSAL2**

¹Dokuz Eylül Üniversitesi(DEÜ) Tıp Fakültesi Dönem III ÖÇM Grubu Öğrencileri

²Danışman Öğretim Üyesi, DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde denetimlerini artırmaları, sağlıklarını koruma ve iyileştirme yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam biçimlerini değiştirme sürecine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır. 'Sağlığın Geliştirilmesi' çalışma alanlarında -adolesan sağlığı, ağız-diş sağlığı, tütün-alkol kullanımı, sağlığı teşvik eden okullar, vb.-öncelikli sorunların ve grupların belirlenmesi esastır. Girişimler, ilköğretim ve gençlik çağında başlatılır, sosyal, politik düzenlemelerle korunur. İnsan yaşamı içinde '**Okul Çağı**' sağlık açısından özel bir dönemdir. Ülkemizde, okullarda sağlık eğitimi konusunda yapılan araştırmalar ve etkinlikler giderek artan bir ilgi alanıdır. Bu projenin amacı, lise öğrencilerine sağlığı geliştirmenin temel konularında bilgi vermek, gençlerin farkındalık ve bilgi kazanmalarını sağlamak yoluyla sağlıklarını geliştirmelerine katkıda bulunmaktır.

Yöntem - Gereçler: Sosyal Sorumluluk alanındaki Projemiz'in başında, danışman öğretim üyesi tarafından 'Okullarda Sağlığı Geliştirme' eğitimleri verildi; ilgili yayınlar, sunumlar incelendi; düzenli yaptığımız toplantılarda tartışıldı. DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Tıp Eğitimi Anabilim Dalları'nın önceki deneyimlerinden yararlanılarak Narlıdere İlçesi'nde bir lise belirlendi. Tıp Fakültesi Dekanlığı aracılığıyla, Narlıdere İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı onay alındı(14 Ocak 2016).Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Araştırmalar(GOA)Etik Kurulu'ndan izin alındı(Protokol No:2517-GOA, Karar No: 2016/06-29, 03. 03. 2016). Okul yönetimi ile tanışma toplantısı yapılarak amaç ve hedefler yöneticilere aktarıldı. ÖÇM saatleri içinde konu paylaşımı yapıldı. Sigara, alkol ve madde bağımlılığı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, yaralanmaların önlenmesi ve ilk yardım konularında kaynaklar tarandı; power point sunumlar hazırlandı. ÖÇM için ayrılan saatlerde, Rasim Önel Mesleki ve Teknik Lise'de, 120- dokuzuncu sınıf öğrencisine, okulun konferans salonunda, danışman öğretim üyesinin eşliğinde her biri birer ders saati süren sunumlar yapıldı. Öğrenci sayısının çokluğu nedeniyle öğrenciler iki gruba ayrılarak eğitimler tekrarlandı. Okul yönetimi tarafından, sigara ve madde kullanımı konusunda uyarı yapıldığı için, sigara, alkol ve madde bağımlılığı konularında titiz bir çalışma yürütüldü. Video sunumları da yapılarak öğrencilerin yorumları, sunum sırasında ve sonrasında soruları alındı.

Bulgular: Öncelikle, sağlığı geliştirme konularında bilgi, beceri, tutum ve rehberlik yetisi kazandık. Öğrencilere sağlığı geliştirme konularında bilgi verip bilinç düzeylerini artırdık. Öğrencileri soru sormaya ve katkı yapmaya özendirerek onları değerlendirme fırsatı bulduk. Çalışmanın sonunda okul yönetimi tarafından her birimize teşekkür plaketi verildi.

Çalışmanın üstünlükleri: Sunumlarımızı özenle hazırladık; böylece, öğrencilerin ilgisini çekmeyi başardık, birçok öğrencinin aktif katılımını sağlamış olduk. Müfredatta sağlık konularında eksik olabilecek yönlerde katkı sağladığımızı düşünmekteyiz. Okul yöneticileri memnuniyetlerini belirttiler.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Okulun konferans salonu 60 kişilik olduğu için aynı eğitimi iki kez tekrarlamamız gerekti.

Sonuç: Ülkemizde, lise çağındaki gençlerin sağlıklarını koruyabilmeleri ve geliştirebilmeleri için, beklentisel rehberliğe gereksinimleri vardır. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları okulda geliştirilebildiğinden okullarda sağlık eğitimine önem verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Okul sağlığı, adolesan, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi

PS-007

ICAST- R, ULUSLARARASI ÇOCUK İSTİSMARINI SORGULAMA- RETROSPEKTİF YÖNTEMİ İLE 2014- 2015 EĞİTİM- ÖĞRETİM YILINDA, TIP FAKÜLTESİ DÖNEM I ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUK İSTİSMARI YAYGINLIĞININ BELİRLENMESİ

Erdem Şimşek¹, **Serpil UĞUR BAYSAL**²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri BD

Giriş-Amaç: Çocuk istismarı ve ihmali, tüm sosyoekonomik düzeylerde, ırksal, etnik/kültürel gruplarda, tüm dinlerde görülebilen yaygın bir sorundur. İstismar, bir çocuğun, bakımını sağlayan bireyin (örneğin: anne-baba, yasal koruyucu, öğretmen, bakıcı, vd) kasıtlı oluşturduğu, vücut/ doku bütünlüğünün bozulması, ruhsal sorunlar, engellilik, ya da ölüm riskine yol açan fiziksel ya da duygusal yaralamadan etkilenmesidir. İhmal, temel gereksinimlerinin karşılanmaması nedeniyle çocuğun, fiziksel, ruhsal, duygusal yönlerden tehlikede olduğu durumdur. Ülkemizde çocuk istismarının ve ihmalinin yaygınlığını bildiren kesin veri bulunmamaktadır. Önceki çalışmalar, yaygınlığın, fiziksel istismar için %30-35, cinsel istismar için %4-18 arasında olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, Tıp Fakültesi Dönem I Öğrencilerinde 18 yaşından önce istismarın yaygınlığını belirlemeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Uluslararası Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği- ISPCAN tarafından hazırlanan, 'ICAST- R, Uluslararası Çocuk İstismarının Taranması- Genç Erişkinler İçin Retrospektif Ölçeği' Türkçe Versiyonu kullanılarak Tıp Fakültesi Dönem I öğrencilerinde 18 yaşından önce istismara uğrama yaygınlığı araştırıldı. Çalışma öncesi ISPCAN'dan izin alındı. Yerel Etik Kurul izni alındı. Sonuçlar, ISPCAN ve ÇİİÖ (Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme) Derneği ile paylaşıldı.

Bulgular: Ölçeği tam olarak yanıtlayan 173 öğrencinin %51,4'ü 18 yaşından önce fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar türlerinin en az biri ile karşılaştığını bildirdi. Fiziksel, cinsel, duygusal istismara uğrama oranları, sırası ile, % 23,1; % 11.0; % 40,5 olarak belirlendi. 18 yaşından önce en az bir tür istismara uğrama, fiziksel istismara, duygusal istismara uğrama ile erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Cinsel istismara uğrama ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çocuk istismarının yaygınlığının ve risk etkenlerinin belirlenmesi, duyarlılığın ve farkındalığın artırılması için önem taşımaktadır. Ülkemize ait güvenilir verinin elde edilebilmesi için bu alanda yapılacak pek çok çalışmaya ve uluslararası kabul görmüş tarama yöntemlerinin kullanılmasına gereksinim vardır. Çocuğa sağlık hizmeti sunan tüm çalışanların istismarı ve ihmali ayırt etmede ve bildirmede önemli sorumlulukları olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk istismarı, ihmal, genç erişkin, ICAST-R, ISPCAN, ÇİİÖ Derneği, yaygınlık

PS-008

İNFAİTİL KOLİKLİ BEBEKLERDE FEKAL KALPROTEKTİN DÜZEYLERİ

Nalan KARABAYIR¹, Gülbin GÖKÇAY, Tülin ÖZDEN

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Doğumu izleyen ilk üç ayda aşırı ağlama çok sık rastlanan bir yakındır. İlk üç ay kolikliği” adı verilen bu durum bebeklerin % 5-25’inde görülür. Kolikum infantum ilk kez 1954 yılında Wessel ve ark. tarafından üç haftadan fazla, haftada en az üç gün, günde üç saati aşan huzursuzluk ve ağlama nöbetleri olarak tanımlanmıştır. Kolikum infantumu açıklamaya yönelik çeşitli teoriler öne sürülmüş, ancak etiyojji kesin olarak aydınlatılmamıştır. Kolik, normal ağlamanın üst ucu olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda intestinal mikrobiotadaki değişikliklerin kolikğe neden olabileceği ileri sürülmektedir. Barsak inflamasyonunu gösteren fekal kalprotektin ölçümü kolik tanısında yardımcı olabilir. Amaç: Çalışmamızın amacı dışkıda kalprotektin düzeylerinin ölçülerek kolik ile intestinal inflamasyon ilişkisinin araştırılması, böylece infantil kolikte gereksiz tetkik ve müdahalelerin yapılmasını önleyebilecek yaklaşımlar geliştirebilmektir.

Yöntem - Gereçler: Medipol Mega Üniversite hastanesi Genel Pediatri Polikliniğinde yapılan çalışmada 1-3 ay arası infantil kolikli 35 bebek (çalışma grubu) ile kolikği olmayan 35 bebek olmak üzere toplam 70 bebeğin dışkıda kalprotektin düzeyleri İU Çocuk Gastroenteroloji Laboratuvarında PhilCalpro kiti kullanılarak Elisa yöntemiyle ölçüldü.

Bulgular: Çalışma ve kontrol grubu bebekleri doğum tartısı, cins, doğum şekilleri, beslenme biçimleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında fark saptanmadı. Çalışma grubunda kalprotektin düzeyleri anlamlı derecede yüksek olup, hepsinde fekal kalprotektin düzeyleri >250 µgr/g bulundu. Çalışma grubunun median FK değeri 651 µgr/g kontrol grubunun median değeri ise 354 µgr/g ölçüldü. Kalprotektin düzeyleri 350 µgr/g ’den yüksek ve düşük olan olgular arasında doğum tartısı, cins, doğum şekli, beslenme biçimi ve probiyotik kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı. Takipte kontrol grubunda 4, çalışma grubunda 3 bebekte besin alerjisi semptomları ortaya çıktı.

Sonuç: Sonuç olarak, infantil kolikli bebeklerde dışkıda kalprotektin düzeylerinin yüksek olması etiyojide intestinal inflamasyon varlığını düşündürmektedir. Kalprotektin değeri düşük çıkan bebekler etiyojjiye yönelik testler yapılması düşünülebilir.

PS-009

NÖBET GEÇİREN BİR SÜT ÇOCUĞU: B12 EKSİKLİĞİ OLABİLİR Mİ?

Nalan KARABAYIR¹, Zeynep ARI, Pınar YAMAÇ DİLAVER

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Vitamin B12 eksikliği, çocukluk çağında çoğunlukla alım eksikliğine bağlı görülen en sık megaloblastik anemi nedenidir. Başta hematolojik ve nörolojik sistem olmak üzere çeşitli sistemleri etkileyebilen bu vitaminin süt çocuklarında eksikliği; anemi, pansitopeni, dışımda iritabilite, etrafla ilgisizlik, hipotoni, tremor, apati, iştahsızlık, gelişimsel gerileme gibi bulgularla seyredebilir.

Bulgular: Olgu: İki aylık erkek bebek yarım saat içinde 5 kez tekrarlayan halsizleşme, gevşeme şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Bir gün önce aynı şikayet nedeniyle dış merkezde takip edilen hastaya fenobarbital tedavisi önerilmiş, henüz başlanmamıştı. Fizik muayenesinde hipotonik ve soluk olan bebeğin etrafla ilgisi azdı. Sistem bulgularında özellik saptanmayan bebeğin laboratuvar tetkiklerinde WBC: 7130, RBC: 3.17 10⁶, HGB: 10.6 gr, HCT: % 29.9, MCV: 94.3, MCH: 33.4, PLT : 480 bin/ml, amonyak: 55.8µgr/dl, kan şekeri:108mg/dl, Ca:10,2 mg/dl, Mg:2,1mg/dl Na:136 mEq/l, K:3,7mEq/l saptandı. Yatışının ilk gününde birkaç saniye süren tüm vücudunda gevşeme ve yüzünde soluklaşma tarzında nöbet geçirdiği görülen hastanın çekilen kranial USG ve EEG normal bulundu. Kardiyolojik açıdan değerlendirilen hastanın ekokardiografisinde VSD ve PFO saptanırken, holter EKG özellik saptanmadı. Günde 1-2 kez aynı tip atakları devam eden hastanın gönderilen kontrol hemogramda MCV'si 93.6 bulunması üzerine istenen B12 düzeyi 219.9 pg/dl, homosistein: 9.2 µmol/ml (N:3.3-8.3) saptandı. Annesinin B12 düzeyi de 186 pg/dl ölçülen hastaya 100 mcg/kg/gün B12 IM başlandı. Tedavi başladıktan sonra atakları kaybolan bebek, tedavisi düzenlenerek yatışının 7. gününde taburcu edildi. 1 hafta sonra yapılan kontrolünde nöbet geçirmediği, 1 ay sonraki kontrolünde ise hipotonisitesinin azaldığı saptandı.

Sonuç: B12 eksikliği özellikle sütçocuklarında apati, hipotoni, gelişme geriliği, konvulziyon gibi değişik nörolojik semptomlarla ortaya çıkabilir. Bu tür semptomlar varlığında anemi olmasa da B12 eksikliği akla gelmelidir. Sütçocukluğu döneminde ortaya çıkan eksikliğin önemli bir nedeni annede B12 eksikliği olduğundan, gebelikten itibaren anneler hayvansal gıda tüketmeye dikkat etmeli, gerekiyorsa B12 desteği yapılmalıdır.

PS-010

SAĞLIKLI ÇOCUK İZLEMİNDEKİ BEBEKLERİN BESLENME EĞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Seda TOPÇU¹, Filiz ŞİMŞEK ORHON, Betül ULUKOL, Sevgi BAŞKAN

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Anne sütü destekleme projelerinin uygulamaya girmesi ve anne sütü ve ek besinler konusundaki yaklaşımların yıllar içinde değişmesi ile günümüz çocuklarında geçmişe göre farklı beslenme özellikleri saptanmaktadır. Bu çalışmanın amacı; sağlıklı çocuk izlem polikliniğinde izlenen çocukların ebeveynlerinin beslenme eğilimlerinde yıllar içinde olan değişimleri belirlemektir.

Yöntem - Gereçler: Bilim Dalımız sağlıklı çocuk izlem polikliniğinde 1996-1997 arasında 0-24 aylık olan 357 bebeğin (Grup1), aynı poliklinikte 2001-2006 yıllarında izleme gelen 6-24 ay arasındaki 486 bebeğin (Grup2) ve 2016 yılında izlenen 0-24 aylık 75 bebeğin (Grup3) beslenme özelliklerinin belirlendiği bir pilot araştırmanın sonuçları sunulmaktadır.

Bulgular: Araştırmamıza 2016 yılında alınan 75 çocuğun yaş ortalaması $11,3 \pm 6,2$ ay olup %53,3'i erkek, %46,7 kız idi. Grup 1'deki çocukların anne sütü alma süresi ortalama $8,0 \pm 3,6$ ay iken, Grup 3'te bu süre ortalama $14,2 \pm 1,5$ ay idi. İlk 6 ay sadece anne sütü alma sıklığı Grup 1'de %26,8, Grup 2'de %33,1 ve Grup 3'te %68 olarak bulunmuştur. Ek besinlere başlama yaşı Grup 1'de $3,8 \pm 1,4$ ay, Grup 2'de $4,26 \pm 1,9$ ay, Grup 3'te $5,3 \pm 1,9$ aydır. İlk 3 ayda ek besin verme sıklığı Grup 1'de %27,5, Grup 2'de %21,7 iken Grup 3'te %15,7'dir.

Sonuç: Sağlıklı çocuk izleminde anne sütünün desteklenmesi ve ek besinler konusundaki eğitimlerin yapılması, emzirmenin devamı ve uygun ve zamanında ek besin verilmesinde olumlu değişikliklere yol açmıştır. Günümüzde sağlıklı çocuk izlemleri, tek başına anne sütü verme süresinin yetersiz olduğu annelere başta olmak üzere bütün ebeveynlere verilebilecek anne sütü ve beslenme eğitimi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelime: Sağlıklı çocuk, izlem, anne sütü, beslenme

PS-012 MASAJ SONRASI GELİŞEN BİR NEONATAL MASTİT OLGUSU

Tolga İNCE¹, Ali KANIK, Kayı ELİAÇIK, Özlem ÇAYAN, Elif Perihan ÖNCEL

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Pediatri B.D.

Giriş - Amaç: Yenidoğan döneminde meme dokusu enfeksiyonu sık görülen bir durum değilken, geçici meme dokusu hipertrofisi intrauterin dönemde anneden geçen hormonların etkisi ile sıklıkla görülebilmektedir. Ülkemizde genellikle aile büyükleri tarafından bu durum bir hastalık gibi algılanmakta ve meme üzerine para koyma, meme dokusunu sıkma veya masaj uygulama gibi yöntemlerle sorun çözülmeye çalışılmaktadır. Bu uygulamalar mastit ve meme apsesi riski taşımaktadır.

Bulgular: OLGU: Otuz beş günlük erkek bebek sol memede şişlik ve ısı artışı şikâyeti ile genel pediatri polikliniğine getirildi. Prenatal ve postnatal öyküsünde özellik belirtilmedi. Bir hafta önce sol memesinde şişlik başladığı, babaannenin “cadı sütü birikmiş” diyerek sol memeyi sıkacağı ve masaj uyguladığı öğrenildi. Daha sonra sol memedeki şişliğin arttığı ve kızarıklığın başladığı bildirildi. Bebeğe ateş yüksekliği olmadığı ve ailenin herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Fizik bakısında genel durumu iyi, yenidoğan refleksleri canlı olan olgunun, sol meme dokusu boyutları artmış (2x2 cm) ve fluktuasyon veren kitle halini almış, kızarıklık ve ısı artışı mevcuttu (Resim 1). Diğer sistem muayeneleri normal idi. Neonatal mastit düşünülen olgunun apse drenaj materyalinden yapılan yaymasında bol PNL ve gram boyamada küme yapan Gram (+) koklar görüldü. Hastanın apsesi drene edildi ve antibiyotik tedavisi (sulbaktam-ampisilin) başlandı. Apsel materyalinden yapılan kültürde metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* üremesi saptandı. Tedavisi 10 güne tamamlanan izleminde sorun olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Nadir görülen neonatal mastit en sık yaşamın ilk 6 haftasında, term bebeklerde ve genellikle tek taraflı görülür. Etkilenen memede şişlik, kızarıklık ve ısı artışı neonatal mastitte en sık görülen klinik bulgulardır. Nadiren meme başından akıntı gözlemlenebilir. Ultrasonografi, mastitin göğüs apsesinden ayırımında ve tedaviyi yönlendirmede yardımcı bir metot olarak kullanılabilir. Bu olgu ülkemizde gelişmiş ülkelere göre daha sık görülen, infant döneminde ciddi komplikasyonlara, ileri yaşlarda ise meme dokusu atrofisine ve kozmetik sorunlara yol açabilen neonatal mastiti bir olgu nedeni ile tekrar hatırlatmak amacı ile rapor edilmiştir.

Anahtar Kelime: Yenidoğan, mastit, masaj

PS-013

DÜŞÜK GELİR DÜZEYİNE SAHİP BİR BÖLGEDE ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENME YAŞANTILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Medine Aysin TAŞAR, Çağatay ÖZCAN, Rukiye ÜNSAL SAÇ
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş - Amaç: Bu çalışma, Ankara'da düşük gelir düzeyine sahip ergenlerin çocukluk çağı örselenme yaşantılarını ve bunu etkileyen sosyodemografik özellikleri saptamak amacı ile düzenlendi.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada, Nisan 2013-Temmuz 2014 tarihleri arasında çocuk polikliniklerimize başvuran, herhangi bir sağlık sorunu olmayan, 14-18 yaş arası 1007 ergen çalışmaya alındı. Çocuk ve ergenlerin istismarını saptamak amacıyla 18 yaşından önceki örselenme yaşantılarını taramaya yönelik geçerlik ve güvenilirliği yüksek olan 'Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği' (ÇÖYÖ) kullanıldı. Ayrıca, çalışmada sosyodemografik nitelikler hakkında veri toplamak için 'Kişisel Bilgi Formu' kullanıldı. Uygulama sırasında, ergenlere içten ve samimi bir şekilde cevaplamaları ve verdikleri cevapların gizli kalacağı belirtildi. Ölçekten alınan puanların yüksek olması olumsuz olarak nitelendirildi.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortancası 16 yıl (14-18), %62,3'ü kız ve tamamının gelir düzeyi düşüktü. Geniş ailede yaşayanlar ve babası sağ olanlarda ÇÖYÖ puanları yüksek iken ($p<0,05$), ailesinde sevgi ve huzur ortamı olanlarda düşük saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Örselenme yaşantılarını öngörmede kullanılan ÇÖYÖ'den alınan puanlar ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre bölgemizdeki ergenlerde daha yüksek saptandı. Özellikle babaları hayatta olan ve geniş ailede yaşayan çocukların örselenme yönünden riskli oldukları görüldü. Bu nedenle gelir düzeyi düşük olan bölgede yaşayanların, babaların ve aile büyüklerinin eğitiminin çocukların örselenmesini azaltmada çok önemli olacağını düşünmekteyiz. Bölgemizdeki ve diğer benzer özellikleri taşıyan bölgelerde yaşayan ailelerin yaygın ve güçlü eğitiminin, iyi bir sosyal destek sisteminin olmasının, çocukları örselenmekten ve bunun uzun dönem etkilerinden koruyacağını düşünmekteyiz. Çalışmamız, ülkemizde ergenlerde ÇÖYÖ kullanılarak örselenme yaşantılarının değerlendirildiği ilk çalışmadır.

Anahtar Kelime: Ergen, çocuk örselenmesi, ekonomik düzey

PS-014

ULUSAL AŞI PROGRAMINDA BULUNMAYAN AŞILAR HAKKINDA HEKİMLERİN TUTUMLARI

Tülin ÇATAKLI¹, Aysu DUYAN ÇAMURDAN², Fatma Nur BARAN AKSAKAL³, Ahmet Enes GÜVEN³, Ufuk BEYAZOVA⁴

¹Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Emekli Öğretim Üyesi, Ankara

Giriş - Amaç: Ankara merkez ilçelerde görev yapan aile hekimleri ve çocuk sağlığı hastalıkları uzmanı hekimlerin Ulusal Aşı Programı (UAP)'da bulunmayan rotavirüs, insan papilloma virüs (HPV), konjuge meningokok(KMA4) ve ergen-erişkin boğmaca (Tdap) aşıları hakkındaki tutumlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: Araştırmada, rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 300 aile hekimi ve 230 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına anket yöntemi kullanılarak sorular sorulmuştur. Veriler SPSS 15,0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin hastalarına en fazla önerdikleri(%60,5) ve ulusal aşı takvimine eklenmesini en çok istedikleri (%48,5) aşının rotavirüs aşısı olduğu saptanmıştır. Hekimlerin hastalarına en az önerdikleri (%24,1) ve ulusal aşı takvimine eklenmesini en az istedikleri(%19,6) aşı ergen-erişkin boğmaca aşısıdır. Çocuk hekimleri rotavirüs, konjuge meningokok ve ergen-erişkin boğmaca aşılarını aile hekimlerinden daha fazla önermektedir(p<0,05). Rotavirus ve HPV aşısı önermeyen hekimlerin ortak gerekçeleri aşının pahalı oluşu" iken(%87,5, %96,7), KMA4 ve Tdap aşısı önermeyen hekimlerin ortak gerekçeleri "bu hastalıkların ülkemiz için öncelikli sağlık sorunu olmadığı"(%54,0, %90,4)'dır.

Sonuç: Hekimler UAP' da bulunmayan aşıları önermektedir. Çocuk hekimleri ulusal aşı programında aşıları daha fazla önerme eğilimindedir. Hekimlerin söz konusu aşıları önermemelerindeki ortak gerekçeleri; aşıları pahalı bulmaları ve bu aşıların ülkemizin öncelikli sorunu olmadığını düşünmeleridir.

Anahtar Kelime: Aşı, hekim, tutum, ulusal aşı programı

PS-015

SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİNDE D VİTAMİNİ PROFLAKSİSİ NE KADAR DOĞRU KULLANILIYOR YA DA KULLANILMIYOR?

Pınar YILMAZBAS

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: D vitamini kemik metabolizması, kalsiyum ve fosfor homeostazı ve immün sistemin düzenlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. D vitamini büyük oranda güneş ışınlarına maruz kalınmak sureti ile vücut tarafından sentezlenmektedir, ayrıca yağlı balıklar, karaciğer, kırmızı et, yumurta ve d vitamini ile zenginleştirilmiş besinlerde de bulunmaktadır. Ancak sadece besinler yolu ile günlük d vitamini ihtiyacının karşılanması mümkün olmamaktadır. Bu nedenle yeterli düzeyde güneş ışınlarından yararlanmayan kişilere tüm yıl boyunca, sadece yazın güneş ışınlarından faydalanabilenlere de kış aylarında d vitamini takviyesi önerilmektedir.

Anne sütü ile beslenen süt çocukları d vitamini kaynağı olarak annenin d vitaminine bağımlıdır. Bu nedenle de d vitamini düzeyi düşük olan annelerin süt çocuklarında d vitamini proflaksisi yapılmazsa d vitamini eksikliği ve rikets görülebilmektedir. Şu anki kanıtlar d vitamini eksikliği açısından risk altında olan süt çocuklarına d vitamini takviyesi yapılmasının riketsi önleyebildiğini göstermektedir. Sıfır-oniki aylık çocukların günlük d vitamini gereksinimi 400 iÜ veya 8,5 mcg'dır.

TC Sağlık Bakanlığı Mayıs 2005 tarihinden itibaren, d vitamini yetersizliğinin önlenmesi ve kemik sağlığının korunması amacı ile, hayatın ilk haftasından itibaren beslenme tarzı ne olursa olsun tüm süt çocuklarına en az 1 yaşına kadar 400 iÜ/gün d vitamini takviyesi önermektedir. Bu çalışmanın amacı Sağlık Bakanlığı'nın 10 yılı aşkın süredir uyguladığı d vitamini proflaksisinin pratikte ne kadar doğru uygulanabildiğini değerlendirmek, aksaklıklar varsa bunları saptamak ve gerekli düzenlemeler yapılması için önerilerde bulunmaktır.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2016 - Mart 2016 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne başvuran 0-12 aylık 370 süt çocuğunun anneleri çalışma popülasyonunu oluşturmuştur. Annelere bebeklerine d vitamini takviyesini hangi tarihten itibaren, hangi dozda ve ne sıklıkta kullandıkları sorusu yöneltilmiştir. Elde edilen veriler excell dosyasına kaydedilmiştir.

Bulgular: 370 vakanın 10'u d vitamini proflaksisini hiç kullanmamış, 360 vakanın 342'si sadece d vitamini, 18'i multivitamin ile birlikte d vitamini kullanmıştır. Vakaların 352'si proflaksiye bebek 15 günlük olduktan sonra başlamıştır. Vakaların 22'si d vitamini baştan itibaren 5 damla/gün kullanmış, 6 vaka 1 veya 2 damla/gün kullanmış, 2 vaka güneşini 3 damla/gün kullanmıştır. Vakaların 7'sinin fontanelinin geniş olduğu gerekçesi ile aile sağlığı merkezi hemşiresi tarafından kullandığı d vitamini dozu 6-8 damla/gün'e çıkarılmış, vakaların 6'sının fontanelinin küçük olduğu gerekçesi ile kullanmakta olduğu d vitamini kesilmiştir. Vakaların 7'sinin kullandığı d vitamini dozu ayı arttıkça her ay 1 damla artırılmıştır. Vakaların 3'ünün kullandığı d vitamini dozu vakanın kilo artışına göre artırılmıştır. Vakaların 2'sinin annesi, yararlı olduğu düşüncesi ile kendi d vitamini dozunu 2 katına çıkarmıştır. Vakalardan 1 tanesi ise vitaminin içinde paraben olduğunu duyduğu için vermeyi kesmiştir. Sonuç olarak 370 vakanın 304'ü(%82,2) d vitamini 3 veya 4 damla/gün olacak şekilde uygun dozda kullanmış, 66(%17,8) vaka yanlış kullanmıştır.

Sonuç: TC Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılından itibaren uyguladığı d vitamini proflaksisinde hala yanlış uygulamalar mevcuttur. D vitamini proflaksisine başlanması için 15 gün beklenmesi gerekmemektedir ancak pratikte çoğunlukla beklendiği gözlenmiştir. Vakaların fontanel çapına, ayına ve kilosuna göre d vitamini dozunun artırılıp azaltılması yanlıştır ve bu uygulama çocuğa zarar vermektedir. Bu uygulamaları öneren kişi sıklıkla aile sağlığı merkezi hemşireleri daha az sıklıkla da aile hekimleri ve pediatri uzmanlarıdır, ve bu uygulamalar bilgi eksikliği veya yanlış bilgidan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle de çocuk sağlığı ile uğraşan tüm sağlık personelinin bu konuda eğitilmesine devam edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelime: D vitamini proflaksisi, süt çocuğu

PS-016

PSİKOJENİK KUSMAYA İKİNCİL AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA İZLENEN ADOLESAN GEBE HASTA

Hande KANDEMİR¹, Damla MUTLU², Necla İPAR², Tuğba MUTLUER³, Demet DEMİRKOL⁴

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Koç Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

³Koç Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Birimi

⁴Koç Üniversitesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş - Amaç: Dünya sağlık örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasını adolesan dönem olarak kabul eder. Adolesan gebelik bu yaşlar arasında olan kızların gebeliği olarak tanımlanır. Adolesan gebelik, doğurganlık yaşla birlikte hızla artış gösterdiğinden sıklıkla 15-19 yaş arası görülür. Düşük sosyo ekonomik düzey, eğitimsizlik, depresyon ve diğer psikiyatrik durumların varlığı, yetersiz aile desteği, bağımlılık yaratan maddelerin kullanımı ve adolesan dönemine özgü sağlık danışmanlığı eksikliği risk faktörleri arasındadır. Sosyal baskı, hamileliğin geç fark edilmesi gibi faktörlerden dolayı prenatal takipleri uygun yapılamamaktadır. Anne ve çocuk ölümleri, preterm doğumlar, düşük doğum ağırlığı postnatal dönemde karşılaşılabilecek problemler arasındadır. Bu yazıda böbrek yetmezliği tanısı ile çocuk yoğun bakımda izlenen bir adolesan gebe anlatılmış ve ayırıcı tanıda psikojenik faktörlerin atlanmaması gerektiği vurgulanmıştır.

Yöntem - Gereçler Bulgular: 15 yaşındaki 5.5 aylık hamile hasta akut böbrek yetmezliği ön tanısı ile Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne sevk edildi. Hastanın beş hafta öncesinde başlayan iyi beslenmeme ve kusma şikayeti olduğu ve bu süreçte 17 kg kaybettiği öğrenildi. Bu süreci eşinin ailesinin yanında geçirmiş ve sosyal destek alamamıştı. Hamilelik öncesinde depresyon tanısı ile takip ve tedavi edilen hastanın hamilelik sonrası ilaç kullanmadığı belirtildi. Psikiyatri tarafından derinleştirilen sosyal öyküsünde; orta okuldan sonra eğitimine devam etmediği, ailesinin istemediği resmi olmayan nikah neden ile evden ayrıldığı ve ailesiyle 4 aydır görüşmediği, bu durumu düzeltme amaçlı bilinçli olarak hamile kaldığı ama pişmanlık hissettiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenede; göz küreleri çökük, kaşetik görümlü, tartı 3.p, boy 50.p idi. Böbrek yetmezliğinin kusmaya ikincil olduğu düşünüldü ve tedavisi düzenlendi. İntravenöz sıvı tedavisi ile hastanın böbrek fonksiyon testlerinde kademeli iyileşme gözlemlendi. Hasta jinekolojik açıdan değerlendirildi ve düzenli takipleri yapıldı. Bebeğin doğum haftasına göre küçük olduğu yakın izlem gerektiği vurgulandı. Antiemetik ve mide koruyucu tedavilere dirençli kusması olan hastaya destek parenteral nutrisyon başlandı. Takip eden hemşirelerden hastanın çok yediği ve çok su içtiği arkasına öğürerek kendini kusturduğu öğrenildi. Psikojenik kusma ayırıcı tanı açısından psikiyatri konsültasyonu istendi. Psikiyatri tarafından kusmaları bedensel belirti bozukluğu ile uyumlu bulunan hastanın duyu durumu depresif olarak değerlendirildi. Hastanın uzun zamandır ölme isteği, mutsuzluk, ümitsizlik ve kaygı duygularını hissettiği, düşüncelerinde bebeğe ve kendine zarar verici içeriklerin bulunduğu saptandı. Hastanın kusma öncesinde belirgin stresör faktörlerin olduğu tersine bu stresör faktörlerin olmadığı dönemlerde hiç kusmadığı tespit edildi. Hasta Major Depresyon ve Bedensel Belirti Bozukluğu tanıları ile gözleme alınıp sertraline tedavisine başlandı. Yatışı boyunca düzenli psikiyatrik takipleri yapılan hastanın kusmalarının azaldığı ve duyu durumunun daha iyi olduğu gözlemlendi. Hasta yatışının 10. gününde psikiyatrik takibe alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Adolesan dönem çocukların yakın izleminin yapılamaması gereken dönemdir. Temel sağlık gereksinimleri, değerlendirilmeleri ve izlemleri diğer yaş gruplarından farklıdır. Danışmanlık ve destek hizmetleri, aralıksız sürdürülmelidir. Bu desteğin yeterli verilememesinin sonuçlarından birisi adolesan gebeliktir. Adolesan gebelik risk faktörleri, dönemsel izlem düzgün yapıldığında tespit edilebilir ve önlemler alınabilir. Karar verme mekanizması yeterli bulunmayan adolesanlar için, evlilik, hamile kalmak, evden ayrılmak gibi durumlarda aile adolesan birey ile birlikte psikiyatri desteği almalıdır ve hukuki süreçle ilgili bilgilendirilmelidir. Özellikle bu dönemde oluşacak sosyal destek ortamının, adolesan gebenin duyu durumu ve prenatal takibi açısından faydalı olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelime: adolesan gebelik, akut böbrek yetmezliği, psikojenik kusma,

PS-017

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK KORUMA MERKEZİNDE İZLENEN MUNCHAUSEN BY PROXY OLGU SERİSİ

Nehir Öznur MUZ, **Figen SAHİN DAĞLI**¹, Nahide DOĞRUCAN, Figen PASLI, Ufuk BEYAZOVA

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak, çocuk gelişimini ve sağlığını bozacak tüm olumsuz tutum ve davranışlar çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir. İstismarın özel bir formunu oluşturan 'Munchausen by Proxy sendromu' (MBPS) ise çocukta bir ebeveyn ya da bakımı sağlayan kişi tarafından uydurulan veya üretilen hastalık olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda tanı konması oldukça zor olan MBPS hakkında uyarıcı ipuçlarının vurgulanarak sağlık personelinin bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması esasına dayanarak hastalığın önlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem - Gereçler: Araştırma 2001-2013 yılları arasında Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi'ne yönlendirilerek takipte MBPS tanısı konmuş ve izlenmiş 15 vakanın sosyodemografik ve klinik özellikleri, izlem süreçleri gözlemlenerek ortak özellikleri çıkarılmıştır.

Bulgular: Çalışmada %73.3'ü kız cinsiyette olan 15 hastanın %60'ı 1 yaşın altında idi. Bu hastaların başvuru şikayetleri incelendiğinde en sık kabızlık, ishal, karın ağrısı gibi gastrointestinal semptomlar olduğu görülmüştür (%26.70). Vakaların hepsinde 'fail' olarak karşımıza çıkan kişilerin, çocuğun birincil bakımını üstlenen 'anneleri' olduğu ve 8 hastanın kardeşlerinde de sebebi açıklanamayan rahatsızlıklar bulunduğu gözlenmiştir. Çalışmada ayrıca anne baba arasındaki gerginliğin birbirlerine karşı olan ilgisizliğin çocuklara yansıtıldığı, çoğu zaman ekonomik ve psikolojik sıkıntılardan dolayı kısır döngünün devam ettiği görülmüştür. Hastaların izleminde Sosyal Hizmet bildirimi yapılarak 4'ünün (%26.67) anne yanından ayrılarak koruma altına alınması sağlanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız ile MBPS vakalarının öykü ve profillerinin çıkarılması; örselenmekte olan çocuklarımızı koruma adına önemli bir adım oluşturmakta, böylece kuşkulanan tüm vakaların saptanıp bildirilmesi arzulanmaktadır. Ülkemizde genel olarak bu olguların değerlendirilmesi amaçlı kurulmuş olan Çocuk Koruma Merkezleri'nin sayıları giderek artmaktadır. Günümüzde bölümler arası işbirliğini sağlayarak multidisipliner yaklaşımları sayesinde başarıyla görev yapmakta olan bu merkezlerin rehberliği ışığında çalışmaların hızlandırılması ve desteklenmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelime: Munchausen, istismar, koruma

PS-018

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA UZUN SÜRELİ ÖKSÜRÜK SIKLIĞI VE ANNE SÜTÜ ALMA SÜRESİ, BOĞMACA AŞILAMASI GİBİ FAKTÖRLERİN ÖKSÜRÜK GELİŞİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Nilgün ÇÖL¹, Ayşe AYSİMA ÖZÇELİK²

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Nörolojisi BD.

Giriş - Amaç: Kronik öksürük çocukluk çağında en sık doktor başvurusu nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmada sağlıklı çocuklarda uzun süreli öksürük sıklığının saptanması ve boğmaca aşılması, anne sütü alma süresi gibi faktörlerin öksürük gelişimi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Araştırma 275 sağlıklı çocuk üzerinde yürütüldü. Ailelere çocukların anne sütü alma durumu, boğmaca aşılama durumu, çocukta ve aile bireylerinden herhangi birinde uzun süreli öksürük varlığı gibi bilgileri içeren bir anket formu dağıtıldı. Anket verileri SPSS for Windows 13.0 paket programı ile değerlendirildi. P<0,05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 1 ile 17 arasında değişen (8.92±4.90 yıl) 275 (kız/erkek 156/119) çocuk dahil edildi. Olgulardan %7.1'i (19) hiç anne sütü almamıştı. %92.9'u (250) ise ortalama 5.60±2.21 ay (1-12 ay) sadece anne sütü ile beslenmişti, toplam anne sütü alma süresi 1 ile 48 ay (14.27±8.25 ay) arasında değişiyordu. Çocuklardan 9 tanesi hiç aşılanmamıştı (%5.0), 41 tanesinin (%22.8) aşıları eksikti, 130 çocuğun ise (%72.2) aşıları tam olarak yapılmıştı. Okul çağındakilerden %85.8'ünün (139) okul aşılamaları yapılmıştı. Ortalama olarak 3.78±0.69 doz (1-5) aşı uygulanmıştı. %11.9 olguda (32) uzun süreli öksürük (21.61±25.38 gün (4-120 gün)) hikayesi mevcuttu. 29 olgunun ise (%10.7) aile bireylerinden birinde uzun süreli öksürük (26.46±29.99 gün (4-120 gün)) öyküsü vardı. Ailesinde uzun süreli öksürük öyküsü olan çocuklarda öksürük şikayetine daha sık rastlanıyordu (p<0.001). Olguların yaşı ile öksürük süresi arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0.463, p=0.026). Anne sütü alma süresi öksürük süresi ile ilişkili değildi (p>0.005). En az bir doz aşı olanlarda uzun süreli öksürüğe daha az rastlanıyordu ancak anlamsızdı (p=0.960). Uygulanan aşı dozu sayısı ile öksürük süresi arasında negatif korelasyon vardı, ancak anlamlı değildi (p=0.316).

Sonuç: Çalışmamızda anne sütü alma ve aşılama oranlarının yüksek oluşu sevindiricidir. Uygulanan boğmaca aşı dozu sayısı ile öksürük süresi arasındaki ilişkiyi aydınlatmak için daha geniş vaka serilerinde yapılacak olan ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: Çocukluk çağı, anne sütü, boğmaca aşısı, öksürük

PS-019

KONJUGE MENİNGOKOK AŞISI YAPILMASI HAKKINDA EBEVEYNLERİN BİLGİ VE TUTUMLARI

Zuhal GÜNDOĞDU¹, Özge YENDUR

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlıklı kişiler 2020" hedefi meningokok hastalığının insidansını yüzde 0.3'e düşürmektir. Aşılama meningokok hastalığını önlemede en başarılı ve maliyet etkin girişimdir.

Meningokok enfeksiyonuna karşı dünyada geliştirilmiş aşılardan polisakkarid aşılardan B ve C gruplarına ait dış membran proteini içeren aşılardan B grubu DNA sından ters vaksinye yöntemiyle elde edilen aşılardan ve konjuge meningokok aşılardır. (1) Bunlar içerisinde ülkemizde onaylı olanlar polisakkarit ve konjuge meningokok aşılardır.

Bugün, ülkemizde, meningokok hastalığından meningokok enfeksiyonuna neden olan 5 serogrubun 4'üne etkili olan, dört bileşenli meningokok aşısı (MenACWY) kullanımı onaylıdır. Yakın zamana kadar risk altında olmayan genel popülasyonun 10 yaşın altında aşılama önerilmeyen günümüzde 9. aydan itibaren konjuge meningokok aşısı (KMA) uygulanmaya başlanmıştır.

Çalışmamızın amacı, ebeveynlerin, ülkemizde yürürlükteki mevcut rutin aşılama takviminde yer almayan ancak önerilen aşılardan bulunan Konjuge Meningokok aşısı (KMA) ile çocuklarını aşılatma konusunda bilgi, tutumları ve bunları etkileyen faktörleri araştırarak, Konjuge Meningokok aşısı (KMA) ile çocukların aşılama yaygınlaştırmaktır.

Yöntem - Gereçler: Prospektif ve randomize yapılan çalışmamızda, 1 Ağustos 2015 – 1 Mayıs 2016 tarihleri arasında, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi poliklinik başvurusunda, 0-18 yaş aralığındaki çalışmaya girmeyi kabul eden, 302 sağlıklı çocuğun ebeveynlerine, yüz yüze, sözel olarak, doktor tarafından soru-cevap şeklinde anket uygulandı. Kronik hastalığı olan çocuklar ile prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğan çocuklar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya kabul eden ebeveynlerin herbirine, demografik bilgilerin sorgulandığı 14 soru ve sağlık –inanç modelini KMA aşısına uygulanarak hazırlanan 10 soru soruldu. 10 sorunun herbirine verilen yanıtlar 1 den 5 e kadar puanlandırılacak şekilde 5li likert ölçeği ile "kesinlikle katılmıyorum", "katılmıyorum", "kararsızım", "katılıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" olarak sınıflandırıldı.. Ayrıca KMA hakkındaki bilgi düzeyi ve nereden edinildiği sorgulandı. Anketin sonunda ebeveynlere doktor tarafından KMA hakkında kısa bilgilendirme yapıldıktan sonra KMA aşısını yaptırmaya hakkındaki düşüncesi ile ilgili sorular tekrar yöneltildi.

Tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirilen çalışmanın verileri; sayı, yüzde, Ki-Kare, ve varyans analizleriyle değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan toplam 302 çocuğun ortalama yaşı, 7 yaş 1 ay idi. %52,3'ü kız çocuk, % 47.7'si erkek çocuklardan oluşmaktaydı. Anketi yanıtlayan 302 kişinin % 80.1'i annelerden, %19.9'u babalardan oluşmaktaydı.

Bilgilendirme öncesi KMA aşısını kabul eden 213 (%70.52) kişi olup bunlar aşığı kabul etmeyenlerle demografik özellikler açısından karşılaştırıldı. Anne ve babanın eğitim düzeyleri, annenin mesleği, sahip oldukları toplam çocuk sayısı ve ailenin gelir düzeyi açısından anlamlı fark bulundu (p<0.05) Anne ve baba yaş grupları, yaşadıkları yer ve babanın mesleği açısından fark anlamlı bulunmadı (p>0.05)Tablo 1.

Tablo 1 Kocaeli ilinde KMA ile aşlatmayı kabul eden ve kabul etmeyenlerin demografik faktörlere göre karşılaştırılması

Demografik faktörler	KMA aşısını kabul eden N: 213	KMA aşısını kabul etmeyenler N: 89	P değerleri
Gelir düzeyi			0.004
1 (düşük gelir)	4(%1.9)	2(%2.2)	
2 (düşük-orta gelir)	49(%23.0)	37(%41.6)	
3 (orta gelir)	113(%53.0)	38(%42.7)	
4 (üst-orta gelir)	29 (%13.6)	8(%9)	
5(üst gelir)	18 (%8.5)	4(%4.5)	
Babanın eğitimi			<0.001
1 (ilkokul)			
2 (ortaokul)	45(%21.1)	35(%39.3)	
3 (lise)	108 (%50.7)	40(%44.9)	
4 (üniversite)	49 (%23.0)	14(%15.7)	
5(yüksek lisans)	11(%5.2)		
Annenin eğitimi			0.005
1 (ilkokul)	4 (%1.9)		
2 (ortaokul)	74(%34.7)	50(%56.2)	
3 (lise)	85 (%39.9)	25(%28.1)	
4 (üniversite)	40 (%18.8)	14(%15.7)	
5 (yüksek lisans)	10 (%4.7)		
Ailenin sahip olduğu çocuk sayısı			<0.001
1	64 (%30)	15(%16.9)	
2	110(%51.6)	42(%47.2)	
3	34(%16)	17(%19.1)	
4	4(%1.9)	13(%14.6)	
5		2(%2.2)	
Annenin mesleği			0.043
1 (ev hanımı)	154 (%72.3)	73(%82)	
2 (işçi)	4 (%1.9)	1(%1.1)	
3 (esnaf –serbest meslek)	5 (%2.3)	2(%2.2)	
4 (memur)	3 (%1.4)	2(%2.2)	
5 (öğretmen)	11 (%5.2)	4(%4.5)	
6 (mühendis)	1(%0.5)	0	
7(sağlık çalışanı-personel)	11 (%5.2)	3(%3.4)	
8(ebe-hemşire)	7(%3.3)	1(%1.1)	
9(doktor)	9(%4.2)		
10(profesyonel)	4(%1.9)	3(%3.4)	
11(üst düzey yönetici)			
12(diğer)	4(%1.9)		
Babanın mesleği			0.622
1 (işsiz)	2(%0.9)		
2 (işçi)	57(%26.8)	32(%36)	
3 (esnaf –serbest meslek)	77 (%36.2)	29(%32.6)	
4 (memur)	25 (%11.7)	9(%10.1)	
5 (öğretmen)	8 (%3.8)	4(%4.5)	
6 (mühendis)	11(%5.2)	1(1.1)	
7(sağlık çalışanı-personel)	9(%4.2)	4(4.5)	
8(ebe-hemşire)	2(%0.9)	1(1.1)	
9(doktor)	5(%2.3)	1(1.1)	
10(profesyonel)	6(%2.8)	3(3.4)	
11(üst düzey yönetici)	6(%2.8)	2(2.2)	
12(diğer)	5(2.3)	3(3.4)	
Annenin yaşı			0.720
18-24	8 (%3.8)	6(%6.7)	
25-34	120 (%56.3)	42(%47.2)	
35-44	75 (%35.2)	37(%41.6)	
45-54	10 (%4.7)	4(%4.5)	

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

Babanın yaşı			0.834
18-24			
25-34	85 (%39.9)	29(%32.6)	
35-44	104 (%48.8)	55(%61.8)	
45-54	24 (%11.3)	5(%5.6)	
İkametgah ettiği yer			0.210
Köy(1)	5(%2.3)	5(%5.6)	
İlçe (2)	109 (%51.2)	48(%53.9)	
İl (3)	97(%45.5)	35(%39.3)	
Metropolitan	2(%0.9)	1(%1.1)	

Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%60)'ı KMA'nın yararı ve önemszenmesi ile ilgili algılarını ölçen sorulara verilen yanıtlarda en yüksek puanları aldı. Sırasıyla 1., 2. ve 4. sorulara verilen yanıtların ortalaması 3.90, 3.94, 3.98 ve medyan puanları 4 olarak bulundu (Tablo 2)

Tablo 2 Sağlık İnanç Modeli ile ilgili KMA sorularına ebeveynlerin yanıtları

KMA hakkında bilgileri sorgulandığında %66.5'inin (n=201) Konjuge menengokok aşısını hayatlarında hiç duymadıkları öğrenildi. KMA ile ilgili bilgi düzeyleri sorgulandığında %6.3'ünün (n=19) medyadan, %5.0'inin (n=15) çevresindeki kişilerden, %22,2'sinin (n=67) sağlık personelinin bilgi aldıkları öğrenildi. Ankete katılan 302 kişi içinde %13.6'sının (n=41) kişinin yeterli ve doğru bilgisi olduğu saptandı. KMA için; "KMA'nın çocuğuma birden fazla kez uygulanması (enjekte edilmesi) konusunda rahatsızım." (medyan değer ve standart sapma=2.75+/-1.33, , ortalama değer (mean)=2.0) önermesine ortalama verilen yanıt "katılmıyorum" şeklinde saptanarak ankete katılanların KMA'nın birden fazla kez uygulanmasından çekindikleri bulunmuştur. KMA aşısını bilgilendirme öncesinde yaptırma kararı olanlar %70.1 (n=213) iken , aşı ile ilgili kısa bilgilendirme sonrasında %88.4'e (n=268) yükselmiştir.

TABLO 3 KMA hakkında bilgilendirme öncesi ve sonrası aşırı kabul eden ve etmeyenlerin karşılaştırılması

Bilgilendirme	Sonrası KMA kabul etmeyenler	Sonrası KMA kabul edenler
Öncesi KMA kabul etmeyenler	28(%82.4)	61(%22.8)
Öncesi KMA kabul edenler	6(%17.6)	207(77.2)

Sonuç: Bizim çalışmamızda, diğer çalışmalar gibi eğitim düzeyinin yüksek olan grupta düşük olan gruba göre aşılama ile ilgili istatistiksel bir farklılık bulundu.

Ülkemizde sağlık personeli ve kurumları gibi kaynaklardan doğru ve yeterli bilgi alındığı takdirde aşılama oranlarının artacağı görülmüştür. Ancak diğer çalışmalara benzer şekilde de aşı hakkında az ya da yeterli bilgisi olan kişilerin % 98'inin aşılama isteklerinin yüksek olduğu görülmüştür.[2,3]

Objektif ve doğru bir bilgilendirme sonrası ebeveynlerin Le Nogh ve ark. çalışmasında %93.7'sinin, Gauthier A ve ark.'nın çalışmasında ise %90 aşılama yönünde olumlu düşündükleri gösterilmiş. [4,5] Aynı şekilde bizim çalışmamızda da tıbbi hekim tarafından doğru bilgilendirmenin aşılama ile ilgili tutumları artıracağı gösterildi.

Yine de halen daha çok yeni aşılarla olduğu gibi KMA için de aşının kısa ve uzun süreli yan etkileri olabileceğinden korkulduğu izlendi. Gust ve ark.'nın çalışmasında olduğu gibi aşının güvenli olması ile ilgili endişelerin aşılama konusunda tereddütlere neden olduğu görülmüştür. [6]. Çalışmamız sonucunda diğer çalışmalara benzer şekilde ebeveynlerin meningokok enfeksiyonunu ciddi buldukları ve aşırı yaptırmak konusunda en tetikleyici faktörün menenjit hastalığını ciddi olarak görmeleri olduğu ortaya bulunmuştur. [7] [8] [9]

KMA ile aşılama sayısının çalışmanın başlangıcında sorulmaya başlanmıştır. Ancak verilen yanıtların çok az olması ve aşılatılmadığını ifade eden kişilerin de aynı dönemlerde uygulanan konjuge pnömokok aşısı ile KMA'ndan hangisini yaptırmış olduklarının kesin olarak belirlenememesi nedeniyle istatistiksel olarak eksik yorumlanabileceği için araştırma sonuçlarına katılmamıştır. Bu açıdan bakıldığında yine KMA aşısının diğer aşılarla farkının bilinmediği ve halkın bu konuda yeterince aydınlatılmadığı sonucuna varıldı.

Chow ve ark. Asya'lı annelerin özellikle doktorlarının önerisinden daha fazla etkilendiklerini ortaya koymuşlardır. [10] Ülkemizde de Kurtoglu ve ark.yaptığı çalışma sonucunda ebeveynlerin doktorların önerilerini dikkate aldıklarını ve uygulama eğiliminde oldukları gösterilmiştir. [11] Bizim çalışmamız da Türk ailelerinin aile hekimi veya sağlık ocaklarında yapılacak önerileri uygulamaya yatkın olduklarını gösterildi. Ancak maalesef sağlık ocakları ve diğer sağlık kurumlarından yapılan bilgilendirmenin yeterli düzeyin altında olduğu görüldü. Bedford ve ark. 2006'da yaptıkları çalışmada sadece bilgilendirilmenin dışında ebeveynlere doktorların yaklaşımlarının da önemli olduğu bulunmuştur.[12]

Diğer bazı çalışmalarda da gösterildiği [13] gibi ebeveynlerin bütün aşılarla olan yaklaşımları eşit derecede değildir. Sağlık çalışanlarının gerek bilgilendirme esnasında gerekse uygulama esnasında her aşının özellikleri ve ebeveynler üzerindeki yarar, ciddiyet, engel ve hassasiyet algılarını göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Çalışmamız ile bir kez daha aşılar hakkında sağlık personeli ve halka verilen eğitimin pek çok yönden geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasının doğru olacağı sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelime: Konjuge Meningokok Aşısı, Ebeveynlerin tutumu

PS-020

ROTAVİRÜS AŞISI YAPILMASI HAKKINDA EBEVEYNLERİN BİLGİ VE TUTUMLARI

Zuhal GÜNDOĞDU¹, Özge YENDUR¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Rotavirüs ishali çocukluk çağında en sık görülen hastalıklardan biridir. 2008 yılında dünyada sadece rotavirüse bağlı ishaller nedeniyle 453,000 ölüm bildirilmiştir(1). Rotavirüs ishali nedeniyle her gün 1600 çocuk, her dakika 1 çocuk kaybedilmektedir. Rotavirüsler, 5 yaş altı çocuklar da aşı ile korunulabilir hastalık ölümleri arasında pnömokoklardan sonra ikinci sırayı almaktadır.

2012 yılında Hepatit A ve ardından 2013'te suçiçeği aşısının rutin aşı takvimine eklenmesinin ardından ABD'de olduğu gibi ülkemizde de bu enfeksiyonların sıklığında azalmanın gösterilmesi aşılamanın hastalık sıklıklarını anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aşıyla önlenebilir hastalığın göreceli olarak önemli bir sağlık problemi olduğu ve karşılanabilir ve yüksek ve uzun süreli koruma sağlaması mümkün olan ülkelerde rutin aşılamaya ek olarak ülkemizde yeni aşılamanın rutin aşılamaya girmesi gerektiğini önermektedir.

Türkiye'de 2014 yılı itibarı ile uygulanmakta olan aşı takvimine ek olarak ülkemizde yeni aşılamanın rutin aşılamaya girmesi gerektiğini önermektedir. Çalışmamızda, ebeveynlerin, ülkemizde yürürlükteki mevcut rutin aşılamaya takviminde yer almayan ancak önerilen aşılarından biri olan bulunan Rotavirüs aşısı (RVA) ile çocuklarını aşılatma konusunda bilgi, tutumları ve bunları etkileyen faktörleri araştırdık. Sonuçlarımızı literatürdeki diğer yayınlar ile karşılaştırdık.

Çalışmamızda, ebeveynlerin, ülkemizde yürürlükteki mevcut rutin aşılamaya takviminde yer almayan ancak önerilen aşılarından biri olan bulunan Rotavirüs aşısı (RVA) ile çocuklarını aşılatma konusunda bilgi, tutumları ve bunları etkileyen faktörleri araştırdık. Sonuçlarımızı literatürdeki diğer yayınlar ile karşılaştırdık.

Yöntem - Gereçler: Prospektif ve randomize yapılan çalışmamızda, 1 Ağustos 2015 – 1 Mayıs 2016 tarihleri arasında, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi poliklinik başvurusunda, 0-18 yaş aralığındaki çalışmaya girmeyi kabul eden, 302 sağlıklı çocuğun ebeveynlerine, yüz yüze, sözel olarak, doktor tarafından soru-cevap şeklinde anket uygulandı. Kronik hastalığı olan çocuklar ile prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğan çocuklar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmayı kabul eden ebeveynlerin herbirine, demografik bilgilerin sorgulandığı 14 soru ve sağlık –inanç modelini KMA aşısına uygulanarak hazırlanan 10 soru soruldu. 10 sorunun herbirine verilen yanıtlar 1 den 5 e kadar puanlandırılacak şekilde 5li likert ölçeği ile “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” olarak sınıflandırıldı. Ayrıca RVA hakkındaki bilgi düzeyi ve nereden edinildiği sorgulandı. Anketin sonunda ebeveynlere doktor tarafından RVA hakkında kısa bilgilendirme yapıldıktan sonra RVA aşısını yaptırmaya hakkındaki düşüncesi ile ilgili sorular tekrar yöneltildi.

Tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirilen çalışmanın verileri; sayı, yüzde, Ki-Kare, ve varyans analizleriyle değerlendirildi.

Bu araştırma Konjuge meningokok aşısına ebeveynlerin tutum ve davranışları araştıran çalışma ile eş zamanlı yürütülmüştür.

Bulgular: Araştırmaya katılan ve ebeveynlerine anket uygulanan toplam 302 çocuğun ortalama yaşı, 7 yaş 1 ay (medyan 6 yaş 6ay) idi. %52,3'ü kız çocuk, % 47.7'si erkek çocuklardan oluşmaktaydı. Anketi yanıtlayan 302 kişinin %80.1'i annelerden, %19.9'u babalardan oluşmaktaydı. Annelerin %53.6'sı 25-34 yaş aralığında, %37.1'i ise 35-44 yaş aralığındaydı. Babaların ise %37.7'si 35-44, %52.6'sı ise 25-34 yaş aralığında idi. Ankete katılan ebeveynlerin yanıtlarına göre ailedeki annelerin %1.3'ü okuma yazma bilmeyen, %41.1'i okur yazar veya ilkökul mezunu, %36.4'ü lise mezunu, %17.9'u üniversite mezunu ve %3.3'ü yüksek lisans mezunu olarak saptandı. Babaların %26.5'i okur yazar veya ilkökul mezunu, %49.0'u lise mezunu, %20.9'u üniversite mezunu ve %3.6'sı yüksek lisans mezunu olarak saptandı.

Bilgilendirme öncesi RVA aşısını kabul eden 220 (%72.8) kişi olup bunlar aşığı kabul etmeyenlerle demografik özellikler (anne ve baba yaş grupları, eğitim düzeyleri, meslekleri, yaşadıkları yer, sahip oldukları toplam çocuk sayısı ve ailenin gelir düzeyi) açısından karşılaştırıldı. Anlamlı fark babanın mesleği, anne ve baba yaşı açısından bulunmazken (p>0.05), anne ve babanın eğitim düzeyleri, annenin eğitimi, yaşadıkları yer, toplam çocuk sayısı ve gelir düzeyi açısından anlamlı bulundu(p<0.05) Tablo 1

Tablo 1

Kocaeli ilinde RVA ile aşılatmayı kabul eden ve kabul etmeyenlerin demografik faktörlere göre karşılaştırılması

Demografik faktörler	KMA aşısını kabul eden N: 220	KMA aşısını kabul etmeyenler N: 82	P değerleri
Gelir düzeyi			0.003
1 (düşük gelir)	5(%2.3)	1(%1.2)	
2 (düşük-orta gelir)	47(%21.4)	39(%47.6)	
3 (orta gelir)	120(%54.5)	31(%37.8)	
4 (üst-orta gelir)	31 (%14.1)	6(%7.3)	
5(üst gelir)	17 (%7.7)	5(%6.1)	
Babanın eğitimi			0.004
1 (ilkokul)			
2 (ortaokul)	50(%22.7)	30(%36.6)	
3 (lise)	108 (%49.1)	40(%48.8)	
4 (üniversite)	53 (%24.1)	10(%12.2)	
5(yüksek lisans)	9(%4.1)	2(%2.4)	
Annenin eğitimi			0.001
1 (ilkokul)	3(%1.4)	1(1.2)	

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

2 (ortaokul)	76(%34.5)	48(%58.5)	
3 (lise)	89 (%40.5)	21(%25.6)	
4 (üniversite)	43 (%19.5)	11(%13.4)	
5 (yüksek lisans)	9 (%4.1)	1(%1.2)	
Ailenin sahip olduğu çocuk sayısı			0.000
1	62 (%28.2)	17(%20.7)	
2	117(%53.2)	35(%42.7)	
3	34(%15.5)	17(%20.7)	
4	5(%2.3)	12(%14.6)	
5	1(%0.5)	1(%1.2)	
Annenin mesleği			0.026
1 (ev hanımı)	158 (%71.8)	69(%84.1)	
2 (işçi)	4 (%1.8)	1(%1.2)	
3 (esnaf –serbest meslek)	5 (%2.3)	2(%2.4)	
4 (memur)	5 (%2.3)		
5 (öğretmen)	12 (%5.5)	3(%3.7)	
6 (mühendis)	1(%0.5)	0	
7(sağlık çalışanı-personel)	10 (%4.5)	4(%4.9)	
8(ebe-hemşire)	7(%3.2)	1(%1.2)	
9(doktor)	9(%4.1)		
10(profesyonel)	5(%2.3)	2(%2.4)	
11(üst düzey yönetici)			
12(diğer)	4(%1.8)		
Babanın mesleği			0.758
1 (işsiz)	2(%0.9)		
2 (işçi)	59 (%26.8)	30(%36.6)	
3 (esnaf –serbest meslek)	77 (%35)	29(%35.4)	
4 (memur)	28 (%12.7)	6(%7.3)	
5 (öğretmen)	10 (%4.5)	2(%2.4)	
6 (mühendis)	12(%5.5)		
7(sağlık çalışanı-personel)	8(%3.6)	5(%6.1)	
8(ebe-hemşire)	3(%1.4)		
9(doktor)	4(%1.8)	2(%2.4)	
10(profesyonel)	6(%2.7)	3(%3.7)	
11(üst düzey yönetici)	6(%2.7)	2(%2.4)	
12(diğer)	5(%2.3)	3(%3.7)	
Annenin yaşı			0.725
18-24	10 (%4.5)	4(%4.9)	
25-34	119 (%54.1)	43(%52.4)	
35-44	82 (%37.2)	30(%36.6)	
45-54	9 (%4.1)	5(%6.1)	
Babanın yaşı			0.525
18-24			
25-34	87 (%39.5)	27(%32.9)	
35-44	111 (%50.5)	48(%58.5)	
45-54	22 (%10)	5(%8.5)	
İkametgah ettiği yer			0.004
Köy(1)	4(%1.8)	6(%7.3)	
İlçe (2)	108 (%49.1)	49(%59.8)	
İl (3)	106(%48.2)	26(%31.7)	
Metropolitan	2(%0.9)	1(%1.2)	

Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%58-62) RVA'nın yararı ile ilgili algılarını ölçen sorulara verilen yanıtlarda en yüksek puanları aldığı görüldü. Sırasıyla 1. ve 4. sorulara verilen yanıtların ortalaması 3.92 ve 3.98 ve medyan puanları 4 olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2 Sağlık İnanç Modeli ile ilgili RVA sorularına ebeveynlerin yanıtları

Aşılar hakkında bilgileri sorgulandığında %45'inin (n=138) RVA'sını hayatlarında hiç duymadıkları öğrenildi.

Ankete katılanların %66.6'sı (n=201) RVA'sını hiç uygulamamış olduğu bulundu. %9.6'sının (n=29) RVA'yı 1 kez yaptırmış olduğu bulundu. %19.5'unun (n=59) iki kez yaptırmış olduğu bulundu. Sadece %4.3'ünün (n=13) ise tüm dozları tamamlattığı bulundu. Rotavirüs aşısını eksik

doz yaptıran %22'sine (n=68) "Neden tüm dozları tamamlattırmadınız?" sorusuna %11.7'si (n=8) "Zaman/maddi olanak bulamadım, yaptırmak istedim ancak yaptıramadım." şeklinde yanıtlarken, %25.0'ı (n=17) "Kendim yeterli gördüm gerek duymadım." yanıtını, %48.5'u (n=33) "Doktorum yeterli gördü." yanıtını, %14.7 (n=10) "Zarar vereceğini düşündüm." olarak yanıtladı.

RVA aşısını bilgilendirme öncesinde yaptıрма kararı olanlar %72.8 (n=220) iken, aşı ile ilgili kısa bilgilendirme sonrasında %88.0'a (n=266) yükselmiştir. Tabloda çalışma grubunda bilgilendirme önce ve sonrasındaki ebeveynlerin RVA yaptıрма ile ilgili tutumlarının karşılaştırmamız görülmektedir.(Tablo 3)

Tablo 3: Bilgilendirme önce ve sonrasındaki ebeveynlerin RVA yaptıрма ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması

Bilgilendirme	Sonrası RVA kabul etmeyenler	Sonrası RVA kabul edenler
Öncesi KMA kabul etmeyenler	31(%91.2)	51(%19.2)
Öncesi KMA kabul edenler	3(%8.8)	217(80.8)

Sonuç: Araştırma grubundaki ailelerde özellikle alt kesimden orta kesime doğru artan gelir düzeyiyle aşılatma ve doz sayısı karşılaştırıldığında diğer çalışmalardaki gibi (13) aşılatmanın gelir düzeyi ile arttığı gösterildi.

Diğer çalışmalardaki gibi bizim çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyinin yüksek olan grupta düşük olan gruba göre aşılatma ile ilgili istatistiksel bir farklılık bulundu. Ülkemizde sağlık personeli ve kurumları gibi kaynaklardan doğru ve yeterli bilgi alındığı takdirde aşılatma oranlarının artacağı görülmüştür. Ancak diğer çalışmalara benzer şekilde de aşı hakkında az ya da yeterli bilgisi olan kişilerin % 98'inin aşılatma isteklerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Diğer bazı çalışmalarda da gösterildiği gibi ebeveynlerin bütün aşılarla olan yaklaşımları eşit derecede değildir. Sağlık çalışanlarının gerek bilgilendirme esnasında gerekse uygulama esnasında her aşının özellikleri ve ebeveynler üzerindeki yarar, ciddiyet, engel ve hassasiyet algılarını gözönünde bulundurmaları gerekmektedir.

Çalışmamız ile bir kez daha aşılar hakkında sağlık personeli ve halka verilen eğitimin pek çok yönden geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasının doğru olacağı sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelime: Rotavirüs aşısı, ebeveynlerin tutum ve davranışları

PS-021

BİR SORU NE KADAR HAYAT KURTARICI OLABİLİR?

Gonca KESKİNDEMİRÇİ¹, Doç. Dr. Funda ÇİPE, Dr. Çiğdem AYDOĞMUŞ

¹İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH

Giriş - Amaç: Primer immün yetersizlikler (PİY), dünyada 1/10000-1/100000 oranında rastlanılan, nadir görülen hastalıklar sınıfında yer almaktadır. Akraba evliliğinin fazla olduğu ülkemizde daha fazla PİY görülmesi beklenmektedir. PİY için bir tarama testi olmadığından tanısı oldukça zordur. Bu hastalık grubunda canlı aşılarda, özellikle BCG aşısı sonrası yaygın ve ölümcül hastalık riski olduğu bilinmektedir. İmmün yetersizliklerde görülen klinik bulgulardan biri de tekrarlayan mantar enfeksiyonları; ağız içi kandidiyazistir. Çalışmamızda, aşı takviminde canlı aşı olarak ilk sırada yer alan BCG aşısı öncesi tekrarlayan ağız içi kandidiyazis olup olmadığı sorgulanarak PİY'den şüphe edilmesi ile bu hastalarda BCG aşısına bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenilebileceği veya azaltılabileceğini saptamak amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk allerji ve immünoloji kliniğinde kombine immün yetersizlik tanısı alan hastaların dosyaları incelendi. Hastaların tanı yaşı, tekrarlayan ağız içi kandidiyazis öyküsü olup olmadığı ve varsa ne zaman başladığı, tanı anında bakılan kan tetkiklerinde mutlak lenfosit değerleri, kemik iliği nakli olup olmadığı, hayatta olup olmadığı, BCG aşısı yapıp yapılmadığı ve BCG aşısına bağlı komplikasyon olup olmadığı kaydedildi.

Bulgular: Çocuk allerji ve immünoloji kliniğinde kombine immün yetersizlik tanısı alan 19 hasta mevcuttu. 19 hastanın 11'i (%57.8) yaşıyordu. Yaşayan 11 hastanın ortalama tanı yaşı 7.5 aydı. Bu hastaların hepsinde ilk 1 ayda düzelmeyen ağız içi kandidiyazis öyküsü olduğu görüldü. 11 yaşayan hastadan, BCG aşısı 2. ayda yapıp, kemik iliği nakli (KİT) olup BCG'ye bağlı komplikasyon görülen hasta sayısı 6' idi. Yine bu 6 hastadan tanı anında lökopeni saptananların sayısı 4'dü. Ölen 8 hastadan da 1'inin ise KİT sonrası 1'inin de KİT yapılamadan BCG komplikasyonları ile mücadele ettiği görüldü.

Sonuç: Aşı takviminde canlı aşı olarak ilk sırada yer alan BCG aşısı öncesi, aşıya bağlı yan etkilerin minimum olması amacıyla sorulan 10 soruya ilave 11. soru olarak "Ağızda tekrarlayan veya iyileşmeyen pamukçuk oluyor mu?" sorusunun aşı uygulaması öncesi rutin sorgulamada yer alması önerilebilir. Bu sayede nadir olan fakat mortalite ve morbiditesi yüksek olan PİY'den sağlam çocuk polikliniklerinde şüphe edilip, çok erken tanı imkanı ile canlı aşıya bağlı gelişebilecek komplikasyonların azaltılması/önlenmesi de sağlanabilir.

Anahtar Kelime: Düzelmeyen kandidiyazis, canlı aşı, immün yetersizlik

PS-022

KARIN ŞİŞLİĞİNİN ARKASINDAKİ FİZİKSEL ŞİDDET: OLGU SUNUMU

Gonca KESKİNDEMİRCİ¹, Dr. Özlem BAŞOĞLU ÖNER, Doç. Dr. Funda ÇİPE, Dr. Çiğdem AYDOĞMUŞ, Dr. Rengin ŞİRANECİ, Dr. Özge KÜCÜR
¹İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH

Giriş - Amaç: Çocuklar da erişkinler gibi temel insan haklarına sahiptir. Türkiye’de “Çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması”na göre Türkiye’de yaşayan 7-18 yaş arasındaki çocukların %51’i duygusal istismara, %43’ü fiziksel istismara, %25’i ihmale ve %3’ü cinsel istismara maruz kalmaktadır. Bu sunumda, aile içi fiziksel istismara uğramış olan bir hasta sunulmuştur.

Bulgular: Olgu: 7 yaşında erkek hasta, acil servise 2 haftadır var olan karın şişliği şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde vücudunun değişik yerlerinde 0.5 cm den daha küçük yuvarlak, normal cilt rengine göre daha açık renkli birkaç adet lezyon mevcuttu. Solunum sesleri sağ orta bazal alanlarda azalmış olarak alınıp, batında distansiyon ile birlikte perküsyonla asit düşündürülen muayene bulgusu saptandı. Hikayesinde ciltteki lezyonların daha önce geçirdiği su çiçeğine ait olduğu annesi tarafından söylendi. Tetkiklerinde akut faz reaktanları ve amilaz değerleri yüksek olan hastaya gastroenteroloji uzmanı önerisiyle ampirik antibiyoterapi ve furosemid tedavisi başlandı. Ekokardiyografi (EKO) bulguları normal olan hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) 3 cm’lik plevral efüzyon, batın BT’sinde ise yaygın asit saptandı. Yapılan parasentez sonucu elde edilen mayinin incelenmesinde lenfoid hücre infiltrasyonundan zengin sıvı olup ayırıcı tanıda tüberkülozun da düşünülmesi gerektiği raporlanması üzerine anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Yapılan ayrıntılı tüberküloz tetkiklerinde bir özellik görülmedi. Çölyak hastalığı ve romatolojik hastalık açısından yapılan tetkiklerde bir özellik saptanmadı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı ve pangastirit bulundu. Çekilen batın MR’da pankreatit ve pankreasta psödokist; MR kolanjiyografide pankreasta malignite düşündürülen kitle görüntüsü görüldü. Takibinde amilaz, lipaz değerleri düşen ancak nötropenisi gelişen hastaya kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Aspirasyon sırasında her iki gluteal bölgede izgara maşasına benzer alet ile yakılmayı düşündürülen yanık izi görüldü. Kemik iliği aspirasyonu normal olarak sonuçlandı. Nötropeni nedeninin anti-tüberküloz tedavisine bağlı olduğu düşünüldü ve tedavisi kesildi. Gluteal bölgedeki lezyonların fiziksel şiddete bağlı olduğu düşünülerek sosyal hizmetler birimi ile irtibata geçildi. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bildirim yapıldı; Emniyet Müdürlüğü Çocuk Büro Amirliği ile iletişime geçildi.

Bu sırada daha önce çekilen MR görüntüleri Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Çocuk Radyolojisi Bilim Dalında ilgili öğretim üyesi tarafından tekrar değerlendirildi ayrıca batın ultrasonu yapıldı. Görüntülemelerin değerlendirilmesinde pankreas korusu orta bölümünde post-travmatik rüptür, distal bölümünde pankreatit, başvuru anında da mevcut olan batında pankreatite sekonder masif asit, psödokist, sağ plevral efüzyon, ayrıca sağ alt posterior kostada fraktür sekeli görüldü. Hastanın gelişindeki şikayetleri ile batındaki asit ve pankreatitin, travma sonucu gelişen pankreatik rüptüre bağlı olduğuna karar verildi. Emniyet Müdürlüğü Çocuk Büro Amirliği ile yeniden görüşülerek adli raporları tutuldu. Bu süreç içinde hastanede yatış sırasında hasta odasında hastanın annesi, babası tarafından uygulanan şiddete maruz kaldı. Hastane polisinin yaptığı inceleme sonucunda da yanında “anne” olarak tanımlanan kişinin üvey annesi olduğu ve hastanın velayetinin öz annesinde olduğu öğrenildi.

Yine detaylı sorgulama sonucu babanın, öz anneden hastayı kaçırdığı ve hastaneye bir yakın akrabasının kimliği ile giriş yaptığı öğrenildi. Ayrıca hastanın, üvey annesi tarafından uygulanan fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Takibinde hastaneye başvuru şikayetleri gerileyen hasta, çocuk psikiyatrisi ile de görüşüldü. Taburculuk sonrası çocuk büro amirleri tarafından teslim alınan hastanın daha sonra öz anneye teslim edildiği öğrenildi

Sonuç: Sonuç olarak bu olgu sunumu ile ilk başvuru sırasında ayrıntılı fizik muayenenin önemi bir kez daha vurgulanmak istenmektedir. Şüpheli anamnez ve anamnezle uyumlu olmayan fizik muayene bulguları olan hastalarda izlenecek yol ve iletişim zinciri bilinmelidir. Çocuk psikiyatrisi, adli tıp ile sosyal hizmetler uzmanının da olduğu bir ekip ile çalışılmalıdır. Yasal sonuç alınana kadar hastanın hastanede yatışı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelime: Fizik muayene, fiziksel şiddet, yasal süreç

PS-023

SAĞLAM ÇOCUK POLİKLİNİĞİNDE PREMATÜR TELARŞ OLGULARIDA ÇEVRESEL MARUZİYET DEĞERLENDİRİLMESİ

Nazmi MUTLU KARAKAŞ, Beril ÖZDEMİR, Özlem AKBULUT
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

Giriş - Amaç: Kızlarda 8 yaşından önce pubis veya aksillada kıllanma olmadan tek veya iki taraflı izole meme gelişimine, prematür telarş denir. Sıklığı vücut kitle indeksi ve etnik özelliklere göre değişmektedir. Türkiye’de 4-8 yaş arası kızlarda %8,9 olarak bildirilmiştir. Prepubertal çağda iki dönemde görülür, yaşamın ilk 1 yılında büyüme eğrileri ve kemik yaşları normaldir, ikinci grup ise 6 yaş sonrası grupta görülür. 6 yaş sonrası genelde tek taraflıdır. Çocukların %10-18 kadarı erken puberteye ilerleyebilir. Yapılan çalışmalarda, prematür telarş tanısı konan kız bebeklerde, idrar bisfenol-A (BPA) düzeylerinin arttığı, ayrıca çevresel endokrin bozucu olan fitalat metabolitlerinin anlamlı derece yüksek olduğu saptanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Pediatri Polikliniğine iki taraflı veya tek taraflı meme büyümesi yakınması ile başvuran, 2-5 yaş arası çocuklar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Pediatri Polikliniğinde Sağlam Çocuk İzlemlerinde takip edilen 2-5 yaş arası 35 çocuk (E/K:2/33) değerlendirilmiştir. Çocukların ortalama yaşı 2,3 yıl idi. Tıbbi özgeçmişlerinde kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Bir çocukta sol kulak agenezisi ve iki hastada labial füzyon mevcuttu. Büyüme-gelişme geriliği veya obezitesi olmayan bu çocukların izlemlerinde meme büyümesi saptanması üzerine endokrin tetkikleri ve sol el bilek grafisi uygulanmıştır. Çocukların hepsinin hormon tetkikleri normal olup, kemik yaşları yaşlarına uygun veya geri idi. Meme altı palpe edilen dokuya yönelik ultrasonografide immatür meme dokusu olarak görüldü. Aile görüşmelerinde, kullanmakta oldukları tüm çevresel maruziyetleri (krem, losyon, koku, ıslak mendil gibi) kullanılmaması önerildi. Çocukların izlemlerinde, meme dokularının 6 aylık izlemlerinde palpasyonla küçüldüğü görüldü.

Sonuç: Prepubertal çağda iki dönemde sık görülen prematür telarş, sık görülmeyen dönemde değerlendirilmiş olup, çocukların genelde çevresel maruziyet sonucunda meme dokusu geliştirdikleri düşünülmüştür. Ailelerin, çocuklarının öz bakımlarında kullandığı maddeleri dikkatli seçmeleri konusunda uyarılmalı, sağlık çalışanlarının çevresel endokrin bozucular hakkında dikkati çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelime: Prematür telarş, endokrin bozucular

PS-024

LİSEDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN İNSAN PAPILOMA VİRÜS ENFEKSİYONU HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Zahide YALAKI, **Medine Aysin TAŞAR**¹, Rukiye ÜNSAL SAÇ, Sabir GÖÇMEN, Seçkin KARADAĞLI, Nermin AKBAŞ, Yıldız BİLGE DALLAR
¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Çalışmamızda sağlık meslek liselerinde okuyan öğrenciler ile çocuk polikliniklerimize çeşitli nedenlerle başvuran ergenlerin insan papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu, HPV aşısı hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya 16-19 yaş arası ergenler alındı. Sağlık meslek liselerinde okuyan öğrenciler çalışma grubu, diğer okullarda okuyanlar ise kontrol grubu olarak tanımlandı. Çalışmaya katılanlara araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu verildi. Elde edilen veriler SPSS 15.00 programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 564 olgunun 304'ü çalışma grubu, 260'ı kontrol grubu idi. "HPV'nin hangi hastalığa neden olduğunu biliyor musunuz?" sorusuna çalışmaya alınan tüm ergenlerin %74.3'ünün 'bilmiyorum' şeklinde; çalışma grubunun %39.8'nin doğru, %7.9'nun yanlış cevap verdiği; kontrol grubunun tamamının ise 'bilmiyorum' şeklinde cevap verdiği görüldü. "HPV enfeksiyonu ciddi bir hastalık mıdır?" sorusuna katılımcıların %32.3'ü 'evet'; çalışma grubunun %59.9'u 'evet' derken kontrol grubunun tamamı bilmediğini belirtti ($p<0.001$). Katılımcılara sorulan "HPV aşısı olmayı düşünür müsünüz?" sorusuna; %12.2'i 'evet'; çalışma grubunun %22.6'ı 'evet' derken kontrol grubunun hepsi 'hayır' şeklinde cevap verdi.

Sonuç: Ülkemizde sağlık meslek liselerinde okuyan öğrencilerin, okullarında eğitim almaları nedeniyle HPV hakkındaki bilgilerinin daha iyi olduğu, diğer liselerde eğitim alan ergenlerde HPV bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptandı. Lise eğitimi içinde HPV başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalık hakkında bilgi verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: HPV enfeksiyonu, HPV aşısı, lise öğrencileri

PS-025

BEBELİK DÖNEMİNDE BİRLİKTE KİTAP OKUMANIN ÖNEMİ VE UYGULANABİLİRLİĞİ PROJESİ

Beyza ÇABUK¹, Gülbin GÖKÇAY², Nilcan KULELİ SERTGİL³

¹Haliç Üniversitesi

²İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü

³Uzman Psikolojik Danışman

Giriş - Amaç: Çalışmamızın amacı, Türkiye’de bir çocuk sağlığı izlem polikliniğinde bebeklik döneminde birlikte kitap okumanın uygulanabilirliğini ve çocuk gelişimine etkisini incelemektir. Birlikte kitap okumak, ebeveyn ve çocuk için hem keyifli hem de etkileşim ve gelişime destek veren önemli bir etkinliktir. Çocuğa her gün kitap okunuyor olması erken beyin gelişimini ve davranışlarını şekillendirdiği belirtilmektedir (1, 20, 25). Yapılan araştırmalarda, bebeklik ve erken çocukluk dönemi boyunca kitap okunan çocukların harfleri tanıma, konuşulan kelimenin yazımını anlama, kitabı tutabilme, sayfaları çevirme ve kitaba baştan başlayabilme gibi temel kitap becerileri öğrendiği ve okula hazır hale geldiği bulunmuştur (13, 15). Birlikte kitap okuma sadece çocuğun okur-yazarlık gelişimini değil, aynı zamanda sosyal, duygusal gelişimini, merak, hafıza ve ince motor becerilerini (sayfa çevirmek gibi) de geliştirir. Ebeveynler, kitap okurken günlük dilde kullanmadıkları daha karmaşık kelimeleri kullandıkları için çocukların kelime bilgisi artar (3). Açıklayıcı bir dil kullanmak, kitaba dokunmak, nesneyi işaret etmek çocuğun dikkatini odaklamasını destekler (1).

Yapılan araştırmalarda, birlikte kitap okuma etkinliğinin eğitsel etkinlik, yemek yeme, giyinme, oyuncaklarla oynama gibi diğer etkinlikler ile kıyaslandığında çocuğun dil gelişimine katkısının daha fazla olduğu bulunmuştur (9, 18). Bu araştırmalar, birlikte kitap okuma etkinliğine daha çok önem verilmesi gerektiğini destekler niteliktedir. Farklı ülkelerde, dil gelişim stratejileri temel alınarak bebeklik ve erken çocukluk dönemini destekleyici ulusal ve yerel devlet veya vakıf destekli birçok proje yürütülmektedir (23). Bu bağlamda, erken çocukluk gelişim problemlerini ve öğrenme güçlüklerini önlemek amacıyla “Reach Out and Read” adlı proje, 1989 yılında Boston’ da çocuk kliniğinde başlatıldı (17,24). Sürecin 3 önemli kısmı vardır: Doktorları gelişimsel olarak uygun öneride bulunmaları için eğitmek, 6 ay - 5 yaş dönemi içerisinde kliniğe rutin ziyaretlerinde aileye gelişime uygun bir kitap vermek, bekleme odasında ailelere örnek olması açısından gönüllü okuyucular bulundurmak. Son kısım, her zaman gönüllü bulunamadığından uygulamadan kaldırılmıştır (24). 1989’ dan itibaren yapılan araştırmalar programın etkinliğini kanıtlar niteliktedir. 20 yıldan fazladır uygulanan bu projenin ilk araştırmasında, katılımcı ailelerin kitap okuma etkinliğini en keyifli etkinliklerin biri olarak belirttikleri bulunmuştur (7, 12). Programa katılan ailelerin çocuklarıyla kitap okuma sıklığının arttığı belirtilmiştir (4, 6). Daha sonra yapılan çalışmalarda, programa katılan çocukların alıcı ve ifade edici dil puanlamalarında önemli farklılık izlenmiş, sesli kitap okumaya yönelik aile tutumlarını olumlu etkilediği bulunmuştur (8, 11, 14).

Yöntem - Gereçler: Araştırma, ön-test son-test içeren bağımlı grup çalışmasıdır. Araştırmamızın örneklemini 9-12-18 aylık 185 çocuk oluşturmaktadır. 9-12-18 aylık bebekleri seçmemizin nedeni, dil gelişimini daha belirgin şekilde izleyebilmektir (16). Kontrol grubu olarak Bebeklik ve Erken çocukluk dönemi Sosyal İletişim Alan Gelişim Tarama Testi’ (SIATT) nin norm grubu kullanılacaktır. Örneklem sayısı, kontrol grubu olarak kullanılacak olan araştırmanın yapılacağı klinikte geliştirilmiş SIATT testinin norm grubuna uygun olarak seçilecek. % 47.4’ ü kız %52.6’ sı erkek olan örnekleme 9 aylık 51 bebek, 12 aylık 52 bebek ve 18 aylık 82 bebek vardır. Ailelerin %85’ i orta düzey gelir seviyesinde olduklarını belirtmişlerdir (21).

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği’ nde bebeklerin kliniğe rutin ziyaretleri esnasında projeye katılmaya gönüllü olan ailelerden demografik bilgi alınacak. Reach Out and Read projesi ile uyumlu anket soruları ve Sosyal İletişim Alan Gelişim Tarama Testi (SIATT) verilecek. Projenin basamaklarına uygun şekilde, çalışma grubundaki aileler bilgilendirilecek ve gelişim dönemine uygun bir kitap verilecek. Düzenli olarak bebeğe kitap okumaları ve bebeğin kitapla etkileşime geçmesi konusunda desteklenecek. 3 ay sonra rutin kontrollerine geldiklerinde bir pekiştirme yapılacaktır. Proje katılımından 6 ay sonraki kontrollerinde anket soruları ve SIATT son test olarak tekrarlanacaktır. SIATT Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Gelişim Tarama Testi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği bünyesinde geliştirilmiştir. Türk çocukları için norm çalışması ve ölçüt geçerliliği çalışması (Denver GTT, M-CHAT, Bayley III) yapılmış olan SIATT testi 06-24 ay arası bebek ve çocukların gelişimini taramayı amaçlar (21). Anket soruları ise kitap okuma sıklığı, evdeki çocuk kitabı sayısı, çocukla beraber yapılan ve en sevilen etkinlikler gibi soruları kapsamaktadır (5). Anket soruları bir pilot çalışmayı takiben oluşturulacaktır. Ailelere vereceğimiz kitaplar, yaşamın ilk iki yılında önerilen resimli kitaplardan seçilecek. Kitapların temini ve seçiminde Anne Çocuk Eğitim Vakfı (AÇEV)’ nin desteği olacaktır. İstatistiksel değerlendirme, gelişim puanlarında veriler normal dağılıma uygun ise varyanslar homojen ise bağımsız iki grup için t testi, homojen değil ise Aspin Welch, veriler normal dağılıma uygun değil ise Mann Whitney U testi ile yapılacaktır. Çalışma grubunun ön-test son-test değerlendirmesi için normal dağılıma uygun ise bağımlı gruplarda t testi, normal dağılıma uygun değil ise Wilcoxon testi ile değerlendirme yapılacaktır.

Bulgular: SIATT testi ile çocuğun iletişim becerileri, hem dil öncesi (prelinguistic) beceriler: dinleme becerileri, işaret ederek gösterme dili anlama, nesne tanınması, yönerge takibi vb. ile konuşmaya geçiş yani kelime kullanımı gibi gelişimsel becerilere /göstergelere bakılacaktır. Çalışma grubundaki çocukların norm grubundaki çocuklara göre Sosyal İletişim Alan Testi (SIATT) puanları açısından yüksek yüzde grubunda olmaları (sosyal iletişim alan becerileri gelişimlerinin yaşlarına göre geliştirilmiş), riskli çocuk sayısının ve risk yüzdelerinin düşük olması ve ön-test SIATT puanlarına göre buldukları yüzdelik dilimlere göre son-test SIATT puanları yüzdelerinin daha yüksek olması beklenmektedir. Ön-test ve son-testte uygulanacak anket sorularına göre, projenin kitap okuma sıklığında artışa, evdeki okuma yazma materyallerinin sayısında artışa, ailenin kitap okuma tutumunda ve ailenin alışkanlıklarında değişikliğe, birlikte kitap okumanın keyif alınan bir etkinlik olarak benimsenmesine etkisinin olması beklenmektedir.

Sonuç: Çocukların erken yaşta kitapla tanışmaları ve uzun vadede yaşamlarında etkilerini görmeleri için projeye öncülük etmek önemli bir adımdır. Araştırma sonuçları projenin etkinliğini gösterir nitelikte olduğu takdirde, uygulamanın devamı ve diğer kliniklerde uygulanması sağlanmalıdır.

Kaynakça

1. Atkinson, M, Parks K, Cooley M, Sarkis L. *Reach Out and Read: A Pediatric Clinic–based Approach to Early Literacy Promotion*. *J Pediatr Health Care*. 2002; 16, 10-15.
2. Bus, Adriana G. "Parent-child book reading through the lens of attachment theory." *Literacy and motivation: Reading engagement in individuals and groups*. 2001: 39-53.
3. Crain-Thoreson, C., Dahlin, M. P., & Powell, T. A. *Parent-Child Interaction in Three Conversational Contexts: Variations in Style and Strategy*. *New directions for child and adolescent development*. 2001(92), 23-38.
4. Fortman KK1, Fisch RO, Phinney MY, Defor TA. *Books and babies: clinical-based literacy programs*. *J Pediatr Health Care*. 2003;17(6):295-300.
5. Gramann J. *Reach Out and Read Assessment: The Final Report*. URL: <http://www-tcall.tamu.edu/research/rora/docs/rorafinal3-07.pdf>. 05.05.2016
6. Golova N, Alario AJ, Vivier PM, Rodriguez M, High PC. *Literacy promotion for Hispanic families in a primary care setting: a randomized, controlled trial*. *Pediatrics*. 1999;103:993-997.
7. High P, Hopman M, LaGasse L, et al: *Evaluation of a clinic-based program to promote book sharing and bedtime routines among low-income urban families with young children*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 459.
8. High P, LaGasse L, Becker S, et al: *Literacy promotion in primary care pediatrics: Can we make a difference?* *Pediatrics* 2000; 104: 927.
9. Hoff-Ginsberg E. *Mother-child conversation in different social classes and communicative settings*. *Child Dev* 1991;62: 782-96.
10. Huebner CE: *Promoting toddlers' language development through community-based intervention*. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2000; 21: 513.
11. Iman Sharif, MD, Sarah Reiber, and Philip O. Ozuah, MD, MEd. *Exposure To Reach Out And Read And Vocabulary Outcomes In Inner City Preschoolers* *Journal Of The National Medical Association* Vol. 2002; 94:3.
12. Jones VF, Franco SM, Metcalf SC, Popp R, Staggs S, Thomas AE. *The value of book distribution in a clinicbased literacy intervention program*. *Clin Pediatr*. 2000;39:535-541.
13. Mason J, Allen JB. *A review of emergent literacy with implications for research and practice in reading*. *Rev Res Educ*. 1986;13:3-47.
14. Mendelsohn A, Mogilner L, Dreyer B, et al: *The impact of a clinic-based literacy intervention on language development in inner-city preschool children*. *Pediatrics* 2001; 107: 130.
15. Metin G, Gökçay G, *Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Kitap Okuma: Çocuk Sağlığı İzlemlerinde Etkili Bir Gelişim Önerisi*. *Çocuk Dergisi* 2014; 414(3):89-94, doi:10.5222/j.child.2014.089.
16. Needleman R, Fried LE, Morley DS, Taylor S, Zuckerman B. *Clinic-based intervention to promote literacy: a pilot study*. *Am J Dis Child*. 1991;145(8):881– 884.
17. Needleman R, Class P, Zuckerman B. *Reach out and get your patients to read*. *Contemporary Pediatrics*. 2002;19 (1).
18. Neuman SB. *Guiding young children's participation in early literacy development: a family literacy program for adolescent mothers*. *Early Child Dev Care* 1997;127-128:119-29.
19. Ninio A, Bruner J: *The achievement and antecedents of labeling*. *Journal of Child Language* 1978; 5: 1.
20. Se'ne' chal M, LeFevre JA, Hudson E, Lawson EP. *Knowledge of storybooks as a predictor of young children's vocabulary*. *J Educ Psychol*. 1996;88(3):520 –536
21. Sertgil, NK. *Bebeklik Ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimsel Risk Tespiti İçin Sosyal Gelişim Alanı Tarama Testi (SİATT) Norm, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul: 2011.*
22. Whitehurst GJ, Lonigan CJ: *Child development and emergent literacy*. *Child Dev* 1998; 69: 848.
23. *Veryeri Alaca I. 0-5 yaş çocuk ve ailelerine yönelik devlet destekli dil gelişimi stratejileri, medya ve okuma kültürü projeleri. I. Türkiye Medya ve Çocuk Kongresi Bildiriler Kitabı. Çocuk Vakfı Yayınları, 2013.*
24. Zuckerman B, *Promoting Early Literacy in Pediatric Practice: Twenty Years of Reach Out and Read*, *Pediatrics* 2009;124;1660-1665. DOI: 10.1542/peds.2009-1207.
25. Zuckerman B, Augustin M. *Books and Reading: Evidence-Based Standard of Care Whose Time Has Come*. *Academic Pediatrics*, 2011;11:11-17.

Anahtar Kelime: Birlikte kitap okuma, Reach out and Read projesi, konuşma öncesi beceriler,

PS-026

SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİNDE B12 VİTAMİNİ VE DEMİR DÜZEYLERİ

Nalan KARABAYIR¹, Pınar YAMAÇ DİLAVER

¹İMÜ Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri BD

Giriş - Amaç: Anemi ülkemizde özellikle sütçocukluğu döneminde sık rastlanan bir durumdur. Demir eksikliği en sık rastlanan anemi nedeni olmakla beraber, B12 eksikliği anemi dışında bulgularla seyredabilen önemli bir durumdur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne sütündeki eksiklik nedeniyle ilk 2 yaş grubunda anemi, nörolojik gelişimde gerilik ile bulgu verir. Çocukluk çağında vitamin B12 eksikliğinin düşünülmesi, tanısının konulması ve tedavi edilmesi önemlidir. Tedavi maliyeti oldukça düşük olmasına karşın, tedavide gecikme derin anemi, geri dönüşümsüz nörolojik hasar gibi oldukça ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada 4-6 aylık bebeklerde hemoglobin, hematokrit, MCV, lökosit, trombosit, B12, demir, TDBK düzeyleri araştırıldı.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Ocak 2014 ile Mart 2016 arasında Sosyal Pediatri polikliniğine başvuran 4-6 ay arası 259 bebek alındı. Aynı kişi tarafından antropometrik ölçümleri alınan bebeklerin beslenme biçimleri kaydedildi. Pediatri uzmanı tarafından öyküleri alınıp, fizik muayeneleri yapılan bebeklerin hematokrit, hemoglobin, MCV, lökosit, trombosit, B12, demir ve TDBK düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: %45,2'i kız, %54,8'i erkek toplam 259 bebeğin 202'si (%78) yalnızca anne sütü ile 36 (%13,9)'sı anne sütü + formula, 21'i (%8,1) ise yalnız formula ile besleniyordu. Bebeklerin 98'inde (%37,8) hiçbir semptom yokken, 110 (%42,4) bebekte solukluk, 64 (%24,7) bebekte emmeme/iştahsızlık, 21 (%8,1) bebekte huzursuzluk, 7 (%2,7) bebekte gelişme geriliği, 4 (%1,5) bebekte hipotoni, 1 (%0,3) bebekte ise konvülsiyon mevcuttu. Bebeklerin ortalama hemoglobin 10,5±0,9 g/dL, hematokrit % 34,3±2,4, MCV 74,7±4,2 fL, lökosit sayısı 10,2±2,9 x10⁹/L, trombosit sayısı 400 ±102,9 x10⁹/L, B12 vitamini 392±146,1 pg/mL, demir düzeyi 44,9±18,3 mcg/mL, TDBK ise 276,5±54,1 mcg/dL bulundu. Bebeklerin 72'sinde (%27,8) hgb < 11 gr olup, 104'ünde (%40,2) B12 düzeyi düşük bulunurken, 57 (%22) olguda demir eksikliği saptandı. Antropometrik ölçümlerle hgb, B12, demir ve TDBK düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05). Beslenme biçimlerine göre karşılaştırıldığında yalnızca anne sütü ile beslenen grupta diğer gruplara göre B12 ve demir düzeyi anlamlı ölçüde düşük (p=0,000, p=0,014), TDBK düzeyi de yine yalnızca anne sütü alan grupta anlamlı derecede yüksek olarak saptandı (p=0,006). Semptomlarla demir ve B12 düzeyleri arasında ise ilişki saptanmadı.

Sonuç: Süt çocukluğu döneminde pek çok semptomu neden olabilen B12 eksikliği özellikle anne sütü alan bebeklerde annelerin depolarının yetersiz olması nedeniyle kolaylıkla ortaya çıkabilir. Bu nedenle prenatal dönemden itibaren annelerin, yaşamın ilk 6 ayında ise bebeklerin B12 düzeylerinin kontrol edilerek desteklenmesi, sonuçları ağır ve geri dönüşümsüz olabilen bu durumun önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelime: Anemi, B12 vitamini, demir eksikliği, sütçocuğu

PS-027

ANNE/BABALARIN ZAYIFLAMA ÜRÜNLERİ HAKKINDA GÖRÜŞ, BİLGİ VE DAVRANIŞLARINI BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI

Selda BÜLBÜL¹, Kübra ERDOĞAN

Kırıkkale Üniversite Tıp Fakültesi Küçük Adımlar

Giriş - Amaç: zayıflama ürünleri toplumda kullanımı yaygın olmasına karşın, toplumun bu ürünlerin çeşitliliği ve bu uygulamaların zarar ve yan etkileri konusundaki bilgisi yeterli değildir. Bu çalışmada anne/babaların zayıflama ürünlerine yönelik yaklaşım ve uygulamaları değerlendirilmiştir.

Yöntem - Gereçler: Bu kesitsel çalışmada, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Diyetisyenine başvurmuş obez çocukların anne/babaları araştırma grubunu oluşturmuştur. Veriler, araştırma grubunun kendileri tarafından doldurulmuş 36 sorudan oluşan anketlerden elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 125 [%60,8 kadın, %38,4 erkek] kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33.44 (min 20 ve maks 80) yıl, ortalama Beden Kitle İndeksi 28.10 (min 13 ve max 45), ortalama sahip olunan çocuk sayısı 2.13 olup, araştırma grubunun %62.4'ü 8 yıl ve üstü eğitim düzeyine sahiptir ve %60'nın düzenli geliri vardır. Bu grubun %56.8'i beden görüntüsünden memnun değildir ve %46.4'ü kendisini şişman olarak tanımlamıştır, %55.2'sinin de ailede şişman bir birey mevcuttur.

Araştırma grubunun %55,6'sı en az 1 bir zayıflama ürünü biliyor, en fazla bilinen ürün yeşil çay (%23), zayıflama hapları (%10.4) ve diğer çaylardır (%18.9). Zararlı etkileri nelerdir diye sorulduğunda %91.3'ü soruyu cevapsız bırakmıştır.

Araştırma grubunun %75.2'si son bir yılda kendileri için bir zayıflama ürünü kullanmış. Bu ürünü en fazla (%32.6) eczacının önerdiğini, %50'si aktardan aldığını ve ancak %30'u yarar gördüğünü ve %23.9'u bu ürünü başkalarına tavsiye edebileceğini ifade etmiştir. Bu ürünü alırken %50'sına yan etki bilgisi verilmemiştir, %55,6'sı süregen bir hastalığı olup olmadığını söylememiş, %71.1'i bakanlık onayı olup olmadığını sormamıştır.

Sonuç: Zayıflama ürünleri toplumda kullanımı hiç de az değildir. Bu uygulamaların çoğu kişiye zarar verebilir ancak araştırmamız sonucu bireylerin bu yöntemlerin sağlıksız olduğu konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Bu ürünlerin kullanılma şekli, potansiyel yararları ve zararları konusunda sadece toplumun değil aynı zamanda sağlık çalışanlarının da bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

Anahtar Kelime: Anne/baba, zayıflama ürünü, bilgi, tutum

PS-028

ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ BELİRTİSİ GÖSTEREN İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN SAPTANMASI

Selda BÜLBÜL¹, Yurdagül ERDEM², Fatma ELİBOL², Nesime GÜZEL ERTOP²

¹Kırıkkale Üniversite Tıp Fakültesi Küçük Adımlar

²Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş - Amaç: Öğrenme Güçlüğü (ÖG), bir veya daha fazla alanın işlevselliğinde bozulmaya yol açan, çocukluk çağıının sık görülen gelişimsel ve nörobiyolojik rahatsızlığıdır. ÖG, dinleme, konuşma, okuma, yazma, akıl yürütme ile matematik yeteneklerin kazanılmasında ve kullanılmasında önemli güçlükler ile kendini gösteren heterojen bir bozukluktur.

Ülkemizde okul çağı çocuklarının %10-20'sinde öğrenme güçlüğü görülmektedir. Öğrenme güçlüklerinin nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Genel görüşe göre öğrenme bozukluğu çeşitli genetik ve çevresel etmenlerle belirlenen biyolojik temele dayalı işlevsel bir bozukluktur. Öğrenme güçlüğü bazı etmenlerin neden olduğu düşünülmektedir bunlar; yakın akraba evlilikleri, genetik, metabolik hastalıklar, gebelik sırasında bakımın yetersizliği, geçirilen hastalıklar, çoğul, kısa ya da uzun süreli gebelikler, doğum anoksisi, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, gebelikte ilaç, sigara yada madde kullanımı, grip virüsleri, kurşun zehirlenmesi gibi etmenler sayılabilir. Bu çalışmanın amacı, Kırıkkale'de yaşayan ve ilköğretim 2,3 ve 4 ve 5.sınıf da eğitim gören, Korkmazlar (1993) tarafından hazırlanan Öğrenme Bozukluğu Belirti Tarama listesine göre öğrenme güçlüğü belirtileri gösteren çocukların saptanması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem - Gereçler: İl merkezinde bulunan sosyoekonomik düzeyi düşük (SEDD) ve sosyoekonomik düzeyi yüksek (SEDY) 5'er ilköğretim okullarının ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıflarında Korkmazlar (1993) tarafından hazırlanan Öğrenme Bozukluğu Belirti Tarama listesi uygulanarak öğrenme güçlüğü belirtisi tespit edilen öğrenciler çalışma grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise, öğrenme güçlüğü belirlenen öğrencinin sınıfından ve öğrenme güçlüğü olmadığı düşünülen ve akademik başarıları yüksek öğrenciler oluşturmuştur.

Bulgular: SEDY okullardan 373, SEDD okullardan 506 olmak üzere toplam 879 öğrenci alınmıştır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerde öğrenme güçlüğü olan öğrenci sayısı SEDY olan okullardan 42 (511,6), SEDD olan okullardan 132 (%19,79) toplam 174'dür (%26,09). ÖG bulunan öğrencilerin %62,07'si erkek, 37,93'ü kız öğrencidir. Bu öğrencilerin öğretmenleri tarafından yapılan genel ders başarı değerlendirmesinde öğrencilerin %43,68'inin genel ders başarıları zayıf, %44,83'ünün orta, %11,49'unun iyi olarak değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin özellikle annelerin çocukla oynama, nitelikli zaman geçirme, ödevlerine yardım etme, gibi etmenlerin öğrenme güçlüğü olmayan çocuklarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Akraba evliliği oranının öğrenme güçlüğü olan grupta daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Öğrenme güçlüğüne açısından toplumun, öğretmenlerin bilinçlendirilmesi ve çocukların erken tanı alması sağlanarak uygun tedavi ile topluma ve okula uyumunun artırılması önerilmektedir. Ayrıca, öğrenme güçlüğü olan ve olmayan tüm çocukları gelişimi için ebeveynlerin olumlu rol model olmaları, birlikte kitap okumaları, nitelikli zaman geçirmeleri yönünde ailelerin, toplumun bilinçlendirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelime: öğrenme güçlüğü, ilköğretim okulu, çocuk, oyun

PS-029

KIRIKKALE İLİNDE OKUL ÇAĞI DÖNEMİNDEKİ ÇOCUKLARDA LAKTOZ İNTOLERANSI VE LAKTAZ EKSİKLİĞİ

Selda BÜLBÜL¹, Fulya GÜLERMAN, Burcu GÜVEN

¹Kırıkkale Üniversite Tıp Fakültesi Küçük Adımlar

Giriş - Amaç: Laktaz eksikliği ve laktoz intoleransı, intestinal mikrovilluslerin fırçası kenarlarında bulunan laktaz enziminin ekspresyonunun ya da aktivasyonunun azalması sonucu ortaya çıkan aynı hastalığın iki farklı formudur. Coğrafi bölgelere ve etnik gruplara göre laktaz aktivitesi farklılık göstermektedir. Bu araştırmada, Mayıs 2012 tarihinde ülkemizde başlatılan 'okul sütü programı' sonrası kliniğimize, gastrointestinal semptomlar ile başvuran hastalar değerlendirilmiş ve Kırıkkale ilinde laktaz yetmezliği ve laktoz intoleransı prevalansı belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: 'Okul sütü programı' doğrultusunda süt içen 22.000 okul çağı çocuğundan 56'sı, gastrointestinal semptomlar ile Kırıkkale'de herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Sağlık Bakanlığının isteği ile bu hastalar kliniğimize davet edilmiş, ve başvuran 39'u kliniğimizde tekrar değerlendirilmiştir. Süt içen ancak herhangi bir semptom vermeyen 6-11 yaş arası 48 çocuk da kontrol grubu olarak seçilmiştir. Kontrol ve çalışma grubuna laktoz intoleransı, süt tüketimi, allerji ve aile öyküsüne yönelik bir anket doldurtulmuştur. Sadece hasta çocuklara laktaz yüklem testi yapılmış ve açlık kan şekeri değerine göre herhangi bir test örneğinde %20'sinden fazla ve/veya 20 mg/dl kan glukoz değerinde artış olan olgular normal, bu artışı göstermeyen olgular laktaz yetmezliği olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunda 22 hastada (%59.5) laktaz eksikliği, 7 hastada (%18.1) laktoz intoleransı saptanmış olup, yaş ile birlikte laktaz eksikliği oranının %10.8'den %21.7'ye arttığı görülmüştür. Çalışma ve kontrol grubu arasında süt tüketimi, allerji ve aile öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu dönemde süt içen 22.000 çocuk ve semptom ile başvuran 56 çocuk ele alındığında Kırıkkale ilinde laktaz eksikliği prevalansı %0.2-0.3 olarak verilebilir.

Sonuç: Laktoz intoleransı ve laktaz eksikliği oldukça sık görülen bozukluklardır. Türkiye'de bu hastalıkların prevalansı hakkında yeterli araştırma bulunmamaktadır. Bizim yazımız çok kabaca bir fikir vermektedir. Bu nedenle gerçek durumu göstermek amacıyla bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: süt, laktaz eksikliği, laktoz intoleransı, çocuk

PS-030

HASTANEMİZE BAŞVURAN 6 AY-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA VE ANNELERİNDE DEMİR EKSİKLİĞİ VE VİTAMİN D DÜZEYİ İLİŞKİSİ

Elif ÜNVER KORĞALI¹, Meriç KAYMAK CIHAN², Fatih BOLAT³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Sivas²

³Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Sivas³

Giriş - Amaç: Demir eksikliği (DE) tüm dünyada karşılaşılan en sık besinsel eksikliklerden birisidir ve önemli bir halk sağlığı problemidir. Demir eksikliği anemisi (DEA) özellikle çocuklarda ve kadınlarda sıktır. DE ve DEA enfeksiyonlara yatkınlık, çocukluk mortalitesinde artış, büyüme ve gelişimde gerilik, mental kapasitede azalma gibi ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Vitamin D (VitD) ise temel olarak kas iskelet sisteminde kalsiyum ve fosfor metabolizmasında rol almakla beraber, son yıllarda sağlıklı çocuklarda vitamin D eksikliği, anemi ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada 6ay-5yaş arasındaki çocuklar ile annelerinde DE/DEA ile VitD düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Eylül 2014 – Ocak 2016 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Pediatri Ünitesi'ne başvuran 6 ay-5 yaş arasındaki sağlıklı çocuklar ve annelerinden hemogram, C-reaktif protein, serum kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz, demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, VitD ve B12 vitamin (Vit B12) düzeyleri çalışıldı. Çocuklar DE (serum ferritin düzeyi <12 ng/ml ve transferrin saturasyonu <%16) veya DEA (Hgb<11 gr/dl) olanlar (grup 1) ve DE/DEA olmayanlar (grup 2) şeklinde 2 gruba ayrıldı. Her iki grupta çocukların doğumdan itibaren ve annelerinin gebelikte ya da gebelik sonrasında demir ve VitD kullanımları sorgulandı. Çalışma için Cumhuriyet Üniversitesi'nden etik kurul kararı alındı.

Bulgular: Çalışmaya 117 çocuk ve annesi dahil edildi. Grup 1'de 67, grup 2'de 50 çocuk-anne çifti vardı. Her iki grup arasında çocukların doğum haftası, yaşı, cinsiyeti, baş çevresi persentilleri, çocuğa profilaktik demir ve VitD başlama zamanı, aile yapısı, annelerin gebelikte düzenli doktor kontrolü, gebelikte demir kullanımı, gebelikte demir başlanan ay, doğum sonrası demir kullanım süresi, annelerin boy ve ağırlıkları arasında anlamlı fark saptanmadı. Grup2'deki annelerin gebelik sırasında düzenli demir kullanım süreleri grup1'deki annelere kıyasla anlamlı olarak daha uzun bulundu (5.2 ± 2.5 ve 6.3 ± 2.4 ay, p=0.03). Grup 1'deki çocukların 6'sına (%9) ağır DEA nedeniyle transfüzyon yapıldı. Çocuklara ait özellikler Tablo 1'de ve her iki gruptaki çocuk-anne çiftlerinin laboratuvar verileri ise Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çocuklara ait sosyodemografik özellikler

	Grup 1 (DE/DEA olanlar)	Grup 2 (DE/DEA olmayanlar)	p
Doğum ağırlığı (kg)	3.03±0.5	3.3 ± 0.6	0.03*
Anne yaşı (yıl)	29.1±6.3	30.9 ± 4.5	0.04*
Ailenin çocuk sayısı	2.5 ± 0.9	1.86 ± 0.9	0.001*
Vücut ağırlığı>50 p olan çocuk oranı (%)	17.9	40	0.008*
Boy uzunluğu>50 p olan çocuk oranı (%)	29.9	58	0.002*
Sadece anne sütüyle beslenme süresi (ay)	6.05±3.1	4.3 ± 2.4	0.001*
Ek gıda başlama zamanı (ay)	6.3 ± 2.3	5.4 ± 1.5	0.003*
Profilaktik demiri düzenli kullanma süresi (ay)	4.8 ± 3.7	8.9 ± 4.2	<0.001*
Verilen demir damla sayısı	4.2 ± 2.8	7.2 ± 2.9	<0.001*
Profilaktik VitD düzenli kullanma süresi (ay)	9.3 ± 3.7	11.3 ± 3.4	0.003*
Annelerin lise/üniversite mezunu olma oranı (%)	34.3	62	0.002*
Babaların lise/üniversite mezunu olma oranı (%)	49.3	76	0.002*

*p<0.05

Tablo 2: Grup ve Grup 2'deki çocuk ve annelerinin laboratuvar değerleri

	ÇOCUKLAR		p ¹	ANNELER		p ²
	GRUP 1	GRUP 2		GRUP 1	GRUP 2	
Hgb (gr/dl)	9.9 ± 2.3	12.5 ± 1	<0.001*	12.6 ± 1.5	13.1 ± 1.4	0.06
Htc (%)	31.8 ± 5.7	37.3±3.2	<0.001*	37.9 ± 3.6	39.7 ± 3.5	0.004*
MCV (fl)	65.3 ± 10.	77.1±7.2	<0.001*	81.4 ± 9.4	85.4 ± 5.4	0.006*
RDW (%)	18.6 ± 4.1	14.5 ± 3	<0.001*	14.5 ± 2.1	13.9 ± 1.4	0.12
Plt(10 ³ /mm ³)	380 ± 123	332 ± 92	0.02*	268 ± 70	266 ± 64	0.83
Fer (ng/dl)	6.9 ± 5	34 ± 26.5	<0.001*	17.1 ± 16	26.7±27	0.002*
TSAT (%)	8.3 ± 7.5	21.1 ± 8.6	<0.001*	17 ± 11	19.5±11.5	0.12
Vit D (ng/ml)	21.9 ± 12	33.3 ± 22	<0.001*	12.2 ± 11.4	18.9 ± 13	<0.001*
Vit B12 (pg/ml)	324 ± 214	375 ± 174	0.04*	244± 83	278±89	0.03*
Ca (mg/dl)	9.8 ± 1	9.9 ± 0.6	0.11	9.2 ± 0.4	9.2 ± 0.5	0.83
P (mg/dl)	4.7 ± 1	4.8 ± 0.8	0.55	3.7 ± 0.7	3.7 ± 0.7	0.78
ALP (U/L)	232 ± 120	250 ± 89	0.02*	84 ± 47	102 ± 58	0.08

*p<0.05

P¹: grup1 ve grup2'deki çocukların karşılaştırılmasıP²: grup1 ve grup2'deki çocukların annelerinin karşılaştırılması

Kısaltmalar: Hgb:Hemoglobin, Htc:Hematokrit, MCV:Ortalama eritrosit büyüklüğü, RDW:Eritrosit dağılım genişliği, Plt: Trombosit sayısı, Fer: Ferritin, TSAT: Transferrin saturasyonu, Ca:Kalsiyum, P:Fosfor, ALP: Alkalen fosfataz

Sonuç: Çalışmamızın verilerine göre DE/DEA olan çocuklarda VitD eksikliği korele seyretmektedir. Aynı zamanda annenin vit D düzeyi ile çocuğun VitD düzeyi de koreledir. Annede DE varsa çocuğunda anemi ve Dvit eksikliği olma riski artmaktadır. Anne ve babanın eğitim düzeyi ile çocukta DE/DEA olma durumu ters koreledir.

Ülkemizde çocuklarda ve gebelerde demir ve VitD profilaksisi uygulanmasına rağmen, DE/DEA ve VitD eksikliği sık görülmektedir. Özellikle çocuklarda transfüzyon gerektirecek kadar ağır anemilere yol açabilmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının bu konudaki duyarlılıklarının arttırılarak annelerin ve çocukların profilaktik demir ve VitD preparatlarını uygun ve düzenli kullanmaları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelime: Demir eksikliği, Vitamin D, anne-çocuk

PS-031

SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU: GEÇ TANI ALMIŞ BİR ÇOCUK İSTİSMARI OLGUSU

Sadık AKŞİT, Feyza KOC¹, Şule GÖKÇE, Sanem YILMAZ, Arda TOMBA, Merve TOSYALI

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Sarsılmış bebek sendromu beş yaş altındaki çocuklarda (genellikle iki yaş altında), retinal kanama, kemik kırıkları (metafizyel ve/veya kosta kırıkları) ve subdural/subaraknoid kanama ile kendini gösteren ağır bir çocuk istismarı şeklidir.

Yöntem - Gereçler: Daha öncesinde hiçbir yakınması olmadığı belirtilen üç aylık kız olgu başvuru günü beslenme sonrası kusma ardından 5-10 dakika süren bilinç kaybı ve gözlerde kayma nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinden, 1,5 ay önce sağ kolda kırık nedeniyle ameliyat olduğu öğrenildi. Soy geçmişi dikkate değer bir özellik yoktu.

Bulgular: Fizik bakıda, letarjik olan olguda Glasgow Koma Skoru 10 olup göz dibi bakısında bilateral yaygın retinal kanama saptandı. Hemogram, kanama diatez testleri, kan biyokimyası normal sınırlarda olup metabolik tarama testlerinde patoloji saptanmadı. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta 1., 2. ve 4. kostaların orta aksiller çizgiyi kestikleri bölgede ve 10. kostanın arka yarısında değişik iyileşme düzeylerinde kallus oluşumları izlendi. İskelet taramasında daha önce akciğer grafisinde belirtilen bulgulara ek olarak sağ humerus proksimal diyafizinde iyileşmiş fraktür belirlendi. Kraniyal bilgisayarlı tomografide bilateral parietal, oksipital ve sol temporal kemikte çok sayıda fraktür hattı, vertekse yakın alanda epidural ve subdural kanama saptandı. Çocuk istismarı ve ihmali olarak değerlendirilen olgu yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Aile görüşmesinde mevcut klinik durumu açıklayabilecek öykü alınamadı. Daha önceki kırığın bebeğin beşiğine kolunun sıkışması sonucu olabileceği belirtildi. Hastanın yatışının ikinci gününde ellerde-kollarda kasılma, gözlerde kayma şeklinde nöbetler gözlenmesi üzerine midozolam ve levatirasetam tedavisi başlandı. Çocuk Koruma Birimi tarafından değerlendirilen olguda sarsılmış bebek sendromu düşünülerek savcılık ve çocuk polisine bildirim yapıldı. Mahkeme kararıyla bebeğin çocuk bakım evine yerleştirilmesi kararı çıktı. Yatışının 15. gününde nöbetlerinin olmaması üzerine oral levatirasetam tedavisi ile nöroloji, beyin cerrahisi, göz hastalıkları ve sosyal pediatri polikliniklerine kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Bu hastada 1,5 aylık iken hastanede humerus kırığı saptandığında çocuk istismarı düşünülerek adli bildirim yapılmış olsaydı daha sonraki ağır fiziksel istismar önlenebilirdi. Bu nedenle, travma öyküsüyle hastaneye getirilen küçük çocuklarda, özellikle klinik bulgularla aileden alınan öykü birbiriyle örtüşmediğinde ayırıcı tanıda mutlaka çocuk istismarı akla gelmelidir.

Anahtar Kelime: sarsılmış bebek, geç tanı, öykü

PS-032

DENİZLİ İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ EMZİRME DANIŞMANLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet ERGİN, Caner ÖZDEMİR, Sertap ATCI
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Bu çalışmanın amacı Denizli il merkezinde çalışan aile sağlığı elemanlarının emzirme danışmanlığı konusundaki bilgi ve becerilerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: Kesitsel tipteki bu araştırmaya 128 (%92,7) aile sağlığı elemanı katılmıştır. Araştırma 11-15 Ekim 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerle ilgili 6 soru, emzirme danışmanlığı eğitim durumu ile ilgili 5 soru, literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan emzirme danışmanlığı ile ilgili bilgilerinin sorgulandığı 26 soru ve emzirme danışmanlığı konusundaki becerilerini katılımcının kendisinin değerlendirmesinin istendiği 21 soru olmak üzere toplam 58 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Katılımcıların emzirme danışmanlığı bilgi düzeyi ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar doğru ise 1, yanlış ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Her bir katılımcı bilgi puanından en az 0, en fazla 50 puan alabilmektedir. Katılımcıların emzirme danışmanlığı becerileri ile ilgili kendilerini değerlendirdikleri sorulara verdikleri yanıtlar her zaman için 2, bazen için 1 ve hiçbir zaman için 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Her bir katılımcı beceri puanından en az 0 ve en fazla 42 puan alabilmektedir. Bilgi ve beceri puanlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon modeli kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 128 kişinin %89,1'i ebe, %10,9'u hemşiredir. Ebe ve hemşirelerin %60,6'sı 40 yaşın altındadır ve %71,1'i 15 yıldan fazla süredir görev yapmaktadır. Katılımcıların %89,8'i evli veya boşanmış ya da ayrı yaşıyor olup %85,9'unun çocuğu vardır. Aile sağlığı elemanlarının %47,7'si ön lisans, %22,7'si yüksekokul, %18'i üniversite ve %11,7'si sağlık meslek lisesi mezunudur. Katılımcıların %89,8'i daha önce danışmanlık eğitimi almıştır. Ebe ve hemşirelerin %59,5'inin son aldıkları eğitimin üzerinden 5 yıldan fazla zaman geçmiştir ve %31,3'ü tekrar eğitim istemektedir. Katılımcıların emzirme danışmanlığı ile ilgili bilgi puanı ortalama ve standart sapması $38,68 \pm 4,02$ olup, beceri puanı ortalama ve standart sapması $39,32 \pm 2,53$ 'tür. Yapılan lineer regresyon analizinde evli veya boşanmış/ayrı yaşıyor olmanın (Beta: 0,152, $p=0,045$) ve ön lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olmanın (Beta: 0,308, $p<0,001$) emzirme danışmanlığı bilgi puanını arttırdığı bulunmuştur. Emzirme danışmanlığı beceri puanı ise çocuk sahibi olanlarda (Beta: 0,193, $p:0,033$) daha yüksek olarak saptanmıştır.

Sonuç: Emzirme danışmanlığı veren aile sağlığı elemanlarının danışmanlık bilgi puanları orta-yüksek düzeyde olup beceri puanları yüksektir. Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili mesleki bilgi ve becerilerini güncel tutmak amacıyla sürekli eğitimlerin planlanması gereklidir.

Anahtar Kelime: Anne sütü, danışmanlık, emzirme, Denizli

PS-033

PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDA ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞINDA VÜCUTDIŞI ŞOK DALGASI TAŞ KIRMA (ESWL) TECRÜBESİ

Selçuk YÜCEL, Kürşat AKSU
Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Pediatrik yaş grubunda üriner sistem taş hastalığı idrar yolu enfeksiyonu, karın ağrısı ve hematüri ile başvuran hastalarda ülkenin taş kuşağında olması nedeniyle akla getirilmesi gereken hastalıklardan biri olmalıdır. Pediatrik hasta grubunda üriner sistem taş hastalığı tedavisinde Vücutdışı Şok Dalgası ile Taş Kırma (ESWL) modalitesi birinci basamakta düşünülmesi gereken bir yöntemdir. Son 10 yıl içerisinde pediatrik hasta grubundaki ESWL tecrübemizi ve sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Toplam 26 kız ve 40 erkek çocuğun 6 sında üreter ve 60 ında böbrek taşlarına ESWL uygulandı. 7 hastada bilateral böbrek taşı ve 1 hastada pelvik yerleşimli böbrekte taş vardı. 12 hasta 3 yaş altıydı. Tüm hastaların ortalama yaşı 5.4 yıldır (aralık:1-16 yaş). Hastalara 3 yaş altındaki gruba genel anestezi ve üstündeki gruba sedasyon ve analjezi uygulandı. Taş kırma öncesi tüm hastalarda idrar kültürünün steril olması ve kan pıhtılaşma ve hemogramlarının normal olması kontrol edildi. Hastalara profilaktik antibiyotik verildi. Taş kırma yöntemi tüm hastalarda sadece ultrason kılavuzluğunda piezoelektrik yöntemi kullanılarak yapıldı (Wolf 3000 Piezolith marka).

Bulgular: Taş boyutları 5-15 mm arasındaydı (ortalama 8.2 mm). Hasta başına medyan ESWL seansı 2 bulundu (aralık: 1-4). Üreter taşlarında taşlar tek seans ile temizlendi. Anestezi altında yapılan ESWL seanslarında ortalama süre 15 dakikaydı (aralık: 10-25 dakika). 3 yaş altı grupta sadece 1 hastada 2. seans ESWL gerekli oldu. Hiçbir hastada ESWL veya anesteziye bağlı komplikasyon gelişmedi. Taşsızlık oranı %100 olarak saptandı. Hastaların taş analizi sonuçları 3 hastada sistin taşı; 7 hastada enfeksiyon taşı; 56 hastada kalsiyum oksalat veya fosfat olarak saptandı.

Sonuç: Pediatrik yaş grubunda **uygun seçilmiş hastalarda** üriner sistem taş hastalığı tedavisinde ESWL güvenli ve etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelime: üriner taş

PS-034

BİR EMZİRME DANIŞMANLIĞI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ANNE VE BEBEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nalan KARABAYIR

İMÜ Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri BD

Giriş - Amaç: Anne sütü yenidoğanın gelişimini destekleyecek özelliklere sahip en önemli besindir. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF bebeklerin, ilk 6 ay içerisinde sadece anne sütü ile beslenmeleri, emzirmenin en az 2 yaşına kadar sürdürülmesi gerektiğini bildirmektedir. Emzirmenin başlaması ve devam ettirilmesi pek çok faktörden etkilenir. Emzirme danışmanlığı polikliniğinde eğitimli kişiler tarafından emzirme ile ilgili sorunların çözümlenerek anne sütü ile beslenmenin başlatılması ve sürdürülmesi oranlarının artırılması hedeflenmektedir. Bu çalışmada ailelerin bir emzirme danışmanlığı birimine başvurma nedenleri ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Yöntem - Gereçler: Nisan 2016- Ağustos 2016 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Pediatri BD Emzirme Danışmanlığı Polikliniğine başvuran 26 anne ve bebek ile 3 gebeye ait toplam 29 dosya retrospektif olarak değerlendirildi. Kadın Doğum kliniğine başvuran tüm anne adaylarına bu poliklinik hakkında bilgi verilmekte olup, kurumun web sayfasında da yer almaktaydı. Her başvuru sırasında doldurulan emzirme danışmanlığı formları incelenerek anne ve bebeklerin bazı özellikleri, emzirme danışmanlığı alma nedenleri, emzirme danışmanlığında saptanan sorunlar ve öneriler değerlendirildi.

Bulgular: Annelerin % 51,7'si 25-30 yaş aralığında olup, %65,5'inin ilk bebeğiydi. Annelerin % 48,2'si ağlama, % 27,8'i beslenme konusundaki endişe, %13,7 emmeme, % 10,3'ü bebeğinde yetersiz kilo alımı nedeniyle başvururken, % 10,3'ünü ise emzirme tekniğini öğrenmek üzere gelen gebeler oluşturmaktaydı. Annelerin %52'de emzirme tekniği yanlışlığı, % 27,5'da meme başı çatlağı, %13,7'de emmeme, %6,8 mastit söz konusuydu. Başvuranların hepsi en az 2 kez danışmanlık hizmeti verilmişti. Takip edilen annelerin % 82,8'inin yalnız anne sütü ile bebeğini başarı ile emzirdikleri saptandı.

Sonuç: Emzirme danışmanlığı hizmetlerinin anne sütü ile beslenme sırasında karşılaşılan sorunların çözümüne katkısı büyüktür. Bu tür merkezlerin yaygınlaşması anne sütü verme oranlarının artmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Anne sütü, emzirme, danışmanlık

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

PS-035

OLUMLU EBEVEYNLİK BECERİLERİNİN GELİŞTİRİLMESİNİ DESTEKLEYEN EĞİTİMLERİN, EBEVEYN TUTUM VE ÇOCUKLA İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Perran BORAN, AYTAÇ G
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Yaşamın ilk bir yılındaki düzenleme sorunları ileride çocuklarda davranış sorunları görülme riskini arttırmaktadır. Çalışmada çocuk sağlığı izlemleri sırasında önleyici danışmanlık hizmetlerine dahil edilebilecek, olumlu ebeveynlik prensiplerini içeren kısa bir eğitim programının oluşturulması, eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi ve düzenleme sorunlarında azalma, olumlu ebeveynlik tutumlarında artış sağlanması amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya MÜTF Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde takip edilmekte olan 9-15 aylık bebekler ve aileleri çalışma; genel polikliniğe başvuran bebekler ve aileleri kontrol grubuna alındı. Çalışma grubundaki ailelere olumlu ebeveynlik, kontrol grubundaki ailelere ev içi kazalardan korunma konusunda eğitim verildi. Gruplar eğitim öncesi ve 3 ay sonrasında düzenleme sorunları, ebeveyn tutumları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 220 çocuğun %30'unda beslenme, %38,6'sında uyku ve %54,5'unda hırçınlık sorunları görüldü. Vurma davranışı %49,1'inde saptanırken, ebeveynlerinin otoriter ve izin verici tutumları yüksek bulundu. Olguların %30'u televizyon izlerken, bu çocuklarda vurma oranı yüksekti. Ebeveynlerin %27'si anne babalarından fiziksel şiddet gördüklerini ifade ederken, bu annelerin çocuklarına fiziksel şiddet uygulama riski 1,9 kat artmıştı. Eğitim sonrası olumsuz ebeveyn tutumlarında düşüş, olumlu ebeveyn tutumlarında artış saptandı. Eğitim sonrası düzenleme sorunları, çocuklarda vurma, televizyon izleme, annenin fiziksel şiddet uygulama oranlarında azalma, kitap okumada artış görüldü.

Sonuç: Eğitim çocuklarda düzenleme sorunlarında azalma ve olumlu ebeveynlik tutumlarında artışa yol açmış olup, çocuk sağlığı izlemlerinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelime: olumlu ebeveynlik, düzenleme sorunları, çocuk gelişimi, çocuk davranışı, uyku sorunları

PS-036

ÖZKİYİM GİRİŞİMİNDE BULUNAN ERGENLERDE UYKU BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Rukiye UNSAL SAÇ, Eren YILDIZ, Süleyman Mustafa ÖZAYDIN, Medine Aysin TAŞAR, İlyas ÇAKIR, Bülent ALİOĞLU
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Uyku bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır Ergenlerin uykusu onların düşünme, davranış ve duygu yeteneklerini önemli ölçüde etkiler. Uyku yoksunluğunun, çocuk ve ergenlerin gündüz uykululuğunu, davranışsal problemleri ve dikkatsiz davranışlarını arttırdığı görülmüştür. Bu çalışmada özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin uyku düzen bozukluklarını saptamak amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Özkıyım girişiminde bulunan ve çocuk acil servisinde izlenen 103 ergen çalışmaya alındı. Kontrol grubu (n=59) olarak ani - süreğen hastalığı ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, uyku düzenini etkileyecek ilaç kullanmayan ergenler alındı. Hastalara akut dönem geçtikten sonra uyku bozukluklarını saptamak için 'Epworth Uykululuk Ölçeği' ve 'Pittsburg Uyku Kalite İndeksi' uygulandı. 'Epworth Uykululuk Ölçeği'nden alınan puanın '10 ve üstü' olması uykululuk olarak değerlendirildi. 'Pittsburg Uyku Kalite İndeksi'nden alınan puanın '6 ve üstü' olması uyku kalitesi kötü olarak tanımlandı. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 20,0 kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortancası 16 yıl (aralık: 12-18) olarak saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet bakımından fark saptanmadı (p>0,05).

'Epworth Uykululuk Ölçeği'nde 10 ve üstü puan alanlar hasta grubunda % 19,4, kontrol grubunda % 11,9 olarak saptandı; istatistiksel fark saptanmadı (p=0,214). 'Pittsburg Uyku Kalite İndeksi'nden 6 ve üstü puan alanlar hasta grubunda % 55,4, kontrol grubunda % 37,3 olarak saptandı; istatistiksel fark saptandı (p=0,048).

Sonuç: Uyku kalitesi bozukluğu, özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde sağlıklı ergenlere göre daha sık saptandı. Uyku düzen bozuklukları ile hastaneye başvuran ergenlerin daha ayrıntılı değerlendirilerek Çocuk Psikiyatrisine yönlendirilmesi özkıyım girişimlerini önlemek açısından uygun olacaktır.

Anahtar Kelime: Özkıyım, uyku bozukluğu, ergen

PS-037

KRONİK NÖROLOJİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA AŞILAMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem DİNLEYİCİ, Kürşat Bora ÇARMAN, Coşkun YARAR, Sibel LAÇİNER GÜRLEVİK, Ömer KILIÇ, Ener ÇAĞRI DİNLEYİCİ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Kronik nörolojik hastalığı olan çocuklar aşı ile engellenebilir bazı hastalıklar için için artmış risk grubunda yer almaktadır. Bu çocuklarda geçici ya da kalıcı kontrendikasyon oluşturmayan durumlara bağlı aşı uygulamaları gecikmekte ya da uygulanmayabilmektedir. Bu çalışmada kronik nörolojik rahatsızlıkları bulunan çocuklarda aşılama durumunun değerlendirilmesi ve aşı yapılmayan olgularda etkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Çocukluk çağında kronik nörolojik hastalığı olan, 6 ay ile 18 yaş arasında hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmanın birincil sonlanım noktası, kronik nörolojik hastalığı olan çocuklarda Sağlık Bakanlığı Ulusal Aşı takviminde olan aşılama oranlarının değerlendirilmesi, sekonder sonlanım noktaları ise Ulusal Aşı takviminde yer almayan özel aşılama oranlarının değerlendirilmesi idi.

Bulgular: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk Nöroloji Polikliniğinde Ocak 2016 ve Haziran 2016 tarihleri arasında kronik nörolojik hastalık tanısı ile takip edilen, 204 erkek ve 162 kız, 366 çocuk ve ergen çalışmaya dahil edildi. Hastaların %87.7'sinin aşı kartı mevcuttu. Çalışmaya katılan olguların 350'si (%95.6) rutin aşı takvimine uygun olarak aşılanmıştı. 4 hastada aşılama 15 gün ile 2 ay süre ile akut enfeksiyon, konvülsiyon geçirme, hastanede yatma nedeni ile ertelenmiş ve daha sonrasında tamamlanmıştı. 12 hastada (%3.6) aşı uygulaması yapılmamıştı. Aşıları uygulamama nedenleri arasında yalnızca 2 hastada aşı uygulaması için kontrendikasyon vardı. Beş hastada aile aşı yaptırmayı kabul etmediği için, beş hastada doktor tarafından aşılama yapılması önerilmediği için aşılama yapılmadığı görüldü. Çalışma grubunda yer alan hastaların 316'sında (%86.3) hiçbir özel aşı yapılmadığı öğrenildi. Hastaların influenza aşılama durumlarının değerlendirmesinde, olguların 317'sinin (%86.6) daha önce hiç influenza aşısı yapılmadığı öğrenildi. 45 hastada bir kez (%12.3) influenza aşılama yapılmıştı. Çocukların aile bireylerinde influenza aşılama durumunun değerlendirilmesinde, olguların 339'unda (%92.6) ev içi bireylerde influenza aşılama öyküsü yoktu. Hastaların pnömokok aşılama durumunun değerlendirilmesinde, olguların 181'inde Ulusal Aşı takvimi kapsamında konjuge pnömokok aşısı uygulandığı, yalnızca bir hastada (%0.3) özel aşı kapsamında ailenin temin ederek 13 değerlikli konjuge pnömokok aşısı, 2 olguda (%0.6) ise 23 değerlikli polisakarit pnömokok aşısı yaptırdığı öğrenildi.

Sonuç: Çalışmamızda, kronik nörolojik hastalığı olan çocuklarda ulusal aşı takviminde yer alan aşılama oranları genellikle zamanında yapıldığı, aşı yapılmama oranları düşük olmakla birlikte bu hastalarda genellikle aşı olunmasına engel bir durum bulunmadığı görüldü. Bu hasta grubunun influenza enfeksiyonları için risk grubunda olmalarına rağmen kendilerinde ve aile bireylerinde aşılama oranlarının çok düşük olduğu görüldü. Kronik nörolojik hastalığı olan çocuklarda influenza ve pnömokok aşılama oranlarının artırılması, hastalık morbiditesi yönünden yararlı olacaktır. Bu çalışmanın devam bölümünde bu hastalardan, toplanan serum örneklerinde aşı ile engellenebilir hastalıkların sero-epidemiolojik değerlendirmelerinin yapılması ile kronik nörolojik hastalığı olan çocuklarda aşılama durumu konusunda net fikir sahibi olunabilecektir.

Anahtar Kelime: kronik nörolojik hastalık, aşı, influenza

PS-038 ÜÇ AYLIK BEBEKTE BONZAI MARUZİYETİ SONRASI İZLEM

Meltem DİNLEYİCİ, Eylem KIRAL, Cihan ŞÖHRET, Kürşat Bora ÇARMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Bonzai sentetik kannabinoid grubuna ait bir uyuşturucu maddedir. Esrarın etken maddesi olan delta 9-tetrahidrokannabinol ile kimyasal olarak benzer bir yapısal özellik gösterir. Son yıllarda ülkemizde bonzai kullanımı sonrası olgular hastanelere başvurmaktadır.

Yöntem - Gereçler: Burada zehirlenme şüphesi ile getirilen bir olgunun klinik, laboratuvar ve izlemi tartışıldı.

Bulgular: Üç aylık, erkek bebek, Çocuk Acil Servisine ambulans ile zehirlenme şüphesiyle getirildi. Öncesinde sağlıklı olan bebeğin babasının evde bebekle aynı ortamdayken 6-7 saat önce bonzai kullandığı, sonrasında babasında bilinç kaybının gelişmesi üzerine eve acil sağlık görevlilerinin çağırıldığı, babanın değerlendirilmesi sırasında bonzai kullandığı ifade edilmesi üzerine görevliler tarafından bebeğin de etkilenmiş olabileceğini düşünerek hastaneye getirildiği öğrenildi. Hastanın fizik muayene ve laboratuvar bulgularında özellik saptanmadı. Ancak hastanın toksikoloji değerlendirmesinde idrarda bonzai ve kan opiat düzeyleri yüksek saptandı. Ebeveynlerden alınan bilgide her ikisinin de madde bağımlılığı olduğu ve uzun süredir kullanmaya devam ettikleri öğrenildi. Bebeğin saptanan bonzainin anne sütünden geçmiş olabileceği düşünüldü. Hasta takip ve tedavi amacıyla süt çocuğu servisine yatırıldı. Stabil seyreden hastanın kontrol opiat ve bonzai düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Anne ve babanın madde kullanımı öyküsü olduğu öğrenilmesi, başvuru anında bebeğin kan opiat ve idrarda bonzai düzeyleri yüksek saptanması, ebeveynlerin çocukla aynı ortamdayken bonzai kullandığını ifade etmesi sonucunda bebeğin çocuk ihmal ve istismarına uğradığını düşünülerek Sosyal Pediatri Bilim Dalı aracılığı ile hastanemiz sosyal hizmet uzmanına bilgi verildi. Çocuğun durumunun ilgili basamaklar tarafından değerlendirilmesi sonrasında acil koruma tedbir kararı alındı ve devlet korumasına alınarak çocuk yuvasına yerleştirildi.

Sonuç: Bonzai ülkemizde son yıllarda kullanım sıklığı artan uyuşturucu maddeler arasında yer almaktadır. Burada literatür değerlendirilmesinde, en küçük yaşta olan bonzai maruziyeti olan olgu tartışılmıştır. Özellikle süt çocukluğu döneminde ebeveynlerin kullanımı durumunda bebeklerde de bonzai düzeylerinin etkilenebileceği ve bu çocuklarda mevcut ihmal ve istismarın hızla değerlendirilerek çocukların uygun koşullarda korunmasının sağlanmasının önemi vurgulandı.

Anahtar Kelime: bonzai, çocuk, çocuk ihmal

PS-039

1 OCAK 2008 İLE 31 ARALIK 2015 TARİHLERİ ARASINDA YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TERK EDİLEN BEBEKLERİN VE ANNELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Hüsniye YÜCEL, Nihal DEMİREL, Ahmet YAĞMUR BAŞ, Dilek ULUBAŞ IŞIK, Ferit KULALI, Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
T.C. Sağlık Bakanlığı Sami Ulus Kadın ve Çocuk Has

Giriş - Amaç: Bebek terki tüm toplumlarda görülen önemli bir sosyal problemdir. Tarih boyunca süregelmiştir. Maalesef günümüzde de devam etmektedir. Bir bebeğin annesi ve mümkünse babası ile birlikte büyümesi bebeğin ileride ki yaşamını olumlu etkilediği bilinmektedir. Terk sebeplerinin tespiti, terke sebep olan durumların çözümü açısından önemlidir. Biz bu çalışmada hastanemizdeki legal olarak terk edilen bebekler ve annelerinin sosyodemografik özelliklerini ve terk nedenlerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: T.C Sağlık Bakanlığı Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesine (YYBÜ) 1 Ocak 2008 ile 31 Aralık 2015 tarihleri arasında terk edilmiş olan bebekler ve annelerinin sosyodemografik özellikleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 67 bebeğin terk nedeni ile YYBÜ ne alındığı tespit edildi. Bebeklerin 37 tanesi kız (% 55,2), 30 tanesi erkekti (% 44,8). Ortalama doğum ağırlığı 2735 gr min: 660 gr, max: 3950 gr. Bebeklerin 42 tanesi (%62,7) normal spontan vajinal yol, 25 tanesi (%37,3) C/S ile doğmuştu. Ortalama anne yaşı 23,9 min: 15 max: 40 olarak tespit edildi. Annelerin eğitim durumuna bakıldığında % 74,6 sı (n:50) ortaokul ve altı düzeyde, % 25,4 ü (n:17) lise ve üzerinde olduğu görüldü. 49 annenin bekar (% 73,1), 42 annesinde (%62,7) çalışmadığı tespit edildi. Terk sebebi olarakta, 42 bebek ile (% 62,7) sosyal nedenler, 17 bebek ile (% 25,4) maddi yetersizlik ikinci sırada tespit edildi. Sosyal nedenler içinde ise annenin gebeliğini gizli tutması ve ailesinin haberinin olmaması ilk sırada yer aldı. Annenin eğitim durumunun orta okul ve altı düzeyde olması ile terk sayısının artması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p küçük 0,05).

Sonuç: Yıllar içinde terk edilen bebek sayısında artış olduğu görülmüştür. Annelerin çoğunluğunun ilk ortaokul ve altı düzeyde olması kadınların eğitiminin önemli olduğunu göstermektedir. Terk edilen bebeklerin annelerinde çalışmayanların oranı daha yüksek saptanmıştır. Asıl terk sebebinin, gebelikten annenin ailesinin ve yakın çevresinin haberinin olmaması ve annenin gebelik durumunu, güvenliği açısından gizli tutmak istemesi olarak tespit edilmiştir. Hastanemizdeki terk edilen bebekler arasında cinsiyet açısından fark görülmemiştir.

Anahtar Kelime: Bebek terki, yenidoğan, sosyodemografik özellikler

PS-040

ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI ÇÜRÜKLERİNİN ÖNLENMESİNDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI EĞİTİM MÜDAHALESİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Perran BORAN, BESCİ T, AKBEYAZ E, KARGÜL B, BEKİROĞLU N.
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Diş çürükleri çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ) düşük hayat kalitesi, azalmış okul başarısı ve büyüme gerilikleriyle ilişkilendirilmektedir. Bu önlenbilir ancak geri dönüşümsüz halk sağlığı sorununun üstesinden gelmek için çocuk doktorları ve çocuk diş hekimleri birlikte çalışmalıdır.

Bu çalışmada çocuk sağlığı izlemleri sırasında motivasyonel görüşme tekniğiyle ağız sağlığı üzerine verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Yaşları 6 ile 12 ay arasında değişen 241 süt çocuğunun aileleri gelişigüzel atama tekniğiyle müdahale ve kontrol gruplarına alındı. Tüm çocukların annelerine ağız sağlığı ve beslenme alışkanlıklarını sorgulayan anket uygulandı. Müdahale grubuna motivasyonel görüşme yöntemi ile ağız sağlığı ile ilgili eğitim verildi. On iki aylık izlem boyunca bir kez telefonla hatırlatma eğitimi verildi. Toplam 171 çocuğun diş muayeneleri çocuk diş hekimi tarafından yapılarak, dmft skorları hesaplandı.

Bulgular: Süt dişlerinde toplam çürük insidansı %21 idi. Çürük sıklığı ve dmft skorları müdahale grubunda daha düşük saptandı (kontrol ve müdahale gruplarında sırasıyla %42.2 ile %16 ve 0.89 ile 0.49). Günlük diş fırçalama alışkanlığı müdahale grubunda daha yüksek bulundu (kontrol ve müdahale gruplarında sırasıyla %5.6, %51.2).

Sonuç: Çocuk sağlığı izlemleri; ailelerin EÇÇ konusunda önleyici danışmanlık hizmetlerinin verilmesi açısından mükemmel bir fırsat sunmakta, ağız sağlığının iyileştirilmesinde yaşam boyu becerilerin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır.

Anahtar Kelime: Erken çocukluk çağı çürükleri, diş çürükleri, ağız sağlığı, eğitim, motivasyonel görüşme

PS-041

ÇOCUKLARDA GÜVENLİ UYKU ALIŞKANLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Öykü ÖZBÖRÜ AŞKAN¹, Aylin YETİM ŞAHİN², Batuhan YAZICI³; Ayşe KILIÇ²; E. Gülbin GÖKÇAY¹

¹İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Uyku ilişkili boğulma ve ölüm risk faktörlerini belirlemek için yapılan güncel çalışmalar sonucunda riskleri azaltmak için öneriler geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de benzer sağlıklı uyku önerilerini desteklemektedir. Bu çalışmada Çocuk İzlem Polikliniği'nde takip edilen ve Genel Pediatri Polikliniği'ne nonspesifik yakınmalarla başvuran olgularımızı güvenli uyku alışkanlıkları açısından değerlendirmek, ailelerin bilgi düzeylerini ölçmek ve ilgili risk faktörlerini belirlemek amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız 01 Ağustos – 20 Eylül 2016 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk İzlem Polikliniği ve Genel Pediatri Polikliniği'nde yapıldı. Altı-59 ay arasında çocuğu olan annelere çocuklarının uyku alışkanlıkları ve uyku ilişkili boğulma ve ölüm risk faktörleri ile ilgili anket uygulandı. Ankette doğum sonrası ilk 6 ayda uyku pozisyonu, nerede uyuduğu, uykuya geçiş süreci, yastık kullanımı, yatakta oyuncak benzeri yumuşak obje varlığı, evde sigara kullanımı sorgulandı. Ek olarak anne ve baba yaş, vücut kitle indeksi ve olguların ilk 6 ay beslenme durumları ve ne kadar anne sütü aldıkları sorgulanarak risk faktörleri ve uyku alışkanlıkları ile ilişkileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 236 olgunun ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme oranı %67,7, aynı odada uyuma oranı %88,6, sırt üstü uyuma oranı % 27,5, yatağın alt kısmına yakın yatırma oranı % 16,9 saptandı. Risk faktörlerinden yatıştırıcı ilaç kullanımı %3,8, uyurken yastık kullanımı %52,1, yatakta uyku sırasında oyuncak benzeri yumuşak obje bulundurma oranı %11,4, annelerin sigara içme oranı %18,6 idi. Aynı yatağı paylaşma oranı sigara içen annelerde %18,1, obez annelerde %14,4, yatıştırıcı ilaç kullanan annelerde %11,1 saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda güvenli uyku önerileri değerlendirildiğinde sağlık hizmetine rahatlıkla erişebilen annelerin güvenli uyku pozisyonu dahil olmak üzere bu konuda yeterli bilgilerinin olmadığı, doğum sonrasında emzirme danışmanlığı verilirken güvenli uyku alışkanlıkları konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılması gerekliliği ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelime: güvenli uyku, ani bebek ölümü, süt çocuğu

PS-042

İLKÖĞRETİM OKULLARINDAKİ ÖĞRETMENLERİN SIK KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİMLERİ

Yasin YILDIZ¹, Murat KAÇAR², Tuğba ÇALAPOĞLU¹, Semiha ÇAKMAK¹, Elif GÖZ KARADENİZ³, Zeynep İLKŞEN HOCOĞLU³

¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

² Rize Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi

³ Rize Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Çocukluk döneminde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, çocuk ve ergenlerin %9,5-19,8 oranlarında psikiyatrik tanı aldıkları bilinmektedir. Tedavide medikal tedavi yanı sıra rehberlik-danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek oldukça önem arz etmektedir. Amacımız; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve diğer bozuklara sahip çocuklara, öğretmenlerin sınıfta tedavi sürecine katkıları hakkında eğitim verebilmektir.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız Rize'de ilköğretim okullarında çalışmakta olan 129 öğretmenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Öğretmenlere 20 sorudan oluşan anket uygulanmış sonrasında çocuklarda sık karşılaşılan psikiyatrik problemler ile ilgili konunun uzmanı tarafından bilgilendirme yapılmış ve eğitim sonrası anket tekrarlanmıştır. Sorulara verilen yanıtlar karşılığında alınan puanlar eğitim öncesi ve sonrası olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 129 öğretmenin 70'i erkek 59'u bayan olup yaş ortalaması 32,6±7,9 (22-64) yıl olarak bulunmuştur. Mesleki tecrübelerine bakıldığında ortalama 8,2±7,4 (1-37) yıldır öğretmenlik yaptıkları gözlenmiştir. Psikiyatrik bozuklukların çocukta klinik yansımaları, aile ve toplumu ilgilendiren sorunları gibi genel bilgi seviyesini ölçme amaçlı anket sorularına öğretmenlerin eğitim öncesi ve sonrası verdikleri yanıtlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Öğretmenlerin psikiyatrik bozukluklar hakkındaki genel bilgileri eğitim öncesi ve sonrası verdikleri cevaplar

Soru	Cevaplar (n)					
	Eğitim Öncesi			Eğitim sonrası		
	1	2	3	1	2	3
Özgüven eksikliği, kardeşler arası problemler, okul ve arkadaş ortamındaki stres; tik bozukluğunu artırır.	64	22	43	91	8	30
DEHB olan çocuklar sınıfta verilen görevleri tamamlamak için ek süreye ihtiyaç duymazlar	65	33	31	19	72	38
Yerinden kalkmadan, saatlerce televizyon izleyebilen ya da bilgisayar oynayabilen bir çocukta da dikkat eksikliği olabilir.	44	28	57	92	9	28
DEHB tedavi etmek için çocukta hareketlilik saldırganlık, davranım ve dürtü denetim sorunlarının olması şarttır.	23	15	91	71	16	43
Özel öğrenme güçlüğü, zekası yaşitlarından geride olan çocuklarda ortaya çıkar.	41	31	57	13	81	35
DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların uyuşturucu özellikleri vardır, bağımlılık yapmakta ve çok ciddi yan etkilere sahiptir.	63	11	55	9	93	27
Tik çocuğun bilerek ve isteyerek yaptığı bir davranıştır, isterse tik davranışını engelleyebilir.	26	53	50	59	26	44

Katılımcıların eğitim öncesi ortalama puan 8,4± 4,9 (8-17) iken eğitim sonrasında ortalama puan 12,9± 6,4 (10-20) hesaplanmış ve istatistik olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001)

Sonuç: Öğretmenler hem okulda çocuklarla birlikte fazla vakit geçirmeleri, hem diğer çocuklarla kıyas yapabilmeleri hem de tedavi sürecinde destek olmaları açısından oldukça önem arz etmektedirler. Sınıfta verilen görevlerin küçük parçalara bölünmesi, gerekirse ek süre tanınması, çalışma sırasında kısa aralar verilmesi, öfke patlamaları sırasında öğrencinin ortamdan uzaklaştırmasının faydalı olacağı bildirilmiştir. Uygun sınıf içi uygulamaların tedavi başarısını ve eğitimden yararlanma oranlarını artırdığı bildirilmektedir.

Anahtar Kelime: Çocuk, Ergen, Psikiyatrik hastalıklar, Öğretmenlerin eğitimi

PS-043

GERİLMİŞ KORD SENDROMU ŞÜPHESİNDE KLİNİK TAKİBİN ÖNEMİ: VAKA SUNUMU

Öykü ÖZBÖRÜ AŞKAN¹, Sezin AYDEMİR²; Ahmet Hakkı KAPICI³, Aylin YETİM ŞAHİN², E. Gülbin GÖKÇAY¹

¹İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Konus medullarisin fizyolojik yükselme sürecinde L2 vertebra seviyesinin altında kalması ve omuriliğin gerilmesi ile oluşan mekanik, iskemik ve metabolik değişimlerin neden olduğu klinik tablo Gerilmiş Kord Sendromu (GKS) olarak tanımlanır. Yeni doğanlarda ve süt çocuklarında cilt lezyonları ile karakterize olup ileri yaş çocuklarda üriner disfonksiyonlar, sfinkter kusurları gözlenir. Yenidoğan döneminde ultrason eşliğinde konus medullarisin seviyesi tespit edilebilir ancak manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'nin hassasiyeti ve tanısallığı çok daha üstündür. Bu olguda polikliniğimizde birinci ay kontrolünde sakral kıllanma tespit edilen, spinal ultrasonografisi normal saptanan, takiplerinde gelişimi normal olan ancak 6 yaş kontrolünde idrar kaçırması nedeni ile istenen spinal MRG'de GKS saptanan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: Postnatal birinci ayından itibaren polikliniğimizden takip edilen kız hastanın ilk başvurusundaki fizik muayenesinde sakral kıllanma dışında özellik yoktu. Spinal ultrasonu normal saptanan hastanın nörolojik gelişimi yaşına uygun seyretti. Hasta 12 aylık yürümeye başladı ve yürümesi normaldi. Tuvalet eğitimi 2,5 yaşında tamamlanan hastanın 3,5 yaş kontrolünde ara sıra geceleri idrar kaçırma şikayeti başladı. Fizik muayenede sakral kıllanması olan ve klinikte enürezis nokturna şikayeti gelişen hastanın çekilen lumbosakral MRG'si normaldi. Takibinde gelişim basamakları yaşına uygun seyreden ve fizik muayenesinde sakral kıllanma dışında bir özellik olmayan hastanın 6 yaş kontrolünde gece idrar kaçırmasının artması ve gündüz idrar kaçırma şikayetinin de başlaması üzerine hastadan spinal MRG istendi. Servikal ve torakal MRG'de patoloji saptanmadı ancak lomber MRG'de konus medullaris normalden aşağı yerleşimli ve hafif gergin saptandı. Lomber bilgisayarlı tomografide posterior ark defekti görüldü. Ürodinamik incelemede mesane kapasitesi normaldi, detrusör kasında aktivite artışı vardı ve hipertonic normokomplian mesane olarak değerlendirildi. Üroloji Anabilim Dalı (AD) ile konsülte edilen hastanın bulguları GKS ile uyumlu bulundu. Ürodinami ve radyoloji sonuçları ile Beyin Cerrahisi AD ile konsülte edilen hastaya GKS tanısı konuldu. İzlemine Beyin Cerrahisi AD, Çocuk Nefroloji AD ile birlikte devam edildi.

Sonuç: Gergin omurilik sendromunda semptom ve nörolojik defisitler ilerleyicidir. Çocukla beraber vertebral kolonun büyümesiyle gergin olan spinal kord daha da gerilecektir. Şüpheli durumlarda klinik takibe devam edilmelidir. Görüntüleme yöntemi her zaman bir araçtır.

Anahtar Kelime: gergin kord sendromu, enürezis, sakral bölge

PS-044

SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARININ TANI VE TEDAVİSİNDE YAPILAN YANLIŞLAR: ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ YANLIŞLARI AZALTIYOR MU?

Perran BORAN, KURAL B, VARKAL M.A, OĞUZ F
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Sadece ülkemizde değil tüm dünyada gereksiz antibiyotik kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada yapılandırılmış bir eğitim olmaksızın düzenli çocuk sağlığı izlemi yapılan 3-36 ay arası çocuklarda antibiyotik kullanımı ile aynı yaş grubunda düzenli çocuk sağlığı izlemi yapılmayan çocuklarda, antibiyotik kullanım sıklığı arasında fark olup olmadığının gösterilmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Sosyal Pediatri BD, Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Pediatri BD, Hasta Çocuk Polikliniklerinden olmak üzere toplam 357 çocuk dahil edildi. Anket aracılığıyla son 3 ay içerisinde geçirilen enfeksiyon sayısı, tipi, doktora başvuru, antibiyotik kullanımı, tetkik ve tedavi yöntemleri sorgulandı.

Bulgular: Gereksiz antibiyotik kullanımı birinci merkezde %43.3, 2. merkezde %60.0 ve izlemlerin yapılmadığı üçüncü merkezde ise %69.8 olarak saptandı. Gereksiz antibiyotik kullanımı üç merkezde de yüksek olmakla birlikte, düzenli izlemlerin yapılmadığı grupta birinci merkeze göre 3 kat daha yüksek olduğu görüldü. Bu etkinin düzenli çocuk sağlığı izleminin yapıldığı diğer merkezde daha zayıf görülme nedeni olarak takip edilen çocukların ailelerinin eğitim seviyelerinin yüksek ve sağlık çalışanı olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Sonuç: Yapılandırılmış olmasa da antibiyotik kullanımı ve hastalık sırasında yapılması gerekenler konusunda önleyici danışmanlık hizmeti verilen merkezlerde aile eğitimlerinin işe yaradığı görüldü. Akılcı antibiyotik kullanımı konusundaki sağlık politikalarına üniversitelerin Sosyal Pediatri bilim dalları da dahil edilmeli ve daha fazla sayıda çocuğun bu merkezlerde izlenebilmesi için sayıları artırılmalıdır.

Anahtar Kelime: gereksiz antibiyotik, reçete, enfeksiyon

PS-045

DOĞUMDAN İTİBAREN İZLENEN ÇOCUKLARDA 24 AYA KADAR FONTANEL BOYUTLARININ DEĞİŞİMİNİN VE KAPANMA ZAMANININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Perran BORAN, OĞUZ F, FURMAN A, SAKARYA S
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Ön fontanel boyutu ve kapanma zamanı belirli hastalıkların erken tanı almasında yararlı bir klinik belirti olabilir. Bu nedenle yaşa göre normal varyasyonların bilinmesi ileri incelemelere karar vermek için önemlidir. Fontanel boyutu ırk ve etnik kökene bağlı olarak değişebilir, farklı popülasyonlarda yerel veriler kullanılmalıdır. Bu çalışma yaşamın ilk iki yılında yaşa göre fontanel boyut değişiminin tanımlanması ve fontanel kapanma zamanının belirlenmesi amacıyla yürütüldü.

Yöntem - Gereçler: Prospektif kohort çalışması Mayıs 2013 ile Mayıs 2014 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini dolduran toplam 321 sağlıklı, term bebek sırayla çalışmaya alındı. Ön fontanel longitudinal, transvers ve oblique ölçümleri doğumdan itibaren 24 aya kadar yapıldı.

Bulgular: Ortalama fontanel kapanma zamanı 9.7 ± 5.0 ay idi (kızlarda 10.3 ± 4.7 ay, erkeklerde 9.2 ± 5.1 ay). Ortalama fontanel boyutu tüm örneklem için 15. gün ve 1. ayda sırasıyla 3 cm ve 2.75 cm idi. Ortalama oblique ölçüm ise 2 cm idi. Oblique ve ortalama boyut ölçümleri farklı değildi. Transvers çap longitudinal çaptan yenidoğan dönemi hariç tüm aylarda daha uzun saptandı.

Sonuç: Bu çalışma doğumdan iki yaşına dek çocuklarda ortalama ön fontanel boyutu ve oblique ölçümler için persentil eğrilerini sağlamaktadır. Oblique ölçümler daha basit olması ve doğru sonuç vermesi nedeniyle kullanılabilir. İlk 3 ayda fontaneli muayenede ölçülemeyecek kadar küçük olan olguların nadir olmadığı ve fontaneli erken kapanan olguların baş çevresi büyümesinin durmadığı görüldü. Bu çocuklarda hipertiro-idi ve hiperkalsemi dışlandıktan sonra kafa şekli, kafa büyümesi ve çocuğun gelişiminin klinik olarak izleniminin yeterli olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelime: fontanel, çocuk, persentil

PS-046

ÇOCUK İSTİSMARININ ÖNLENMESİNDE OKULLARIN ROLÜAyşe MEYDANLIOĞLU¹, Esmâ SAKINMAZ²¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

Giriş - Amaç: Çocuklara yönelik cinsel istismar; her yaştan, cinsiyetten, ırktan, etnik ve ekonomik kökenden çocukları, ailelerini ve toplumu olumsuz etkileyen yaygın bir sosyal sorundur. Çocukta cinsel istismarı önlemeye yönelik en yaygın kullanılan birincil korunma stratejisi olarak okul tabanlı eğitim programları gösterilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada çocuklara yönelik cinsel istismarının önlenmesinde okullarının önemini belirtmek ve okul çalışanlarını bu konuda bilgilendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışma, çocukta cinsel istismarı önlenmesinde okulların önemini belirlemesine yönelik literatür taramasını içeren bir derleme çalışmasıdır.

Bulgular: Çocuklara yönelik cinsel istismar; yaygınlığı ve verdiği zararlar açısından önemli bir küresel sorun olup, Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılı verilerine göre, beş kadından ve 13 erkekten biri çocukken cinsel istismara maruz kalmaktadır. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından Şubat 2009'da yayınlanan "Türkiye'de Kadınlara Yönelik Şiddet Ulusal Araştırması" sonuçlarına göre ise, kadınların %7'sinin 15 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldıkları belirtilmiştir. Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmaların sistematik değerlendirme çalışmasında da çocuk cinsel istismarı yaygınlık oranı; ortaokul öğrencilerinde %6.4, lise kız öğrencilerde %13.4 ve üniversite öğrencilerinde ise %28 ile oldukça yüksek oranlardadır.

Çocuk cinsel istismarının kurbanları üzerinde çeşitli yıkıcı etkileri vardır; kısa ve uzun vadeli ruhsal (travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluğu, uyku bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, intihar eğilimi, alkol bağımlılığı, özgüven azalması, yaşam doyumunda azalma) ve kronik fiziksel sağlık sorunlarının (fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar, nonspesifik kronik ağrı, psikojenik nöbet, kronik pelvik ağrı) yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda çocuk cinsel istismarının cinsel aktiviteye başlama yaşını azalttığı ve cinsel partner sayısını artırdığına dair kanıtlar vardır. Çocuk cinsel istismarının kurbanları üzerindeki bu yıkıcı etkileri nedeniyle, DSÖ tarafından belirlenen 24 global risk faktörü arasında yer almakta ve küresel hastalık yükünün yaklaşık %0.6'sına ve 9 milyon sağlıklı yaşam yılı kaybına neden olduğu belirtilmektedir. Cinsel istismara maruz kalmış birçok çocuk çeşitli davranışsal ve duygusal değişiklikler gösterse de, bir kısmında bu duruma rastlanmamaktadır. Cinsel istismar toplumda oldukça sık rastlanan ve tartışılan bir durum olmasına rağmen, çoğunlukla gizli kalmakta ve istismar olgularının çok az bir kısmı (yaklaşık %5-10) saptanabilmektedir. Bu durum çocukların cinsel istismarın ne olduğu konusunda farkındalığının olmaması ve cinsel istismarın suç olduğunu bilmemesinden kaynaklanabilir. Hatta bazı çocuklar cinsel istismarın kendi hataları olduğuna düşünebilir ve kendilerine bir sorun oluşturmaması için faili ifşa etmekten korkabilirler. Çocuk cinsel istismar önlemeye yönelik çabaların önündeki en büyük engellerden biri, çocuklardaki bu bilgi eksikliğidir. Bu nedenle, sadece kurbanların tespit edilmesi değil, aynı zamanda çocukların vücut güvenliği hakkında eğitilmesi ve cinsel sorunlar konusunda açık bir iletişime teşvik edilmesi gibi yollarla önleme ve iletişim üzerinde durulması çocuk istismarını önlemede kritik bir öneme sahiptir. Nitekim çocuklarda cinsel istismara önlemeye yönelik müdahalelerin çoğu, çocuklarda bilgi, yeterlik ve baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik planlanmıştır.

Çocukları istismar durumlarından nasıl korunacağı konusunda eğitmek, çocukta cinsel istismarı primer önleme çalışmalarının en geçerli ve maliyet etkin yollarından biridir. Bu bağlamda böyle bir eğitim için merkez olarak tüm çocuk nüfusunu kapsayan ve temel işlevi eğitim olan okullar en mantıklı seçenektir. Büyük bir çocuk ve adolesan nüfusunu kapsamaması ve özellikle riskli olan çocuklara damgalayıcı olmadan, nispeten ekonomik hizmet vermesi nedeniyle okullar, önemli bir primer ve sekonder önleme alanı olarak ele alınırlar. Aynı zamanda çocuklar, erken çocukluk çağlarından itibaren gün içinde zamanlarının çoğunu ev ortamı dışında okullarda geçirdikleri için okullar, cinsel istismarın önlenmesine yönelik müdahalelerin uygulanması için elverişli ortamlar sağlarlar.

Çocukta cinsel istismarı önlemeye yönelik hazırlanan okul tabanlı programlar, öğrencilerin yaşlarına ve bilişsel düzeylerine uygun gruplar halinde verilmektedir. Bu eğitim programları temel olarak: kendi bedenini sahiplenme; dokunma türlerini ayırt etme; olası istismar durumlarını fark etme; bu durumlardan kaçınma, direnme ve kaçma; gizlilik; istismar meydana geldiğinde kime ve nasıl söyleyeceği gibi konuları içermektedir. Okul tabanlı eğitim programına katılan çocuklarda, programın şekline bakılmaksızın, çocukların bilgi ve koruyucu davranışlarında gelişme olduğu kanıtlanmıştır. Bu eğitim programlarının çocuklara tehlikeli durumları fark etme, kötü muamele davranışını reddetme, etkileşimi kesme ve yardım çağırma gibi beceriler kazandırdığı bildirilmektedir.

Sonuç: Okulların, çocukların cinsel istismardan korunmaya yönelik bilgi ve becerilerini geliştirerek, cinsel istismarın primer ve sekonder önlenmesinde etkili olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Ancak bu etkinin uzun vadede olması için, daha uzun ve tekrarlı programların uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelime: Çocuk, cinsel istismar, okul

PS-047

CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ ÇOCUK VE ERGENLERDE HEPATİT B, HEPATİT C VE HIV ENFEKSİYONU SIKLIĞI

Özlem BAĞ, Derya ÇAKMAK

Dr.Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk İzlem Merkezi

Giriş - Amaç: Çocuğa yönelik cinsel istismar (Cİ), bir çocuk veya ergenin bir erişkin tarafından cinsel doyum amacıyla, gelişimsel olarak onaylama, sonuçlarını kavrama ya da yasal ve/veya sosyal tabular nedeniyle karşı koyamayacağı bir cinsel davranışa maruz bırakılmasıdır. Adli, sosyal, psikolojik pek çok sonucu olan Cİ'nin, tıbbi olarak en önemli sonuçlarından biri cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) gelişme riskidir. Hepatit B virüsü (HBV) ve Hepatit C virüsü (HCV) ile ilişkili öneriler kılavuzlarda yayınlanmış olduğu halde, HIV enfeksiyonu ile ilgili olarak ise öneriler, bölge koşulları ve istismardaki özelliklere göre planlanması yönündedir. Ülkemiz, hala dünyada HIV/AIDS açısından hastalığın az sıklıkta görüldüğü ülkeler arasında değerlendirilmekle birlikte artan prevelans bilgisi mevcuttur. Bu çalışmanın amacı, Cİ nedeniyle başvuran çocuk ve ergenlerdeki HBV, HCV ve HIV enfeksiyonu gelişim sıklığını değerlendirmektir.

Yöntem - Gereçler: İzmir Çocuk İzlem Merkezi'ne (ÇİM) başvuran olguların tıbbi dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Merkeze son 3 yılda başvuran toplam 2059 olgunun, cinsel saldırı ile başvuran ve öykü ile CYBH riski saptanarak, serolojik takipleri yapılan olgular çalışma grubu olarak planlandı. Serolojik takipleri süren son 6 içinde başvuran olgular ile kan vermeyi reddeden olgular çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak, toplam 486 olgunun sonuçları değerlendirildi. Akut cinsel saldırı (ilk 72 saat) ile başvuran olgulardan, başvuru anında (0. Gün), 6. Hafta, 12. Hafta ve 24. Haftada olmak üzere toplam 4 kez kan alındı. Başvurusu sırasında cinsel saldırı üzerinden pencere döneminden daha uzun süre geçmiş olan olgulardan tek defa örnek alındı. HIV profilaksisi, istismarcının HIV ile enfekte olduğunun bilindiği, sayıca birden fazla olduğu ya da uyuşturucu madde kullanımı öyküsü olduğu durumlarla sınırlandırıldı. Değişkenlerin ve testlerin değerlendirilmesinde SPSS (SPSS for Windows 16.0, USA) istatistik programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubu ortanca yaşı 13 (min: 10 ay, max: 19 yaş) olan 486 olgudan oluşmakta idi. Kız /erkek oranı 429/57 olarak saptandı. Olguların başvuru nedenleri arasında en sık olarak penetrasyon içeren cinsel istismar yer almakta idi (%96). Hiçbir olgunun serolojik takibinde HBV, HCV ve HIV enfeksiyonu gelişmediği saptandı. Olguların %96'sı Hepatit B aşısının rutin olarak yapıldığı yaş grubunda idi. Bu olguların % 14'ü HBV ile aşıllı olduğu halde seronegatif olarak saptandı ve rapel dozu yapıldı. Aşılama öyküsü olmayan 20 olguya primer Hepatit B aşılması yapıldı. Bir olguda HCV(+) saptanarak, doğrulama testi gerekti ve yalancı pozitiflik olarak değerlendirildi. Olguların %19'unda istismarcının kimliği bilinmemekte idi. İstismarcının HIV (+) olduğu bilinen durum saptanmadı. Toplam 4 olguya, birden fazla istismarcı ve uyuşturucu kullanımı öyküsü nedeniyle HIV profilaksisi önerildi. Ancak bu olgular da profilaktik ilaç kullanmayı kabul etmediklerinden, izlem süreci boyunca hiçbir hastada HIV önleyici profilaktik tedavi kullanılmadı.

Sonuç: Her cinsel istismar olgusu, CYBH riski taşıyan bir eyleme maruz kalma açısından değerlendirilerek gerekli tıbbi izlem yapılmalıdır. Ülkemizde HBV ile aşılama uzun yıllardır başarı ile sürdürülmekte olduğundan, bu olgu grubunda yüksek risk oluşturmamaktadır. HCV için herhangi bir aşı ya da profilaktik tedavi mevcut olmadığından serolojik takip yeterlidir. Ancak, HIV enfeksiyonu için profilaksi verilmesi gereken durumlar belirlenerek bir an önce bir izlem planı oluşturulmalıdır. Ülkemizde bu alanda çalışan birimlerde standardize edilmiş protokollerin oluşturulması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelime: Cinsel istismar, cinsel yolla bulaşan hastalık, hepatit B, hepatit C, HIV, profilaksi

PŞ-048

KÜTAHYA İLİ OKUL ÇOCUKLARINDA SERUM AĞIR METAL DÜZEYİ TARAMASI

Yasin Tuğrul KARAKUS, Turgay ÖZTÜRK
Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Kütahya, çini-seramik üretiminin yoğun olduğu ve kömür ve bor gibi madenlerin çıktığı, bu yüzden ağır metal kontaminasyonu açısından riskli bir ilimizdir. Daha önce Kütahya'da yapılan çalışmalarda, sulama suyu olarak kullanılan Porsuk çayı ve Kütahya çevresinde toplanan ve aktarlarda satılan bitkilerde ağır metal seviyesi kritik düzeylerde saptanmıştır. Ağır metaller özellikle çocukluk çağında nörolojik gelişim ve bilişsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Çalışmamızda Kütahya'da yaşayan çocuklardaki kan ağır metal düzeylerini saptamayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Çalışma öncesinde Dumlupınar Üniversitesi (DPÜ) Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır. Kütahya ilindeki okullardan riskli bölgede olan 3 okul ve şehir merkezinden 3 okul olmak üzere 6 okul seçilmiş, 10-11 yaş aralığındaki (ilkokul 4. sınıf) öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma öncesinde velileri bilgilendirilmiş ve onam formları dağıtılmış, kan vermeyi kabul eden gönüllüler arasından 304 öğrenciden kan alınmıştır. Alınan kanlardan, DPÜ İleri Teknolojiler Araştırma Merkezi bünyesindeki laboratuvarında, atomik absorpsiyon spektrometre cihazı ile cıva, kadmiyum, kurşun, bakır ve arsenik düzeyleri incelenmiştir.

Bulgular: Analiz sonucu en yüksek kurşun düzeyi 5,07 mcg/dl (Ort: 2,7 mcg/dl) bulunmuştur. En yüksek ve en düşük bakır düzeyleri sırası ile 140,003 mcg/dl ve 70,032 mcg/dl (Ort: 88,069 mcg/dl) saptanmıştır. Cıva, arsenik ve kadmiyum düzeyleri cihazın tespit sınırı olan 0,1 mcg/dl'nin altında saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda taramaya katılan çocukların kan numunelerinde cıva, arsenik ve kadmiyum saptanmamıştır. Kurşun düzeyi ortalaması benzer çalışmaların altındadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütünü serum kurşun düzeyleri ile ilgili güvenli bir üst sınır vermemekte ve 5 mcg/dl düzeyinde dahi çocuklarda davranışsal problemler ve öğrenme güçlüğüne neden olabileceği bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü normal serum bakır düzeyini 70-160 mcg/dl olarak bildirmektedir ve çalışmamız sonucunda bakır düzeyleri normal sınırlarda saptanmıştır.

Anahtar Kelime: kan ağır metal düzeyi, çocuk

PS-049

AİLELERİN 6-12 AYLIK DÖNEMDE UYGULADIKLARI GECE BESLENMESİNİN ÇOCUKLARIN UYKU DURUMLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Perran BORAN, AKTAÇ Ş, GÜLDAMLA A, ÖZDEŞ A.N,
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Çalışma, 6-12 aylık bebeği olan ailelerin bebeklerini besleme uygulamalarıyla bebeklerin uyku düzenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem - Gereçler: T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde 4 Aralık 2015- 7 Mayıs 2016 tarihleri arasında başvuran 145 aile ve bebekleriyle yürütüldü. Bebeklere ve ailelere ilişkin demografik bilgileri içeren yapılandırılmış anket formu ve bebeklerin uyku durumunu öğrenmek için Bebek Kısa Uyku Anketi yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Bebeklerin antropometrik ölçümleri alındı, 24 saatlik besin tüketimleri kaydedildi. Bebeklerin ve annelerin 24 saatlik uyku, beslenme düzeni ve günlük diğer faaliyetlerini öğrenmek için oluşturulmuş tablo dolduruldu. Günlük alınan enerji ve besin öğeleri besin analiz programı (Bebis) kullanılarak hesaplandı. Elde edilen değerler Türkiye'ye özgü verilerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Sadece anne sütüyle beslenme süresi 5 ± 1.8 ay (median 6 ay) olup, uyku sorunu halen anne sütü almakta olan 129 bebek üzerinden değerlendirildi. Annelerin %21.7'si bebeğin uykusunu küçük bir sorun olarak değerlendirirken, %4.7'si çok ciddi bir sorun olarak değerlendirmekteydi. Annenin uyku kalitesi sorgulandığında %53.1 anne uykusunu iyi olarak değerlendirdi. Kendi uyku kalitesi iyi olan annelerin %83.8'i bebeğin uykusunu da bir sorun olarak görmemekteydi ($p < 0.001$). Gece uyanma sayısı fazla olan annelerin uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilirken, bu fark anlamlıydı ($p < 0.001$). Bebeklerin ortalama enerji alımları gündüz 616.1 ± 252.4 kkal/gün, yatmadan önce 78.4 ± 40.5 kkal/gün, gece 324.4 ± 141.5 kkal/gün ve toplam 940.6 ± 303.7 kkal/gün olarak bulundu. Uyku sorunu olmayan bebeklerin yatmadan önceki tükettikleri karbonhidrat ve kalori miktarının daha fazla olduğu görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak bebeklerin beslenme içerikleriyle uyku sorunu arasında ilişki olduğu görüldü. Bu ilişkinin ileri çalışmalarda uyku sorunlarının yönetimi açısından değerlendirilebileceği sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelime: uyku, bebek, beslenme

PS-050

FİZİKSEL VE CİNSEL İSTİSMAR İLE KARIŞAN LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİOSİTOZ OLGUSU

Melahat Melek OĞUZ, Şakire BAŞER, Meltem AKÇABOY
Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH

Giriş - Amaç: Çocuk istismarını ve ihmalini önleme ve tanımaya yönelik yaklaşımlar multidisipliner bir süreç olarak ele alınmalıdır. Fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın tanımı ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken durumlar özellikle sosyal pediatrişler tarafından çok iyi bilinmelidir. Burada, küçük yaş grubunda alışılmamış olan belirgin vulvar, labial ödem ve laserasyon varlığı, kırık-kontüzyon ile uyumlu görüntüleme bulgularının varlığı ile çocuk istismarı şüphesi uyandıran bir Langerhans hücreli histiositoz (LHH) vakası sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: 2 yıl 10 aylık kız hasta ateş, döküntü, kulak akıntısı ve vajinal akıntı şikayetleri ile başvurdu. Öncesinde tamamen sağlıklı olan hastanın, 6 aylıktan itibaren saçlı derisinde, deri kıvrım yerlerinde kabuklu cilt döküntüleri ve bilateral kulaklarında akıntısı olduğu, bir çok kez dış merkezde seboroik dermatit ve akut otitis media tanısı ile sistemik ve topikal antibiyotik tedavileri almasına rağmen 15 günde bir bu şikayetlerinin tekrarladığı öğrenildi. Bir yaşında her iki dış kulak yolundan lazer ile polipektomi yapılmıştı. Bu şikayetlerine son 5 aydır vajinal akıntı ve son 5 gündür ateş ve döküntü eklenmişti. Soygeçmişinde anne ve baba arasında 3. dereceden akrabalık olan hastanın, 1 yaşında sağlıklı bir kız kardeşi vardı.

Fizik muayenesinde; genel durumu orta, ve belirgin ajite idi. Vücut ağırlığı: 11 kg (3-10 persentil) boy: 84 cm (3-10 persentil), vücut sıcaklığı 38.1 °C, solunum sayısı 24/dakika, nabız 101/dakika, arteriyel kan basıncı 100/60 mmHg, transkütan oksijen saturasyonu %95 olarak saptandı. Saçlı deride özellikle pariyetal bölgede belirgin, yer yer sarı krutlu plak ve altında yaygın eritemli deri izlendi. Bilateral dış kulak yolunun pürülan ve krutlu akıntı ile kapalı olması nedeniyle timpan zarları değerlendirilemedi. Abdominal muayenede distansiyon ve 1 cm hepatomegali mevcuttu. Genitoüriner sistem muayenesinde intertriger alanlarda pürülan akıntı, vulvar ödem, labia majörlerde eritem ve yer yer erozyon saptandı. Ciltte skapula arasındaki alanda ve umblikus altından suprapubik alana uzanan bölgede belirgin olmak üzere, tüm gövdede ve ekstremitelerde peteşiyal-purpurik döküntüsü vardı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Kranial MR'da temporal kemik bütünlüğünü bozan ve her iki temporal lob ile yakın komşuluk gösteren kitle lezyonu saptandı. Cilt lezyonlarından alınan biyopsi sonuçları ile hastaya LHH tanısı koyuldu.

Bulgular: LHH; epidermin kemik iliği kökenli dendritik hücrelerinin klonal proliferasyonu ile oluşan heterojen bir klinik durum olarak tanımlanmıştır. Hastalık herhangi bir organ ve dokuyu tutabilir. En sık iskelet sistemi ve deri tutulumu görülmesine rağmen, parankimal organlar, lenf bezleri, santral sinir sistemi de tutulabilir. LHH tek bir organ sisteminde belirti verdiğinde lokalize form, iki veya daha fazla organ sisteminde belirti verdiğinde sistemik form olarak isimlendirilir. Tek bir sistem tutulumu olmasına rağmen, farklı odaklarda belirti ortaya çıktığında multifokal tek sistem tutulumu olarak tanımlanır. çocukluk yaş grubunda alışılmamış bulgular olan belirgin vulvar, labial ödem ve laserasyon varlığı, genel hijyeninin iyi olmaması ve kırık, kontüzyon ile uyumlu görüntüleme bulguları saptanmış olması nedeni çocuk istismarı olasılığı yüksek olarak değerlendirildi. Çocuk yaş grubunda vulval lezyonların saptanması, istismar yönünden çok uyarıcı olması nedeniyle ile çocuk istismarına yönelik değerlendirmemizde hem çocukla hem de aileyle olan görüşlerimizde çocuk istismarı açısından riskli bir durumla karşılaşmadık. Çoklu kemik kırıkları içilen çekilen kemiksürveyi normaldi.

Sonuç: LHH çok çeşitli klinik bulgular ile seyredebilen ve pekçok hastalığı taklit edebilen bir hastalıktır. Çocuk istismarını taklit eden bulgularla başvuran küçük çocuklarda, nadir bir hastalık olan LHH'nin da klinisyenlerin aklında bulunmalı ve istismar ile ayırıcı tanısının multidisipliner bir yaklaşımla ayrıntılı olarak yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: cinsel, fiziksel, istismar, histiositoz,

PS-051

ANNE SÜTÜYLE BESLENEN YENİDOĞAN BEBEKLERDE KİLO KAYBINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Tijen EREN¹, Gülbin GÖKÇAY²

¹Koc Üniversitesi

²Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Yenidoğan bebekler, doğumu takip eden üç gün içerisinde doğum kilolarının %7-10 kadarını kaybetmektedirler. "Fizyolojik tartı kaybı" denen bu durumun ilerlemesi ve yenidoğanın kilo kaybının artması istenmeyen komplikasyonları da beraberinde getirmektedir.

Bu çalışmanın amacı, anne sütüyle beslenen bebeklerin kilo kayıp oranlarını belirlemek ve buna etki eden risk faktörlerini tespit etmektir.

Yöntem - Gereçler: Çalışmada, 2011-2015 yılları arasında Amerikan Hastanesi'nde doğan bebeklerden doğum sonrası normal APGAR'la doğan, yoğun bakım ihtiyacı olmayan, annenin anne sütüyle beslemeyi kabul ettiği, 37-41. gebelik haftasında doğan tekil doğumlar dikkate alınmıştır. Bu kriterleri karşılayan %51,4'ü erkek, %48,6'sı kız olmak üzere 3812 anne ve bebeğin verileri değerlendirilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için NCSS 2007 programı kullanılmıştır. Tamamlayıcı istatistiksel metodlarla (ortalama, standart sapma, medyan gibi) niceliksel verilerin karşılaştırmalarında Student t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen niceliksel grupların karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel veri karşılaştırmalarında Pearson Ki-kare testine başvurulmuştur. (güven aralığı %95, anlamlılık p<0.05)

Bulgular: Değerlendirmeye alınan faktörler anne yaşı, parite, doğum şekli, ek faktörler (hipotiroidi, gestasyonel diyabet, meme operasyon öyküsü, insülin direnci varlığı), IVF doğum, anestezi şekli ve bebeklerin doğum hafta şeklinde sıralanmıştır.

Anne yaşına bakıldığında 30 yaş altı annelerin bebeklerinin ilk 24 saatteki kilo kaybı daha büyük yaştaki anne gruplarının bebeklerine göre anlamlı olarak daha düşüktür. Benzer şekilde, Multiparların bebeklerindeki kilo kaybı oranları da primiparlara göre daha düşüktür. Parite arttıkça kilo kaybı oranı düşmektedir.

Tablo 1: Doğum şekline göre kilo kaybı yüzdelerinin dağılımı

Doğum şekli	Kilo Kaybı <%7	Kilo Kaybı >%7	p
CS	772 (28,2)	1961 (71,8)	0,001**
NSD	816 (75,8)	260 (24,2)	

Pearson ki kare test **p<0,01

Tablo 2: Doğum haftalarına göre kilo kaybı yüzdelerinin dağılımı

Doğum Haftası	Kilo Kaybı <%7	Kilo Kaybı >%7	p
≤ 38 hf	696 (35,5)	1266 (64,5)	0,001**
≥ 39 hf	892 (48,2)	958 (51,8)	

Pearson ki kare test **p<0,01

Tablo 3: Epidural Anestezi grubunda; Spontan ve IVF yapıma durumuna göre kilo kaybı yüzdelerinin dağılımı

		Kilo Kaybı <%7	Kilo Kaybı >%7	p
Epidural anestezi	CS	661 (28,6)	1653 (71,4)	0,001**
	NSD	716 (76,3)	223 (23,7)	

Pearson ki kare test **p<0,01

Doğum şekli IVF bebekleri için normal doğumda kilo kaybına etki etmezken sezeryan doğumda kilo kaybı artışına etkisi gözlemlenmektedir (p=0.013). Epidural anestezi de benzer şekilde sezeryan doğumla birlikte normal doğumdan daha yüksek oranda kilo kaybına neden olmuştur (p=0.001) Annelere bağlı faktörlerde geçirilmiş meme operasyonu (p=0.013) ve insülin direnci (p=0.009) bebeklerdeki kilo kaybı oranlarının daha yüksek olmasına sebep olmuştur.

Tablo : Kilo kaybı %7 ve üzerine etki eden risk faktörlerinin Lojistik regresyon analizi

	P	ODDS	%95 CI	
			Lower	Upper
Anne yaş <30	0,001**			
31-35 yaş	0,016*	1,270	1,046	1,540
36-40 yaş	0,001**	1,665	1,336	2,075
>41 yaş	0,002**	1,819	1,254	2,638
Parite (primipar)	0,001**	1,903	1,626	2,226
Doğum hf (<38 hf)	0,016*	1,201	1,035	1,395
Doğum şekli (CS)	0,001**	7,839	6,619	9,284

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Sonuç: Tüm vakalar değerlendirildiğinde, kilo kaybı oranları %7 ve daha üzeri olan bebeklerdeki risk faktörleri arasında anne yaşı, parite, doğum haftası ve doğum şekli ön plana çıkmaktadır. Hastane taburculuğu öncesinde sadece anne sütüyle devam edilebilmesi açısından bu gruplardaki bebeklere daha yakın izlem ve annelerine emzirme danışmanlığı desteği verilmesi önem kazanmaktadır. Bu grupların kesiştiği bebeklerde riskin de o oranda yükseleceği göz önüne alınarak annelere emzirme desteği sağlanmalı ve gerek görülürse erken dönemde sık kilo takibi, elle sağılarak takviye ve galaktogog başlanması gibi önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelime: yenidoğan, kilo kaybı, risk faktörleri, anne sütü

PS-052

İLKÖĞRETİM OKULLARINDAKİ ÖĞRETMENLERİN SIK KARŞILAŞILAN ENFEKSİYON HASTALIKLARI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİMLERİ

Yasin YILDIZ¹, İlknur ESEN YILDIZ², Tuğba ÇALAPOĞLU¹, Semiha ÇAKMAK¹, Elif GÖZ KARADENİZ³, Zeynep İLKŞEN KOCOĞLU³

¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

² Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

³ Rize Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Başarılı bir eğitim için öğrencinin sağlıklı olması temel koşuldur. Okulda çocuklar toplu halde buldukları için bulaşıcı hastalıkların görülme ve yayılma hızı daha fazla olabilir. Bu araştırmanın amacı ilköğretim okullarında görevli öğretmenlerin sık görülen bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek, temizlik ve hijyen gibi konularda farkındalıklarını artırmaktır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız Rize’de ilköğretim okullarında çalışmakta olan 129 öğretmenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Öğretmenlerden imzalı onay alındıktan sonra anket uygulanmış sonrasında enfeksiyon hastalıkları hakkında konunun uzmanı tarafından seminer verilmiş ve eğitim sonrası anket tekrarlanmıştır. İlk sekiz soru çoktan seçmeli olup kalan 12 soru kanaat bildiri şeklinde tasarlanmıştır. Sorulara verilen yanıtlar 1-4 arasında puanlandırılmış toplam puanlar eğitim öncesi ve sonrası olarak karşılaştırılmıştır

Bulgular: Çalışmamıza katılan 129 öğretmenin 70’i erkek 59’u bayan olup yaş ortalaması 32,6±7,9 (22-64) yıl olarak bulunmuştur. Mesleki tecrübelerine bakıldığında ortalama 8,2±7,4 (1-37) yıldır öğretmenlik yaptıkları gözlenmiştir. Anket sorularına öğretmenlerin eğitim öncesi ve sonrası verdikleri yanıtlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Öğretmenlerin bulaşıcı hastalıklar hakkında eğitim öncesi ve sonrası verdikleri cevaplar

Soru	Cevaplar (n)							
	Eğitim Öncesi				Eğitim sonrası			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Vücuda tutunan kene saptandığında en kısa sürede patlatılarak çıkarılmalıdır	102	10	10	7	113	4	2	10
Kabakulak geçiren çocuk bulaştırıcı değildir arkadaşları ile okula devam etmesinde sakınca yoktur	96	22	6	5	114	9	4	2
Uyuz, bit gibi hastalıklarda öğrencinin bir gün tedavi alması yeterlidir. Arkadaşları ile birlikte oturmasında sıkıntı olmaz	89	24	8	8	110	14	3	2
Tırnaklarda, saçlı deride vs oluşan mantar enfeksiyonları bulaşıcı değildir, ek önleme gerek yoktur	96	22	6	5	118	7	2	2
Özellikle solunum yolu ile bulaşan hastalıklardan korunmada öksürürken, aksırırken ağzın eller ile kapatılması en uygun yöntemdir	25	25	36	43	20	11	17	81
Hava yolu ile bulaşan hastalıkların çoğu bakteriler tarafından oluşturulduğundan her hastada antibiyotik kullanımı gereklidir	51	40	27	11	101	19	5	4
Aşı yapılan çocuk aşısını yaptırdığı hastalığı geçirmez	61	32	30	6	33	25	22	49
Suçiçegi geçiren çocuğa, ateş düşürücü olarak aspirin verilmelidir.	25	25	36	43	15	11	17	86
Anal bölgesinde kaşıntı, uyurken ağızdan salya akan çocuklarda bağırsak parazitleri düşünülmeli ve doktora yönlendirilmelidir	118	6	3	2	112	1	15	1

1-Katılmıyorum 2-Genel olarak katılmıyorum 3-Genel olarak katılıyorum 4- Kesinlikle Katılıyorum

129 katılımcıdan alınan anketin sonuçları değerlendirildiğinde; eğitim öncesi ortalama puan 58,4± 4,9 (48-69) iken eğitim sonrasında ortalama puan 65,9± 6,4 (50-80) ve istatistik olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001)

Sonuç: Okullar toplu yaşanan yerler olup aynı zamanda çocuklar burada oldukça fazla zaman geçirmektedir. Çocukluk döneminde solunum, fekal-oral yolla bulaşan hastalıkların sık gözlenmesi, yemek ve tuvalet ihtiyaçlarının da okulda gerçekleştiği düşünüldüğünde bulaşıcı hastalıklar açısından öğretmenlerin bilgi düzeyleri ve eğitimleri önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelime: bulaşıcı hastalıklar, hijyen, öğretmenlerin eğitimi

PS-053

OTİSTİK SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE İNFANTİL KOLİK İLİŞKİSİ

Özlem BAĞ, Sevay ALŞEN, Emel BERKSOY, Nagihan CEVHER, Aslıhan ŞAHİN, Tuba TUNCEL, Çiğde ECEVİT
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri

Giriş - Amaç: Otistik spektrum bozukluğu (OSB), belirtileri erken çocukluk çağında başlayan, yaygın sosyal etkileşim ve iletişim anomalileri ile birlikte, belirgin derecede sınırlı ilgi ve yineleyici davranışlarla karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. Bu bozuklukta, hem fonksiyonel hem de organik gastrointestinal bozuklukların artmış sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir. İnfantil kolik ise, uzun ağlama periodlarının ana bulgu olduğu, Wessel'in 3 ler kuralı ile tanımlanan ve Rome III kriterlerine göre fonksiyonel barsak bozuklukları arasında kabul edilen bebekliğin davranışsal bir sendromudur. Bu çalışmanın amacı, OSB ile infanatil kolik ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem - Gereçler: Çalışma grubu olarak İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi heyet polikliniğine başvuran, OSB tanılı olgular, kontrol grubu olarak ise yaş ve cinsiyet olarak benzer özellikte sağlıklı olgular alındı. Örneklem büyüklüğü, tip 1 hata payı en fazla %5, çalışmanın gücü %80 olacak şekilde hesaplanarak minimum 91 olgu olarak hesaplandı. Olgu ve kontrol grubunun ebeveynlerine uygulanan yüz yüze uygulanan anket formu ile doğum şekli, doğum ağırlığı, sadece anne sütü aldığı süre, toplam anne sütü aldığı süre, gebelikte tütün maruziyeti gibi verilerin yanısıra OSB ile ilgili tanı yaşı, ilk bulguları, tanı için geçen süre ve işlevsellik düzeyi ile ilgili veriler toplandı. Ebeveynlere bebeklik döneminde infanatil kolik tanısı varlığı ve modifiye Wessel kriterleri soruldu. Modifiye Wessel kriterlerini karşılayan olgular infanatil kolik olarak kabul edildi. Çalışmaya katılmak istemeyen ebeveynler, geçmişe dönük Wessel kriterlerini hatırlamadığını ifade edenler ve prematüre doğan bebekler çalışma dışı bırakıldı. İstatistik analizler SPSS (SPSS for Windows 16.0, USA) programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubunu OSB tanılı 98 olgu (E/K:76/22; ortalama yaş: 6.6±3.5), kontrol grubunu ise 123 (E/K:96/ 27; ortalama yaş: 5.8±3) sağlıklı çocuk oluşturdu. Olgu ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılabilir olarak saptandı. İki grup arasında, doğum şekli, doğum ağırlığı, gebelikte tütün maruziyeti açısından anlamlı fark saptanmadı. Sadece anne sütü kullanım süreleri ile toplam anne sütü kullanım süreleri de iki grup arasında benzer olarak saptandı. İnfanatil kolik sıklığı olgu grubunda %48 iken, kontrol grubunda %24.6 olarak bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.001). Ayrıca infanatil kolik tanısı alan OSB'li olgularda, başlangıç yaşının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha geç olduğu, daha uzun sürdüğü ve daha geç sonlandığı saptandı (Kolik başlangıcı olgu grubu: 0.86 ±1.2 ay, kontrol grubu: 0.25±0.6 ay; toplam kolik süresi olgu grubu: 10.3± 6.04 ay, kontrol grubu:3.9± 2.8 ay; kolik sonlanma zamanı olgu grubu:12.1± 5.8, kontrol grubu: 4.9± 2.9; herbiri p<0.001).

Sonuç: İnfanatil kolik, diğer fonksiyonel barsak bozuklukları gibi OSB'de artmış sıklıkta karşılaşılmaktadır. Özellikle, kolikin geç başladığı, uzun sürdüğü ve geç sonlandığı vakalarda infanatil kolik tanısını koyarken, bu sıklık akılda tutulmalı ve bebekler otizm gibi nörogelişimsel bozukluklar açısından dikkatli değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelime: otistik spektrum bozukluğu, otizm, infanatil kolik

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

PS-054

BABALARIN ÇOCUK SAĞLIĞINA VE BAKIMINA KATILIMI

Ömer EKER, Selda KARAAYVAZ, Aysu DUYAN ÇAMURDAN, Figen ŞAHİN DAĞLI, Seçil ÖZKAN, Ufuk BEYAZOVA
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Çocukların toplumsal, davranışsal, psikolojik ve gelişimsel açıdan istenilen sağlık düzeyine ulaşmaları babalarının bebek bakım sürecindeki katılımları ile ilişkilidir(1) ve kültürler arası farklılıklar gösterir(2). Baba katılımı, ulaşılabilirlik (varlığı/ulaşılır olması), bağlılık (doğrudan temas/ bakımda yer alma) ve yükümlülük (bakıcı, okul, doktor seçimi/okul sonrasında planlanması/öğretmenle yakın temas) üzerinden irdelenmektedir(3). Bu alanda babalardan alınan bilgiyle yapılan çalışma azdır(4).

Çalışmamızın amacı bir üniversite hastanesinin sağlık çocuk polikliniğinde(SÇP) izlenen çocukların sağlık/bakımına babalarının katılımını ve etkileyen etmenleri irdelemektir.

Yöntem - Gereçler: GÜTF hastanesine başvuran, 1-24 aylık bebek babası, 512 erkeğe, önceki çalışmalar/öz deneyimlerden yararlanarak hazırlanan bir anket uygulandı.

Babaların;

Bağlanma (doğum için eşinin yanında olmak, bebeğin altını değiştirmek, banyo yaptırmak, 2 saat/gün üzerinde zaman geçirmek, bebek gelişimine katkı için internet/kitap araştırması)

Yükümlülük (bebeğe ilgili bilgi için evini aramak, dostlarla bebek hakkında konuşmak, bebek bakımı/disiplini için internet, kitap araştırmak, bebeği sağlık izlemine getirmek, hastalanınca doktora götürmek) üzerinden 10 soru soruldu.

Baba katılımını ve olumlu etmenleri araştırmak için sorular üzerinde Faktör analizi yapılarak, her soru 1 üzerinden puanlandı. Katılım puanları ≤ 6 düşük, ≥ 7 yüksek olarak değerlendirildi.

Kategorik değişkenler için Ki kare testi, olumsuz etkili değişkenler için Backward stepwise logistic regresyon analizi kullanıldı. Beş risk faktörü (geniş aileye sahip olmak, genç baba olmak, düşük eğitim, düşük gelir, çocuk sayısı) modele konuldu.

Bulgular: Babaların yaş ortalaması 32.4 ± 5.7 yıl, çoğu lise eğitilmiş, orta-üst ekonomik düzeyde, aileler çekirdek yapıda, ortalama çocuk sayısı 1.7 ± 0.8 idi. Çocukların yaş ortalaması 8.94 ± 6.58 ay bulundu. Çocuğun cinsiyeti, ex bebek öyküsü baba katılımını etkilemiyordu ($p > 0.05$). Babanın doğum sürecindeki varlığı, eğitimi ve aylık aile geliri katılımı etkiliyordu ($p < 0.05$). Genç yaşta ve az eğitilmiş olan babaların katılımı sırasıyla 3,8 ve 8,7 kat daha bulundu.

Sonuç: Babanın çocuk sağlığına/bakımına katılımı anne ve çocuğun duyu durumuna olumlu katkı sağlar(5). Çalışmamızda dünya kaynakları ile uyumlu şekilde, doğum sürecinde bulunan babaların, sorgulanan tüm alanlardaki katılımı yüksekti(6,7,8,9). Babanın küçük yaşta ve düşük eğitilmiş olmasının katılımı olumsuz etkilediği görüldü. Genç yaş babalarda ekonomik güvensizlik/şaşkınlık yaratarak, ilgisizliğe neden olabilir(10,11). Çalışmamızda ailenin geliri 1000 dolar/ay altında ise, baba katılımı 2 kat daha az bulundu. Bu sonuç Castillo ve arkadaşlarının iyi eğitilmiş, geliri yüksek, yaşı 28 üzerinde olan babaların katılımının daha fazla olduğunu gösteren çalışması ile uyumluydu(12). Babaların çoğu bebeklere 2 saat ve üzerinde uygun şekilde zaman ayırıyordu. Uzun süreler, iletişimin niteliğini artırıp, çocuğun gereksinimleri ve duyarlılıklarını yanıtlama, babalık yeteneğinin gelişmesi/güven kazanma sonucunda gelişimi olumlu desteklemektedir(13,14).

Doğum öncesi, doğum ve sonrasında babaların varlığının önemsenmesi, özellikle genç yaşta/az eğitilmiş babaların hedeflenerek sağlık izlemelerine davet edilmeleri, bebeklerinin gereksinimleri ile bilgilendirme ve desteklerinin sağlanması çocuk sağlığına önemli bir katkıdır.

Anahtar Kelime: Çocuk bakımı, çocuk sağlığı, baba katılımı

PS-055

CİNSEL İSTİSMARIN BULGULARI İLE KARIŞABİLEN BİR LEZYON: LİKEN SKLEROZ

Özlem BAĞ, Derya ÇAKMAK, Selcen KUNDAK
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Çocuk İzlem Merkezi

Giriş - Amaç: Liken Skleroz, anogenital bölgede görülen, nadir, kronik gidişli, otoinflamatuar bir dermatittir. Çoğunlukla postmenaposal kadınlarda görülmekle birlikte, olguların %5-15'i pediatrik yaş grubundandır. Çocukluk çağında prevalansı 1/900 olarak tahmin edilmektedir. Tipik bulguları beyaz plak ve atrofi zemininde, telenjiektazi, peteşi, purpura, ekimozdur ve cinsel istismar bulguları ile karıştırılabilir.

Yöntem - Gereçler: OLGU SUNUMU

Bulgular: Yedi yaşında kız olgu, Çocuk İzlem Merkezi'ne 'muayenesinde cinsel istismar bulguları saptanması nedeniyle' gönderilmişti. Öyküde, annesi, bir gece önce uykuda kızının vulvar bölgesini kaşındığını gördüğünü, ertesi gün ise genital bölgesinde fark ettiği kızarıklık, morarma nedeniyle çocuk hekimine başvurduğu öğrenildi. İlgili hekimin, bu lezyonları, cinsel istismar bulgusu olarak değerlendirerek, Kadın Doğum hekimine danıştığı ve birlikte, cinsel istismar bulguları olduğu düşünülerek bildirim yapılarak Çocuk İzlem Merkezi'ne (ÇİM) yönlendirildiği anlaşıldı. Olgunun yapılan ön görüşmede yaşına uygun gelişimsel özellikler gösterdiği, adli görüşmede ise cinsel istismar yönünden şüphe oluşturabilecek herhangi bir ifadeye bulunmadığı görüldü. Yapılan fizik muayenesinde, genital bölgede, introitus vajinada, keskin sınırlı, ekimotik ve puprurik lezyonlar saptandı. Dikkatle bakıldığında, bu lezyonların labia majora çevresinde simetrik hipopigmente plak üzerinde geliştiği fark edildi. Hymen intakt izlendi ayrıca hem hymen hem de vajinal mukozada salim izlendi. Anneye sorulduğunda, zemindeki beyaz plağı 6 aylıktan beri fark ettiğini, lezyonun ara ara kaşıntılı olduğunu, ancak daha önce bu şekilde kanamalı lezyon fark etmediğini belirtti. Olgu, dermatoloji ile konsülte edildi ve liken planus tanısı ile lokal kortikosteroid tedavi ile izleme alındı.

Sonuç: Liken skleroz, çocukluk çağında görece nadir görülen bir dermatittir. Atrofi ile seyretmesi nedeniyle minör travmalarla da kolaylıkla yaygın ekimoz, purpura ve peteşi oluşabilmektedir. Anogenital bölgede ekimoz, purpura varlığı, klinisyenlere öncelikle cinsel istismarı düşündürmektedir. Fizik muayene sırasında beyaz plak varlığı, hymen ve vajinal mukozanın lezyon içermemesi ile cinsel istismara bağlı travmatik lezyonlardan ayrılabilir. Ancak, liken planuslu olgularda da tetikleyici olarak cinsel istismar olabileceği akılda tutulmalı ve bu açıdan değerlendirme ihmal edilmemelidir.

Anahtar Kelime: liken skleroz, cinsel istismar

PS-056

NADİR GÖRÜLEN GASTROİNTESTİNAL KANAMA NEDENİ: PEUTS-JEGHERS SENDROMU

Vildan ERTEKİN¹, Hümeyra DUR², Selda KARAAYVAZ²

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Acıbadem Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Giriş - Amaç: Peutz-Jeghers Sendromu (PJS) gastrointestinal polipler, mukokutanöz pigmentasyonlarla karakterize otozomal dominant geçişli, nadir görülen bir sendromdur. Polipler çoğunlukla jejunum ve ileumda görülmesine rağmen duodenum, mide ve kolon da tutulabilir. Nadir görülmesine rağmen lezyonlarda malign dejenerasyonlar izlenebilir. Over, uterus, akciğer, meme, pankreasta ekstra intestinal malignansiler ve inguinal herni de görülebilir.

Yöntem - Gereçler: PJS tanısıyla hastanın başvuru yakınmaları, klinik, laboratuvar, endoskopik ve histopatolojik bulguları ve izlem süreçleri ile ilgili veriler değerlendirildi

Bulgular: On üç yaşında kız hasta, dudaklarda koyuluk, alt gastrointestinal kanama ve karın ağrısı nedenleri ile başvurdu. Hastaya alt ve üst GIS endoskopi uygulandı. Midede, jejunumda, transvers kolonda polipler çıkarıldı.

Sonuç: Sonuç olarak tekrarlayıcı karın ağrısı, alt GIS kanaması olan hastalarda polipozis açısından öykünün iyi alınması ve Peutz-Jeghers sendromunun ayırıcı tanıda düşünülmesi, bu hastaların ve varsa diğer aile bireylerinin tanı ve izlemleri açısından yerinde olacaktır

Anahtar Kelime: çocuk, gastrointestinal kanama

PS-057

AMASYA BÖLGESİNDEKİ BİRİNCİ BASAMAKTA HİZMET VEREN SAĞLIK PERSONELİNİN ve GEBELERİN GEBELİKTE UYGULANABİLEN AŞILAR HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARI: ÇALIŞMA ÖN RAPORU

Gökçe CELEP¹, Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN²

¹Amasya Üniversitesi, Tıp Fakültesi

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Sosyal Pediatri BD

Giriş - Amaç: Gebelik aşılama programlarının önemli bir parçasıdır. Sık görülen influenza ve boğmaca gibi hastalıklar gebe, fetüs ve yaşamın ilk altı ayındaki bebek için önemli bir morbidite; hatta mortalite nedeni olabilmektedir. İnfluenza, Tetanoz –difteri- asellüler boğmaca aşısının anne ile bebeği için güvenli olduğunun pek çok çalışmayla gösterilmesine rağmen gebe aşılama tüm dünyada istenen düzeyde değildir. Bu durumun en önemli nedeninin bilgi eksikliğinin doğurduğu korkular olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda sağlık personelinin ve gebelerin aşılama hakkındaki bilgi düzeyini ve eğilimlerini saptamak amaçlanmıştır. Uzun vadede hasta kaynaklı engellerin saptanıp gebe aşılama takvimine yeni aşılama eklenmesine katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Bu ön raporda çalışmamızın, gebelerin aşılama hakkındaki bilgi düzeyini ve eğilimlerini gösteren veriler sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği'ne başvuran 540 gebeye yazılı anket uygulanarak verilerin elde edilmiştir. Anketteki sorular gebenin sosyodemografik özellikleri, gebelik takipleri, rutin gebelik aşılama ve influenza, dozu azaltılmış asellüler boğmaca aşısı içeren Tetanoz- difteri aşısı (Tdap) hakkındaki tutumlarını saptamaya yöneliktir.

Bulgular: Uygulanan anketlerin 512 tanesi geçerli olarak değerlendirilmiştir. Ankete katılan gebelerimizin yaş ortalaması 26.6'dır (17-43). Yüzde 91'inin herhangi bir sağlık sorunu yoktur; %90.8'inin de gebelik ile ilgili bir komplikasyon sorunu saptanmamıştır. Hemen hemen tamamının hastane ve/veya aile sağlığı merkezlerinde izleniyor olmalarına ve rutin gebe aşılama yaptırılmalarına karşın yaklaşık %90'ı influenza, %99'u boğmaca aşısı hakkında bilgi almadığını belirtmiştir. Sadece 7(%1.4) gebeye grip aşısı uygulanmıştır. Bu gebelerin bir tanesine kadın doğum uzmanı, birine birinci basamak sağlık personeli, diğerlerine aile hekimi aşı önerisinde bulunmuştur.

Sonuç: İnfluenza ve boğmaca kaynaklı morbidite–mortalitenin azaltılması için aşılama önemli bir adımdır. Ancak bölgemizde bilgilendirme eksikliğinin gebe aşılama önündeki en önemli engel olduğu görülmektedir. Doğru, güvenilir, bilimsel bilgilendirme ile aşılama oranlarının artacağı düşünülmektedir. Anket uygulamasının grip olgularının sık görülmediği yaz mevsiminde yapıldığından ve mevsimsel duyarlılığın aşılama oranını etkileyebileceği düşünüldüğünden kış döneminde de devam etmesi planlanmıştır, istatistik çalışmaları da sürmektedir. Hekim ve sağlık personeli bileşenleri ile birlikte daha sonra ayrıca yayınlanması planlanmaktadır.

Anahtar Kelime: gebelik dönemi aşılama, Tdap, İnfluenza

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

PS-059

ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMARINDA KAMU PERSONELİNİN BİLGİ DÜZEYİ VE UÇ PERSONEL EĞİTİMLERİNİN ÖNEMİ

Özlem BAĞ¹, Sezin ÜNAL¹, Sevay ALŞEN², Gülgün ÇAKMUR³, Feyza KOÇ⁴,

¹İzmir Çocuk İzlem Merkezi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi

²DEÜTF Çocuk Psikiyatrisi AD

³İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü

⁴EÜTF Sosyal Pediatri BD

Giriş - Amaç: Cinsel istismar mağduru olan bir çocuk, güven ilişkisi kurduğu bir kişi ile, uğradığı istismarı paylaşabilmektedir. Bu kişi, bir öğretmen, bir sağlık personeli gibi görevi gereği çocukla ilişki halinde olan biri olabilmektedir. Bu bilgiyi alan kişinin, durumu uygun bir şekilde yöneterek, kolluk kuvvetlerine bildirim zorunludur. Bu süreçten itibaren de, kolluk kuvvetlerinin çocukla teması söz konusu olmaktadır. Bu nedenle, çocuk ile temas eden tüm çalışanların, çocuğun cinsel istismarı hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir. Bu çalışmanın amacı, İzmir ilinde görev yapan aile hekimleri, hemşireler, sınıf öğretmenleri, rehber öğretmenler ile kolluk kuvvetlerinin çocuğun cinsel istismarı konusunda bilgi düzeyini değerlendirmek ve uygulana uç personel eğitimlerinin etkisini incelemektir.

Yöntem - Gereçler: Çalışma Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi İzmir Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) ile İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesinin düzenlediği uç personel eğitimleri çerçevesinde planlandı. Eğitimde, çocuk tanımı, çocuğa kötü muamele tiplerinin tanımları ve sınıflaması, cinsel istismarın bulguları ve belirtileri, bu konudaki yasal mevzuat ve ÇİM'in işleyişi ve olgu ile karşılaşıldığında yapılması gerekenleri içeren standard eğitim modülleri güncellenerek kullanıldı. Eğitimlere katılan 927 kişiden, eğitim öncesi verilen ön testleri doldurmayı kabul eden 339 (K/E: 232/106) kişi çalışma grubu olarak alındı. Çalışma grubuna, sosyodemografik verilerine ek olarak, çocuk tanımı, çocuk istismarının tipleri, riskli grupların tanınması, cinsel istismar olgu örneğinin tanınması, bildirim zorunluluğunun bilinmesi, ÇİM'in görev alanını soran çoktan seçmeli sorular içeren ön test uygulandı. Eğitim tamamlandıktan sonra, son testi uygulamayı kabul eden 241 kişiye de aynı soruları içeren son test uygulandı. Veriler SPSS (SPSS for Windows 16.0, USA) programı aracılığı ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışma grubunun %35.7'si öğretmen,%5.9'u rehber öğretmen,%17.4'ü doktor,%18.6'sı hemşire,%0.6'sı psikolog,%6.5 diğer sağlık personeli,%13.3'ü polis idi. Ön testte, çocuk tanımını doğru şekilde yapabilme oranı %45.9 iken, katılımcıların sadece %2.9'u kötü muamele tiplerini doğru olarak bilmekte idi. Yasal mevzuat konusunda bildirim zorunluluğu katılımcıların %63.7'si tarafından bilinmekte idi. Ancak, bildirim nereye yapıldığı sorulduğunda, katılımcıların yarısının bu soruyu boş bıraktığı tespit edildi. ÇİM'in çalışma alanını bilen kişi oranı sadece %15.9 idi. Bildirim genel olarak (%26) kolluk kuvvetlerine yapılmakta idi. Son testler değerlendirildiğinde, çocuk tanımının bilinme oranının %45.9'dan %81.7'ye çıktığı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$) saptandı. Kötü muamele tiplerinin tanımlanabilmesi, riskli grupların tanınması sorularında doğru yanıt oranı artmış olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değil idi ($p>0.05$). Verilen cinsel istismar örneğinin tanınma oranı da son testte ilk teste göre anlamlı oranda artmış saptandı ($p=0.02$). Özellikle, yasal mevzuatta bildirim zorunluluğu, bildirim nereye yapılması gerektiği, ÇİM'lerin çalışma alanı ve İzmir'de ÇİM varlığı ile ilgili sorularda son testteki doğru yanıt oranlarının, ilk teste göre istatistiksel olarak belirgin derecede anlamlı olarak artmış olduğu saptandı ($p=0.000$).

Sonuç: Çocuğun cinsel istismarı, çocukla ilişki halinde olan meslek grupları arasında yeterince bilinmemektedir. Verilen uç personel eğitimleri, bu konuda bilgi düzeyinin artmasında önem taşımaktadır. Özellikle, çocuğun tanımı, cinsel istismara uğramış bir çocuğun bildirim zorunluluğu, bildirim yapılması gereken yerler ve ÇİM'lerin işleyişi konularındaki bilgi düzeyini anlamlı olarak artırmış olması nedeniyle, uç personel eğitimlerinin hedefine ulaştığı gözlenmiş ve bu eğitimlere devam edilmesinin gereği ortaya konmuştur. Ayrıca, çalışma grubundaki kişilerin, ÇİM'in tanımı ve tiplerinden ziyade, direkt ya da dolaylı olarak kendilerini ilgilendiren yasal süreçlerle ilgili konulardaki bilgi düzeylerinin artması dikkat çekicidir.

Anahtar Kelime: cinsel istismar, bilgi düzeyi, eğitim, uç personel, ÇİM

PS-060

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ OLGULARININ KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EGE ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK KORUMA BİRİMİNİN YEDİ YILLIK DENEYİMİ

Feyza KOÇ, Sadık AKŞİT, Arda TOMBA, Ender ŞENOL, Sezen KÖSE, Güldane KOTUROĞLU, Ulaş SAZ, Aslı ASLAN, Oya HALICIOĞLU, Tuncer TURHAN, Meryem DALKILIÇ, Cahide AYDIN
Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri

Giriş - Amaç: Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Koruma Biriminde değerlendirilen çocuk istismarı ve ihmali olgularının klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesidir.

Yöntem - Gereçler: 2009-2016 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Koruma Birimince değerlendirilen ve çocuk istismarı / ihmali tanısı alan olgular çalışmaya alındı. Bu olguların yaş, cinsiyet, aile tipi, anne-baba eğitimi, istismar tipi, istismarcının özellikleri ve istismarın gerçekleştiği yer gibi özellikleri kaydedildi. Veriler SPSS 18 programı ile analiz edildi.

Bulgular: Çocuk istismarı ve ihmali tanısı alan, yaşları 1-17 yaş arasında değişen, 186 (%42,5)'si erkek, 252 (%57,5)'isi kız olmak üzere toplam 438 olgu değerlendirildi. Bu olguların %37'i cinsel, %16'sı fiziksel, %11'i duygusal istismar, %36'sı ihmal olarak değerlendirildi. Fiziksel istismar olguların 8'ine sarsılmış bebek sendromu tanısı konuldu. İki vaka ölümle sonuçlandı. Çalışmadaki olguların aile yapısı incelendiğinde %62'si çekirdek aileye, %33'ü parçalanmış aile yapısına sahipti. Olguların %77'sinde istismarın gerçekleştiği yer çocuğun yaşadığı ev, %16'sında sokak olarak saptandı. İstismarı yapan kişi olguların %32'sinde öz baba, %26'sında anne, %22'sinde ise yabancı bir kişiydi.

Sonuç: Çocuk istismarı ve ihmali konusunda gerek bölgesel gerekse hastane temelli multidisipliner olarak çalışan kurum ve ekiplerin politika üretmeleri tarafından daha fazla desteklenmesi, bu çocukların sorunlarına daha hızlı ve kalıcı çözümler üretmek anlamında yararlı olacaktır.

Anahtar Kelime: çocuk istismarı ve ihmali, çocuk koruma

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

PS-062

İLACA BAĞLI ÇOCUKLUK ÇAĞI ZEHİRLENMELERİNE ÜLKELER ARASI GENEL BİR BAKIŞ

Turgut Bora CENGİZ¹, Deniz MUTLU¹, Selda KARAAYVAZ²

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş - Amaç: Dünya üzerinde her yıl bir milyondan fazla çocuk, doğasının getirdiği merak, keşfetme arzusu ve ana-babalarını taklit etme güdülerini ile çeşitli kimyasallara dolaylı ya da dolaysız bir şekilde maruz kalmaktadır. Hastanelere başvuran zehirlenme olgularının yaklaşık %64,7'sini 20 yaştan küçük bireylerin oluşturması, bu yaralanmaların getirdiği yoğun tıbbi/cerrahi bakım süreçleri, hastalıklı olma ve ölümlülük artışı da hem bireyler hem de toplumsal açıdan önemli bir yük oluşturmaktadır.

Biz bu çalışmamızda epidemiyolojik özellikleri ve risk etmenlerini öne çıkararak öncelikle aile bireylerince gerekli tedbirlerin alınmasını, farkındalık, önlem ve bilinç düzeyini arttırmaya katkı yapabilmeyi amaçlıyoruz.

Yöntem - Gereçler: Birbirinden farklı kıtalarda bulunan ülkelerdeki 9 çalışmayı kapsayacak şekilde birleştirilmesi ile oluşturulan bu derleme çalışmamız, 20 yaştan küçük bireyleri kapsamaktadır. Geniş açıdan bakabilmek adına Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri(ABD), Meksika, Mısır, Suudi Arabistan ve İsrail gibi farklı sosyoekonomik düzeylerdeki ülkelerden toplanan veriler kullanılmıştır. Yaş, ülke ve bölge, zehirlenme sebepleri ve zehirlenmeyle ilintili özkıyım olguları dikkate alınmıştır.

Bulgular: Çocukluk çağı zehirlenmelerinde farmakolojik etmenler Türkiye genelinde incelendiğinde Berksoy ve ark.'nın acil servise başvurmuş 216 zehirlenme olgusunun incelendiği çalışmada sırasıyla merkezi sinir sistemini(MSS) etkileyen ilaçlar, analjezik ve anti-piretikler, antigribal ilaçlar ve kalp ve damar sistemi ilaçları yer almaktadır. En çok etkilenen 2-5 yaş arası çocuklardır. Soyucen ve ark. tarafından yapılan çalışmada da incelenen 129 hastada en sık karşılaşılan yaş aralığı 0-5 yaş çocuklar olduğu ve yine MSS ilaçlarının zehirlenme olgularında öne çıktığı görülmektedir. Kahveci ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise 1-4 yaş arası çocuklarda zehirlenme vakalarının yoğunlukta olduğu görülürken, diğer yayınlarla uyumlu olarak MSS ilaçları ile zehirlenmelerin ilk sırada olduğu gözlenmektedir. Belirtilen çalışmalarda göze çarpan bir diğer ayrıntı da çocuklarda yaşın büyümesi ile birlikte özkıyım oranlarının da artmasıdır. Farmakolojik zehirlenme vakalarında özkıyım oranları Berksoy ve ark.'nda %21, Soyucen ve ark.'nda %8,1 ve Kahveci ve ark.'nda %2,9 olarak belirtilmiştir.

Dünyadan örnekler incelendiğinde ise Amerika Birleşik Devletleri'nde Bronstein ve ark.'ın yaptığı çalışmaya göre en sık 2 yaş civarı çocuklar zehirlenmekte ve en ön sırada analjezikler yer almaktadır. Benzer şekilde Meksika'da Olguin ve ark.'ın yaptığı çalışmada da 2-5 yaş grubu arasındaki çocuklarda farmakolojik zehirlenmelerin daha sık görüldüğü ve ABD verileri ile benzer şekilde analjeziklerin başı çektiği görülmektedir. Ortadoğu ülkeleri geneline bakıldığında, Mısır'da Azab ve ark.'ın, Katar'da Ahmed ve ark., Suudi Arabistan'da Alanazi ve ark., İsrail'de Bentur ve ark.'ın yaptığı çalışmalarda Amerika kıtasındaki verileri destekleyecek şekilde 6 yaştan küçük çocuklarda zehirlenmelerin daha sık görülmesiyle beraber analjeziklerin en sık zehirlenme sebebi olduğu görülmektedir. Özkıyım oranlarına bakıldığında ise özellikle 13-17 yaş arasındaki çocuklarda sıklıkla görüldüğü, Bentur ve ark.'ın %9,1, Azab ve ark.'ın %2 ve Alanazi ve ark.'ın ise %29,4'lük bir oran belirtmesi dikkate çarpmaktadır.

Sonuç: Derlenen bu çalışmalara göre zehirlenmeler en sık 2-5 yaş arasında görülmektedir. En sık zehirlenme etkeni farmakolojik ajanlar olup, bunlar içinde MSS ilaçları en ön sırada yer almaktadır. Bunlara ek olarak karbonmonoksit, yakıcı madde ve diğer zehirlenmeler de özellikle bu yaş grubundaki çocuklarda dikkat edilmesi gereken diğer zehirlenme türleridir.

Fiziksel, ruhsal ve ekonomik açıdan hem ailelerde hem bireylerde hem de toplumda ciddi bir yük oluşturan çocukluk çağı zehirlenmelerinin önüne geçilmesi adına alınabilecek önlemlerin başlıcaları şu şekilde sıralanabilir.

Evde MSS ilacı kullanımı olan ve özellikle 2-5 yaş arası çocuğu bulunan ailelerin daha dikkatli olması,

- Ailelere zehirlenmelere sebep olabilecek maddelerin günlük hayatta kullanılan eşyaların (örneğin, pet şişe) içerisine koyulmamasının öğretilmesi
- Zehirlenmelere yol açabilecek maddelerin sürekli kilit altında tutulması, saklanması veya çocukların açamayacağı kapaklarla kapatılması
- Olası bir hatayı önlemek adına, son kullanma tarihi geçen veya kullanılmayan ilaçların evde bulundurulmaması gerekliliğinin ailelere anlatılması
- Hekimlerin, tıp fakültelerindeki eğitimlerinde çocukluk çağındaki zehirlenmelere yönelik farkındalığının artırılması ve olaya gözetim ihmali penceresinden bakılmasını hedefleyen eğitimler verilmesi
- Toplumsal bilinci arttırmak adına medyada ve okullarda kamu spotları ya da konuyla ilgili konferansların düzenlenmesi.

Çocukluk çağı zehirlenmelerinde önleyici tedbirler ve önlenemediğinde ise zehirlenmiş bireye yönelik doğru yaklaşımlar hayat kurtarıcı olacaktır. Sağlık personellerinin yanı sıra, toplumdaki her bireyin farkındalık düzeyini arttırmak ve aile bireylerinin gözetim ihmallerini azaltmak da hedefler arasında gösterilebilir.

Anahtar Kelime: çocukluk, çağı, zehirlenme, ilaç, farmakoloji, türkiye

PS-063

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARINA YAKLAŞIM İLE GÜNCEL TANI ARASINDAKİ UYUM

S. Songül YALÇIN*, **Beril ÖZDEMİR****, Sadriye ÖZDEMİR***, Esra BASKIN**, Kadriye YURDAKÖK*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, **Başkent Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim dalı, Ankara, ***Ilgın Devlet Hastanesi, Konya

Giriş - Amaç: Beş yaş altı çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonu en önemli mortalite nedenlerinden biri olup vakalar en sık öksürük nedeni ile hastaneye başvurmaktadır. "Dünya Sağlık Örgütü Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarına Yaklaşım (DSÖ-ARI)" sınıflaması maliyet etkin bir rehber olarak önerilmektedir. Bu çalışmada, iki farklı düzey sağlık kurumunda (üçüncü ve ikinci basamak) öksürük ile başvuran hastalarda DSÖ-ARI sınıflaması ile güncel değerlendirme yöntemleri sonucu koyulan tanıları arasındaki uyum ve vaka özelliklerine göre değişimin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Başkent Üniversitesi Hastanesi ve Ilgın Devlet Hastanesi genel pediatri ve çocuk acil polikliniklerine Ocak 2016-Mayıs 2016 tarihleri arasında 2-60 aylık olup öksürük şikayeti ile başvuran çocuklar çalışmaya alındı. Vakaların yaşları, cinsiyeti, solunum sayısı, retraksiyon varlığı kaydedildi. Vakaların DSÖ-ARI ile akut solunum yolu enfeksiyonu sınıflamaları (soğuk algınlığı, pnömoni, ağır pnömoni olarak) yapıldı. Sonra, fizik muayeneleri ve laboratuvar tetkikleri dikkate alınarak ve akciğer grafisi çekilerek "Güncel-Tanı" gruplaması yapıldı. Tüm vakaların oksijen saturasyonları nabız oksimetre ile ölçüldü. İstatistik analizler SPSS 22.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. Vaka özelliklerine göre DSÖ-ARI ve Güncel-Tanı sınıflama metodları arası uyum için kapa (k) testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 311 hastanın ortalama yaşı 23,4 (SD:18,2) ay, %56,3'ü erkekti. Vakaların %29,6'sının öyküsünde ateş vardı. Vakaların DSÖ-ARI sınıflamasına göre %77,2'si soğuk algınlığı, %20,1 pnömoni, %6,7'ise ağır pnömoni tanısı aldı. Güncel-tanı sınıflaması ise sırası ile %50,8, %44,4 ve %4,8 idi. Fizik muayenede %28,3'ünde %12,9'unda subkostal retraksiyon saptandı. DSÖ-ARI ve Güncel-Tanı sınıflamaları arasındaki uyum %86,2 ve k değeri 0,47 (%95 GA: 0,39-0,56) olduğu, sağlık kurumuna ve cinsiyete göre değişmediği, 24 ayın altındaki çocuklarda (k=0,65), ateş ve öksürük birlikteliğinde (k=0,51) diğer vakalara göre yüksek olduğu görüldü. Hışıltı duyulan vakalarda sınıflama metodları arası uyum k=0,31, takipnesi olan hastalarda k=0,51 ve subkostal çekinti saptanan hastalarda k=1,00 tesbit edildi. Aynı zamanda, k değerinin oksijen saturasyonu %93'un altındaki vakalarda 0,89 iken, %94'ün altında 0,81, %95'in altında iken 0,75'e düştüğü, saturasyon %93 ve üstünde ise 0,39 olduğu görüldü.

Sonuç: İki yaşın altı, ateşin eşlik ettiği, takipnesi olan, oksijen saturasyonunun düşük olduğu ya da ağır pnömoni vakalarında DSÖ-ARI ile Güncel-Tanı sınıflamaları arasında en az orta düzeyde bir uyum vardır. DSÖ-ARI rehberi pnömoni ve ağır pnömoni vakalarının yönetiminde her merkezde kullanılabilir.

Anahtar Kelime: Akut solunum yolu enfeksiyonu, Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşım Paketi, Öksürük

PS-064

ÇOCUĞA YÖNELİK DUYGUSAL VE FİZİKSEL ŞİDDET SIKLIĞI VE YOL AÇAN FAKTÖRLER

Anar TAĞIYEV, S. Songül YALÇIN
Hacettepe Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: Çocuğa yönelik şiddet evrensel bir sorundur. Şiddetin her türünden, her ortamda korunmak tüm çocukların hakkıdır. Bu çalışmada annelerin şiddet konusundaki bilgilerinin ölçülmesi, çocuğa uyguladıkları şiddetin farkında olup olmadıkları ve ailenin sosyo-demografik özelliklerinin (anne baba mesleği ve eğitim düzeyi, annenin çocukluğunda şiddet görme durumu, hane halkı büyüklüğü, aile özellikleri, gebeliğin istenmiş olma durumu, çocuğun yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu gibi) çocuğun duygusal ve fiziksel istismara uğramasına etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Sağlığı Hastanesi'ne sağlık kontrolleri için gelen 0-6 yaş grubu çocukların ailelerinden gönüllü olanlar çalışmaya alındı. Annelerin çocuk yönelik şiddet konusunda bilgileri 30 soru içeren bir anket ile değerlendirildi. Veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edildi ve frekans farklılıklarının karşılaştırılmasında Ki-kare ile analizi kullanıldı. Anne, aile ve çocuk özelliklerinin duygusal ve fiziksel istismar üzerine etkisi çoklu lojistik regresyon analizi ile incelendi ve odds oranı (OR) ve %95 güven aralıkları (GA) hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 160 vakanın %57,1'i erkekti ve %31,9'u tek çocuktı. Çocukların ortalama yaşı 39,8 ay (SD=18,1) olup, %15,6'sı iki yaşın altında ve %43,1'i 4 yaşın üstünde idi. Ortalama emzirilme süresi 14,9 (SD=9,1) aydı ve %15,6'sı altı aydan az emzirilmişti. Annelerin ortalama yaşı 30,6 yıl (SD=4,8), babaların 33,6 yıl (SD=5,1) olup 20 yaşın altında ebeveyn yoktu. Annelerin %13,8'i hayatının bir döneminde psikolojik danışmanlık almıştı. %80,6'sı çekirdek aile tipinde ve %74,4'ünde hane halkı büyüklüğü beşin altında idi. Annelerin %27,5'i çocukluğunda şiddete maruz kaldığını, %6,3'ü eşinden, %15,6'sı bir yakınından şiddet gördüğünü bildirdi. Annelerin %30'u çocuğunu kolay avutabilir, %63,1'i normal, %6,9'u başedilmesi zor olarak tanımladı. Annelerin dörtte biri korkutmak, dayak, tekme atma olaylarını şiddet olarak sınıflamadı. Annelerin %80,6'sı çocuğuna duygusal istismar (bağırarak, korkutmak, tehdit etmek), %22,5'i fiziksel istismar uygulamıştı. Duygusal istismar riski iki yaşından büyük çocuklarda küçüklere göre 2,9 kat (%95 GA=1,1-7,4) fazla idi. Çocuğun yönetilme yapısı istismara uğrama riskini etkiledi (p=0,048) ve normal çocukların rahat avutulan çocuklara göre duygusal istismar riski 2,6 kat (%95 GA=1,2-5,9), başedilmesi zor çocukların rahat avutulan çocuklara göre fiziksel istismar riski 10,3 kat (%95 GA=2,4-44,4) daha fazla idi. Çocukluğunda istismara uğradıklarını bildiren annelerin çocuklarını fiziksel istismar etme risklerinin 3,0 kat (%95 GA=1,4-6,6) arttığı görüldü. Çocuğun ilk bebek olması, cinsiyeti, aile yapısı (geniş ya da çekirdek), hane halkı büyüklüğü (<5; ≥5), çocuktaki sağlık sorunu olması ve emzirilme süresi (<6ay; ≥6ay) fiziksel ya da duygusal istismar riskini etkilemedi. Çoklu lojistik regresyon analizinde çocuğun fiziksel istismar riskini annenin çocukluğunda şiddet görmüş olması (OR=3,5 %95 GA=1,4-8,6) ve çocuğun "baş edilmesi zor" olarak tanımlanması (OR=8,3, %95 GA=1,6-41,8) artırırken, annenin psikolojik danışmanlık alması azaltmakta (OR=0,18, %95 GA=0,03-0,99) idi. Çoklu lojistik regresyon analizinde çocuğun duygusal istismar riskini belirleyen faktörler incelendiğinde sadece "normal" olarak tanımlanan çocukların "kolay başedilen" çocuklara göre daha fazla duygusal istismara uğradıkları (OR=2,7 %95 GA=1,0-7,0) saptandı.

Sonuç: Çocuklarda fiziksel ve duygusal istismarın çok sık olduğu, kuşaklar arası artarak aktarıldığı, riskli vakaların saptanarak annelere psikolojik danışmanlık ve şiddetin çocuğu olumsuz etkilediği konusunda bilgi ve eğitim verilmesi riski azaltabilir.

Anahtar Kelime: duygusal istismar, fiziksel şiddet, eğitim

PS-065

DOĞUM SONRASI DEPRESYON İLE BEBEKLİK KOLİĞİ VE UYKU SORUNLARININ BİRLİKTELİĞİ

Bülent GÜNES*, S. Songül YALÇIN**, Orhan BALÇIK***, Özcan KARA***

*Şanlıurfa Özel Şan Med Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Şanlıurfa; **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, ***Şanlıurfa Özel Şan Med Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Şanlıurfa.

Giriş - Amaç: “Doğum sonrası depresyon” annelerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Bu durum bebeğin gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Çalışmada Şanlıurfa’da doğum yapan annelerde doğum sonrası depresyon sıklığı ve etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Şanlıurfa Özel Şan Med Hastanesinde doğumu gerçekleştirilen ve çalışmaya katılmak isteyen anne bebek çifti çalışmaya alındı. Doğumda, bir haftalıkken ve bir aylık oldukları dönemde anne-bebek çiftinin antropometrik ölçümleri alındı ve emzirme, ağlama ve uyku özelliklerini içeren takip formu dolduruldu. Doğum sonrası birinci ayda EdinburgPostpartum Depresyon Skalası uygulandı. Veriler SPSS22.0 paket programı ile analiz edildi, ortalama, standart sapma (SD) ve yüzde oranları verildi. Parametrelerin depresyon görülme sıklığına etkisi Ki-kare testi ile incelendi. Odds oranı ve %95 güven aralıkları (GA) lojistik regresyon analizi ile hesaplandı. Anne ve bebeğe ait faktörlerin etkisi çoklu lojistik regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Urfa bebek izlemi çalışmasına alınan ve bir aylık izlemine tamamlayan 126 anne-bebek çifti araştırmaya alındı. Ortalama anne yaşı 27,9 (SD=5,4) yıl, baba yaşı 31,6 (SD=5,4) yılı. Bebeklerin %50,8’i erkek, %10,3’ü düşük doğum ağırlıklı ve %11,9’u prematürdü. Bebeklerin %35,7’si ilk doğumdu ve %69’unun doğum şekli sezaryandı. Bebeklerin %54,8’i ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştı. Birinci ay izleminde sadece anne sütü alan bebek oranı %41,3 idi. Dörtte biri (%24,8) emzirme ile ilgili bir sorun yaşamıştı. Bebeklerin %39,7’sinde anneyi yoran aşırı ağlama varken, %33,6’sında günde 2-3 saat süren avutulamayan ağlama/huzursuzluk vardı. Bebeklerin %48,4’ünde uyku düzensizliği varken %12,1’inde sık uyanma sorunu vardı. Annelerin birinci ayda EdinburgPostpartum Depresyon Puan ortalaması 9,0 (SD=5,7) olup, %24,6’sında 13 puan ve üstünde idi. Anne ve baba yaşı, eğitimi, anne çalışma durumu, doğum şeklinin, bebek doğum ağırlığı, prematür olma durumunun, cinsiyetin ve emzirme sorunlarının depresyon sıklığına etkisi yoktu. Depresyon görülme oranı, aşırı ağlaması olan bebeklerin annelerinde 2,7 kat (%95 GA=1,2-6,3), 2-3 saat ağlayan bebeklerin annelerinde ise 2,8 kat (%95 GA=1,2-6,4) daha fazla idi. Depresyon riski, sık uyanması olan bebeklerin annelerinde, düzenli uykusu olan bebek annelerine göre 6,9 kat (%95 GA=1,9-25,0) daha fazla idi. Anne ve bebeğe ait diğer parametreler kontrol edildiğinde de aşırı ağlama ya da uyku bozukluğu olan bebeklerin annelerinde depresyon görülme sıklığı daha fazla saptandı.

Sonuç: Hem aşırı ağlama ve uyku bozukluğu nedeni kliniğe getirilen bebeklerin annelerinde depresyon değerlendirilmesi yapılması hem de doğum sonrası depresyon tanısı alan anne bebeklerinin ağlama ve uyku düzenlerinin incelenmesi gereklidir.

Anahtar Kelime: Anahtar kelimeler: doğum sonu depresyon, bebeklik kolik, uyku

PS-066

EBEVEYNLİK YOLUYLA MÜNCHAUSEN SENDROMU: OLGU SUNUMU

Sadık AKŞİT, Feyza KOC, Şule GÖKÇE, Didem ŞENSES, Gizem ŞENYAZAR, Deniz GÜNEŞ, Arda TOMBA, Merve TOSYALI
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş - Amaç: İlk kez 1977 yılında Meadow tarafından tanımlanan ve sıradışı bir çocuk istismarı şekli olan “Ebeveynlik yoluyla Münchausen sendromu”nda, genellikle anne hayali hastalık öyküsü üretebilir, çocuğa toksin, ilaç veya enfeksiyöz ajanlar vererek ya da travma oluşturarak hastalık semptomlarının ortaya çıkmasına sebep olabilir yada laboratuvar sonuçlarını yanıltabilir.

Yöntem - Gereçler: Sekiz yaşındaki kız hasta; idrar yaparken yanma ve vajinal kanama yakınması ile hastaneye getirildi. Anneden alınan öyküde, bir hafta önce başlayan idrar yapma sonrasında vajinal kanama olduğu ve bu durumun toplam üç kez tekrarladığı belirtildi. Soygeçmişte; anneanne ve dedenin şizofreni tanısı ile izlendiği öğrenildi.

Bulgular: Fizik bakışında, ağırlığı: 33.8 kg (7590p), boy:127 cm (2550p) ölçüldü. Sistem bakıları ve genital muayene olağandı. Çocuk cinsel gelişim açısından prepubertal evrede idi. Kan biyokimyasal tetkikleri ve tam idrar analizi normal saptandı, idrar ve vajinal sürüntü kültürlerinde üreme olmadı. Pelvik ve batın ultrasonografisi olağandı. Servisteki izlemi sırasında çocukta hiç genital kanama gözlenmedi ancak iki kez konversif atak geçirdi. Olguda olası organik nedenler dışlandı. Hastanın soygeçmişindeki yüklü psikiyatrik hastalık tanıları ile annenin izleminde görülen atipik davranışları dikkate alınarak olguda “Ebeveynlik yoluyla Münchausen sendromu” tanısı konuldu ve anne ile birlikte çocuğun sonraki izlemleri açısından Çocuk Psikiyatrisine devredildi.

Sonuç: Öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile herhangi bir organik neden saptanamayan hastalarda “Ebeveynlik yoluyla Münchausen sendromu” gibi sıradışı bir çocuk istismarı olabileceği ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelime: Münchausen sendromu, çocuk istismarı

PS-067

BEBEK DOSTU YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM UYGULAMALARI

Melek KILIÇ, Başak TEZEL, Ceren ARMUT

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı

Giriş - Amaç: Ülkemizde bebek ölüm oranlarını azaltmak, hatalı anne sütü uygulamalarının önlenmesi, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi amacıyla, Bakanlığımız 1991 yılından beri, UNICEF işbirliğinde Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı yürütülmektedir. Program çerçevesinde, doğum hizmeti veren hastanelerden oluşturulan ekipler konu ile ilgili eğitilmekte ve aldıkları eğitim doğrultusunda hastane uygulamalarını geliştirmektedirler. Bu kapsamda programı geliştirmek amacıyla daha önce Bebek Dostu Hastane unvanı almış olan hastanelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin daha ayrıntılı ve farklı kriterlerle değerlendirilerek Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi unvanı almaları amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: 2009 yılında DSÖ ve UNICEF Bebek Dostu Hastaneler İnişiyatifi doğum yapılan sağlık kuruluşları için geliştirilen rehberleri, yenidoğan yoğun bakımları da içerecek biçimde revize etmişlerdir. Bu tarihten itibaren kurumumuz bünyesinde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin değerlendirmesi için genel durum ve kıstaslar gözden geçirilmiş çalışmalar tamamlanarak 2012 yılında Bebek Dostu Hastaneler Üst Komitesinde;

- 〈 Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde anne sütü ile ilgili başarılı uygulamaları olan Bebek Dostu Hastanelerimizden,
- 〈 Güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile anneleri anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren,
- 〈 Doğumdan hemen sonra annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan ve belirlenen 7 adım stratejisi uygulayan ünitelerin Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi olarak ödüllendirilmelerine karar verilmiştir.

Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakımlar İçin 7 Öneri

- 1- Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri için bebeklerin anne sütü almalarını teşvik eden yazılı bir politika oluşturulmalı ve yoğun bakımda asılı olmalıdır.
- 2- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan tüm sağlık personeli anne sütü ve emzirme danışmanlık eğitimini almış ve bu danışmanlığı verebilme becerisinde olmalıdır. Eğitim, düşük doğum ağırlığı ya/ya da riskli bebekleri içermelidir.
- 3- Anneler, emzirmenin yararları ve yöntemleri, emzirmenin nasıl olacağı bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasını nasıl sürdürebilecekleri, memenin sağlanması ve sütün saklama koşulları hakkında bilgilendirilmelidir.
- 4- Bebek doğduktan sonra eğer emzirilemiyorsa, ilk 6 saat içinde annenin memelerinin sağlanması ve takiben her 2-3 saatte bir tekrar edilerek süt üretimi için memelere gerekli uyarı sağlanmalıdır.
- 5- Tıbben gerekli olmadıkça (annenin olmaması ya/ya da anne sütünün kontrendike olduğu durumlar) Yoğun bakımda tedavi gören bebeklere kendi annesinin sütü verilmelidir. Anne memesini alamayacak bebeklerde besleme kap, enjektör veya nazogastirik sonda ile yapılmalıdır. Anne memesini alabilecek duruma gelen bebekler hemen emzirmeye başlanmalıdır. Anne sütünün yetersiz olduğu durumlarda emzirme destekleyicileri ile relaksasyon sağlanmalıdır.
- 6- Serviste anne bebek birlikteliği için uygun koşullar sağlanmalıdır.
- 7- Anne bebek olabildiğince ten-tene temas etmeli, kanguru bakımına önem verilmeli, teknik araçlar ve ayrıntılar azaltılmalıdır.

Sonuç: Güncel bilgi ve teknoloji desteğinde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bakılan prematüre ve ağır hasta bebeklerin anne sütüne özellikle ihtiyaçları olduğu bilinmektedir.

Hastalıklarının daha çabuk iyileşmesini, yaşam şanslarının artmasını ve hastane yatış sürelerinin kısalmasını sağlayan anne sütünün, yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki bu zor bebeklere verilmesi, emzirmeleri ve annelerinin bu konuda desteklenmesi çok önemlidir.

BEBEK DOSTU YYB ÜNVANI ALAN HASTANELER			
İL	HASTANE İSMİ	TÜR	UNVAN TARİHİ
ANKARA	Etlük Zübeyde Hanım KHD Hastanesi	DH	2014
İZMİR	Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi	DH	2015
İSTANBUL	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH	DH	2015
İSTANBUL	Medipol Üniversitesi Hastanesi	ÜH	2015
İSTANBUL	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EA Hastanesi	DH	2015
ADANA	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcı Hastanesi	ÜH	2015
ANTALYA	Atatürk Devlet Hastanesi	DH	2015
ANTALYA	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	ÜH	2015
BALIKESİR	Atatürk Devlet Hastanesi	DH	2016
BALIKESİR	Bandırma Devlet Hastanesi	DH	2016
HATAY	Özel Palmiye Hastanesi	ÖH	2016

DH: Devlet Hastanesi ÜH: Üniversite Hastanesi ÖH: Özel Hastane

PS-068

OKULDA SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ PROGRAMI

Nilgün ÇAYLAN¹, Alev ÜSTÜNDAĞ¹, Başak TEZEL¹, Murat GÜLŞEN², Deniz ÇALIŞKAN³, Hilal ÖZCEBE⁴

¹Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye

² Milli Eğitim Bakanlığı, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş - Amaç: Okul sağlığı; öğrencilerin, okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de 2015-2016 öğretim yılı verilerine göre yaklaşık 17 milyon öğrenci bulunmaktadır. Okul sağlığı çalışmalarının kapsadığı nüfus, öğrenciler, aileleri ve okul çalışanları ile birlikte düşünüldüklerinde doğrudan ve dolaylı olarak toplumun yarıya yakınını oluşturmaktadır. Bu büyük nüfus, önemli bir potansiyel ve fırsatı beraberinde getirmektedir.

Ülkemizde okul sağlığı çalışmaları, 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile başlatılmıştır. Halen okul sağlığı alanında, farklı kurum ve kuruluşlar tarafından aktif olarak yürütülmekte olan pek çok program ve proje bulunmaktadır.

Bu çalışmayla, ülkemiz şartlarına uygun, bütüncül yaklaşımın benimsendiği bir okul sağlığı modelinin oluşturulması hedeflenmektedir.

Yöntem - Gereçler: Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, akademisyenler, diğer kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütlerinden temsilcilerin katılımıyla Bilim Kurulu ve Yönlendirme Komitesi oluşturuldu. Ülkemizde Okul sağlığı kapsamında yapılan tüm çalışmalar ve ilgili mevzuat gözden geçirildi. Literatür taraması yapılarak mevcut okul sağlığı modelleri incelendi.

Sonuç: Okul sağlığı çalışmalarında sağlık ve eğitim sektörleri arasındaki uyum ve işbirliği büyük önem taşımaktadır. 17.05.2016 tarihinde Bakanlığımız ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında yeni “Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü” imzalanmış ve böylece güncel ihtiyaçları karşılamayan 2006 tarihli Protokol yürürlükten kalkmıştır.

Bilim Kurulu, Yönlendirme Komitesi toplantıları ve grup çalışmaları sonucunda yeni Okul Sağlığı Programı tasarlanmış ve bu programın aynı zamanda ülkemizin Okul sağlığı modelini oluşturması hedeflenmiştir. Çalışmalar 6 başlık altında toplanmıştır:

- < Sağlık Hizmetleri,
- < Sağlıklı ve Güvenli Okul Çevresi,
- < Sağlıklı Beslenme,
- < Sağlık Eğitimi,
- < Fiziksel Aktivite,
- < Aile/Toplum Katılımı

Program kapsamında, her bir bileşen için değerlendirme formları ve uygulama kılavuzu oluşturulmuştur. Sağlık Hizmetleri, Sağlıklı ve Güvenli Okul Çevresi, Sağlıklı Beslenme bileşenleri için saha çalışmalarının 2016 Kasım ayı itibarıyla başlatılması planlanmaktadır. Sağlık Eğitimi, Fiziksel Aktivite, Aile/Toplum Katılımı bileşenlerinin ise Ankara’da pilot okullarda yapılacak çalışmaların ardından hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.

PS-069

ÇOCUKLARIN İLK 2 YAŞTA UYKU ALIŞKANLIKLARI VE ANNE SÜTÜ ALIM SÜRESİNE ETKİSİ

Bahar KURAL, Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY, Prof. Dr. Fatma OĞUZ
İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Uyku alışkanlıkları, kültürel yapı ve sosyoekonomik düzey ile ilgilidir. Birçok kültürde ilk 2 yıl ebeveynler çocuğu ile birlikte veya çocuğunun yanında uyumaktadır.

Gevşek zeminde yatma, yastık battaniye, örtü kullanımı uyku sırasında potansiyel tehlike yaratmaktadır. Ayrıca bebeklerin ebeveynleri ile birlikte yatmalarında da saptanmış riskler bulunmaktadır. Annenin sigara içmesi, aşırı yorgunluğu; ebeveynlerin alkol, uyku verici ilaç kullanımı, obez olmaları bu risklerdendir. Belirlenen riskler olmadığında, anne ile aynı yatağı paylaşmanın anne sütü ile beslenmeyi artırdığına dair yayınlar bulunmaktadır.

Çalışmamızda ülkemizde ilk 2 yaşta çocukların uyuma pozisyonları, uyku çevresi, uykuda beslenme düzeni, annenin çalışma durumu ve ailenin sosyoekonomik düzeyi sorgulanarak riskli davranış oranlarının belirlenmesi ve uyku alışkanlıkları, uyku çevresinin anne sütü alım süresine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Amaca uygun hazırlanmış anket soruları, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Poliklinikleri ve Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran, 0-2 yaş arasında çocuğu olan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, onam alınan 320 ebeveyne anket soruları soruldu.

Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2011'e göre, anketlerde ailelerin sosyo-ekonomik düzeyleri de belirlendi.

Bulgular: Çocukların %21'inin ebeveynleri ile uyudukları saptandı. Bu çocukların %85'inin annesi ile çift kişilik yatakta, %15'inin çift kişilik yatakta anne-babası ile birlikte uyudukları gözlenmiştir. Beraber yatmaya başlama yaşı sorgulandığında, doğumdan sonraki 1. Haftadan, 60. Haftaya (15. Ay) kadar değişik zamanlarda başladığı saptandı. Çocukların tümünün kendine ait yatağı olduğu ve %61'inin yatağının ebeveyn yatak odasında olduğu (room-sharing) bulunmuştur.

Çocukların uykuda beslenmeleri sorgulandığında, %50,52'sinin emzirildiği, %10,52'sine formula mama verildiği, %12,63'üne anne sütü ve mama birlikte verildiği öğrenildi. Çocukların %26,31'i uykuda beslenmiyordu.

Ailelerin sosyoekonomik düzeyini saptamak için, Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2011'de belirlenen sorular sorulmuştur. Ailelerin %7,36'sinin alt, %33,68'inin orta, %58,95'inin üst sosyoekonomik düzeyde oldukları belirlendi.

Sonuç: Farklı sosyoekonomik düzeylerde, ebeveynlerin uyku ortamı ile ilgili farklı tutum ve davranışları gözlenmiştir. Beraber yatan anne-bebek çiftlerinde anne sütü ile beslenme oranı daha yüksektir. Ebeveynlere güvenli beraber uyuma davranışı hakkında bilgilendirme yapılması önemlidir.

Anahtar Kelime: Uyku, beraber uyuma, anne sütü

PS-070

İZMİR MERKEZİNDEKİ İLKOKULLARDA 6 VE 7 YAŞLARINDAKİ OKUL ÇOCUKLARINDA FEBRİL KONVÜLSİYON PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Tolga İNCE¹, Merve ATEŞOĞLU¹, Adem AYDIN¹, Alp ERGÖR², Duygu LÜLECI²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri BD, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Giriş - Amaç: Febril konvülsiyon, ABD ve Avrupa’ da % 2-5, Çin’de % 0,5-1,5, Hindistan’da %5-10 sıklığında bildirilen çocukluk çağının en sık görülen nöbetidir. Ülkemizde sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalarda prevalans %3,5 ile 12,8 arasında bulunmuştur. Çocukluk çağının en sık nöbeti olması ve uzamış febril konvülsiyonun; mezial temporal skleroza, temporal lob epilepsisine neden olmasından dolayı önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmamızda Aydın ve arkadaşlarının 2008’de İzmir’de benzer popülasyonda yaptığı çalışmada belirlenen risk faktörleri tekrar sorgulanarak, ülkemizde son 10 yıldır değişen sosyokültürel, ekonomik etmenlerin febril konvülsiyon sıklığı üzerindeki etkisinin araştırılması ve İzmir’de 6 ve 7 yaşlarındaki okul çocuklarındaki sıklığının ve risk faktörlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Tanımlayıcı, kesitsel çalışmamızda Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Epilepsi Birliği’nin prevalans çalışma kriterleri ile güncel literatür dikkate alınarak hazırlanan anket formları, 2015- 2016 öğretim yılı içerisinde İzmir merkezindeki 6 ve 7 yaşlarındaki okul çocuklarının ailelerine uygulandı. Çocukların ve ailelerin febril konvülsiyon öyküsü, sosyodemografik bilgileri, akraba evliliği, çocukların perinatal öyküsü, nörolojik gelişim, kronik hastalık durumu sorgulandı. İzmir merkezindeki 6 ve 7 yaşlarında olduğu öngörülen 1. ve 2. sınıf öğrencileri toplam 65 866 kişi çalışmanın evrenini oluşturdu. 9 ilçeden 22 okulda, evrendeki ağırlığıyla orantılı olarak alınan toplam 5501 kişi üzerinde çalışma yapılması planlandı. 3806 öğrenci ile geri dönüş %69,2 olarak gerçekleşti. 3806 olgudan; ateş nedeni santral sinir sistemi enfeksiyonu, zehirlenme saptanan, daha önceden afebril öyküsü olan 32 olgu çalışmadan çıkarılarak 3776 olgu üzerinden analizler yapıldı. Veriler SPSS 12.0 programı kullanılarak analiz edildi. Sayılabilen değerler ki kare, ölçülebilir değerler t Testi ve korelasyon analizi ile, bağımsız değişkenlerin febril konvülsiyon üzerine etkisi ise lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için sınır p<0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular: İzmir merkezinde ortalama 6,5 yaşındaki okul çocuklarında febril konvülsiyon prevalansı %4,8 (181 olgu) saptandı. 6 yaşındaki okul çocuklarında prevalans %4,1, 7 yaşındaki okul çocuklarında prevalans % 5,3 idi, yaşa özel prevalans hızları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,105). Febril konvülsiyon geçirenlerin %54,1’i erkek, %45,9’u kızdı. Febril konvülsiyon prevalansı erkeklerde %5,2, kızlarda %4,3 saptandı. Febril konvülsiyon geçirenlerin; %29’unda anne veya babasında febril konvülsiyon, %13,4’ünde kardeşinde febril konvülsiyon, %2,8’inde anne ya da babasında epilepsi, %1,7’sinde kardeşinde epilepsi ya da ateşli havale öyküsü saptandı. Febril konvülsiyon geçirenlerin %11,6’sında sürekli ilaç almasını gerektiren kronik bir hastalık öyküsü olup sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalık varlığının febril konvülsiyon riskini artırdığı saptandı (Tablo 1). Anne ve babanın eğitim düzeyi düştükçe febril konvülsiyon görülme sıklığının arttığı saptandı (p<0,001).

Febril konvülsiyon en sık 18 ay ile 3 yaş arasında meydana gelmişti. Olguların %43’ünün 39 ve üzeri ateş sonrasında ve %62,8’nini ateşin ilk 1. saatinde konvülsiyon geçirdiği saptandı. Febril konvülsiyon geçiren olguların %77,3 ’ünde ateş nedeni boğaz enfeksiyonu olarak bulunmuşken %9,3’ünde kulak enfeksiyonu, %9,3’ü ishale bağlı ateş tespit edildi. Febril konvülsiyon geçiren olguların %94,4’ü sağlık kuruluşuna başvurmuş, sağlık kuruluşuna başvuranlardan %54’üne ilaç önerilmişti. İlaç önerilen olguların %14,7’sine takiplerinde devamlı kullanmak üzere antiepileptik tedavi önerilmiş, %13,7’sine nöbeti tekrar eder ve 2 dakikayı geçerse uygulanmak üzere ilaç, %71,6’sına ateşli dönemde kullanmak üzere ilaç önerisi olmuştu. Yapılan lojistik regresyon analizinde; gebelikte annede hipertansiyon öyküsü, kuvözde kalma durumu, sürekli ilaç almayı gerektiren kronik hastalık varlığı, nörolojik gelişim geriliği, annenin eğitim durumunun ilkökul mezunu ve daha altında olmasının febril konvülsiyon geçirme riskini artırdığı saptandı (Tablo 2). Çalışmamızda febril konvülsiyon geçiren olguların %33’ünde febril konvülsiyonun tekrar ettiği saptandı. Febril konvülsiyon tekrarı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,284). 39 derece altı ateşle konvülsiyon geçirenlerde, 39 derece ve üzeri ateşle konvülsiyon geçirenlere göre febril konvülsiyonun 1,985 kat daha sık tekrar ettiği saptandı (GA: 1,301-3,821, p=0,039).

Sonuç: Çalışmamızda febril konvülsiyon prevalansı gelişmiş batı toplumlarındakine yakın, gelişmekte olan Asya ve Afrika ülkelerine göre daha düşük saptandı. Anne baba arası akrabalık olanlarda febril konvülsiyonun daha sık olması genetik yatkınlığın febril konvülsiyon patogenezinde yer aldığı bilgisini desteklemiştir. Aydın ve arkadaşlarının 10 yıl önceki çalışmasında saptananın tersine gelir durumunun, sağlık güvencesinin febril konvülsiyon sıklığını etkilememesi, çoğunluğun 18 yaş altı ücretsiz şekilde tanımlanan sağlık güvencesine sahip olmasına bağlanmıştır. Yine bu çalışmada anne-baba eğitim düşük olanlarda febril konvülsiyonun daha sık görüldüğü bulunmuş, çoğunluğun sağlık güvencesinin olduğu popülasyonda; sağlık güvencesi, gelir durumu gibi faktörlerdense; anne ve babanın eğitim durumunun febril konvülsiyon sıklığını etkilemesi, sağlık bilgisi ve sağlık kaynaklarına ulaşım ile ilgili farkındalığın önemini göstermiştir. Diğer anlamlı değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinde, akrabalık durumunun febril konvülsiyon riski ile ilişkisiz bulunması anne eğitim düzeyi yüksek olanlarda akraba evliliğinin daha az yapıyor olmasına, ebeveynlerinde akraba evliliği olanlarda nörolojik gelişim geriliği, sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olma ihtimalinin daha yüksek olmasına bağlanmıştır.

Sonuç olarak, Aydın ve arkadaşlarının önceki çalışmasında saptanan %9,7 prevalansa göre daha düşük febril konvülsiyon prevalansı bulunması; ailelerin eğitim düzeyinin yükselmesiyle ateşli hastalıklar, gebelik takipleriyle ilgili bilinçlenmeye, sağlık hizmetlerinin daha ulaşılabilir olması gibi faktörlere bağlanmıştır. Özellikle eğitim düzeyi düşük bölgelerde; ateşli hastalıklar, gebelik takipleri, sağlık kaynaklarına ulaşım ile ilgili bilgilenmenin artırılması, önemli bir toplum sağlığı sorunu olan, %4,8 gibi bir sıklıkta görülen febril konvülsiyon sıklığını daha da azaltacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelime: Febril konvülsiyon, Prevalans, Okul çocuğu

Tablo 1. Febril konvülsiyon geçiren olgular ile geçirmeyen olguların bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Febril konvülsiyon (+)	Febril konvülsiyon (-)	p
	N (%)	N (%)	
<i>Devamlı İlaç Almasını Gerektiren Kronik Hastalık</i>	21 (11,6)	174 (4,8)	<0,001
<i>Anne baba arası akrabalık</i>	26 (14,4)	352 (9,8)	0,046
<i>Nörolojik Gelişim Geriliği</i>	21 (11,6)	216 (6,0)	0,002
<i>Kuvözde kalma öyküsü</i>	24 (13,3)	260 (7,2)	0,003
<i>Fetal büyüme geriliği</i>	9 (5,2)	68 (1,9)	0,009
<i>Gebelikte annede hipertansiyon</i>	21 (12,1)	212 (6,1)	0,001
<i>Gebelikte annede sigara içme öyküsü</i>	16 (8,9)	392 (11,0)	0,387
<i>Annenin çalışıyor olması</i>	55 (30,6)	1322 (36,8)	0,111
<i>Ailenin gelir algısı</i>			0,448
<i>Gelir fazla</i>	21 (11,6)	383 (10,7)	
<i>Gelir-gider denk</i>	109 (60,2)	2328 (64,8)	
<i>Gider fazla</i>	51 (28,2)	883 (24,5)	
Toplam	181	3595	

Tablo 2. Febril Konvülsiyon Risk Faktörleri Regresyon Modeli (Backward Step By Step 4. Basamak)

	d.f.	P	Beta	95.0% CI lower	95.0% CI upper
<i>Küvözde Kalma</i>	1	0,014	1,795	1,125	2,866
<i>Sürekli İlaç Almayı Gerektiren Kronik Hastalık Varlığı</i>	1	0,001	2,362	1,425	3,914
<i>Gebelikte Annede Hipertansiyon Varlığı</i>	1	0,042	1,704	1,020	2,847
<i>Nörolojik Gelişim Geriliği</i>	1	0,040	1,707	1,026	2,841
<i>Annenin Eğitim Durumu</i>	2	0,001			
<i>Annenin İlkokul Mezunu Ve Daha Altında Eğitim Düzeyi</i>		0,001	2,098	1,349	3,262
<i>Annenin Ortaokul Ve Lise Mezunu Olması</i>		0,273	1,273	0,827	1,958

*Constant -3,566

**Anne eğitim düzeyi için referans: annenin üniversite mezunu olması

PS-071

ÇOCUK ACİL SERVİSİNE TRAVMA NEDENİ İLE GETİRİLEN ÇOCUKLARDA FİZİKSEL İSTİSMAR RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Funda KURT¹, Emine SUSKAN¹, Sinan OĞUZ¹, Deniz TEKİN¹, Özdecan ÖDEK¹, Huban ATILLA², Suat FITÖZ³, Betül ULUKOL¹
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., ²Göz Hastalıkları AD., ³Radyoloji AD.

Giriş - Amaç: Travma nedeni ile çocuk acil servislerine gelen çocuklarda, olayın kasıtlı olup olmadığının belirlenmesi çok önemlidir. Kaza ile olmayan yaralanmalarda istismarın belirlenmesi için çok dikkatli olunmalıdır. İstismar vakaları tespit edilmediği zaman tekrarlama olasılığı ve ölüm riski olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, çocuk acil servisine travma nedeni ile başvuran hastalarda istismar sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisine 01 Mart 2013 ile 28 Şubat 2014 tarihleri arasında travma nedeni ile getirilen 18 yaş altındaki hastaların ebeveynlerine uygulanan anketin sonuçları değerlendirilmiştir. Anket formu, istismar risk faktörlerini (çocuk/ anne-baba ile ilgili) belirlemeye yönelik sorular ve ayrıntılı travma öyküsünün sorgulandığı, yaralanma şiddetinin travma ile uyumlu olup olmadığını, tekrarlanan travma ya da yanık öyküsünün ve tutarsız ifadelerin olup olmadığını belirleyici sorular içermektedir.

Sonuç: Çalışma süresince travma nedeniyle acil servise başvuran 1343 hastanın 109'unda (% 8.1) fiziksel istismar saptanmıştır. Hastaların ortalama yaşı 77.6 ay (20 gün- 217 ay) ve % 62.0'si erkektir. En sık travma nedeni yüksekten düşmedir (% 38.3). Fiziksel istismar; erkek cinsiyette, istenilmeyen gebeliklerde, annenin tek ebeveyn olduğu, annenin alkol aldığı, annede psikiyatrik hastalık olduğu, babanın işsiz olduğu, babanın her gün alkol aldığı olgularda ve aile içi sözlü şiddet varlığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık saptanmıştır. Fiziksel istismar olgularında annenin sigara içme oranı daha yüksektir, fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Acil servislerdeki hasta yoğunluğu düşünüldüğünde, travma nedeni ile acil servis başvurusu olan hastalarda istismar risk faktörlerinin ayrıntılı olarak sorgulanması pek mümkün değildir. İstismar için daha yüksek risk oluşturan faktörlerin sorgulandığı kısa bir form oluşturulması, fiziksel istismar açısından riskli vakaların erken yakalanmasını sağlayabilir. Bu araştırmanın sonuçları acil servislerde kullanıma uygun bir kontrol listesi oluşturmak için ilk adımdır.

PS-072 TÜRKİYE'DE ULUSAL İŞİTME TARAMA PROGRAMI

Rahşan ÇINAR¹, A.KÜLEKÇİ UĞUR¹, B.TEZEL¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı

Giriş - Amaç: Ülkemizde yılda yaklaşık 1.290.000 bebek doğmakta ve her bin bebekten 2-3'ü ileri derecede işitme kaybı ile dünyaya gelmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde kalan bebeklerde bu oran yüzde 4'e yükselmektedir. Çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar, kulak enfeksiyonları, kazalar ve kullanılan bazı ilaçlar nedeniyle bu oran % 6'ya kadar çıkmaktadır. Bu nedenle Bakanlığımız işitme kaybının erken zamandan teşhisi ve tedavisi için 2004 yılında Yenidoğan İşitme Tarama Programını başlatmıştır. 2008 yılından itibaren de 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: İşitme kayıpları; enfeksiyonlar, travmalar ve progresif işitme kaybı yapan genetik hastalıklara bağlı olarak doğum sonrası dönemde de ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle 2015 yılında da okul çağı işitme tarama programı başlatılmıştır. Okul çağı işitme tarama programında ilköğretim 1. sınıf öğrencileri belirlenen protokoller çerçevesinde okul ortamında, işitme taraması konusunda eğitimli sağlık personeli tarafından tarama odyometri cihazı ile taranmaktadır.

Yenidoğan işitme tarama programı tarama merkezi şartlarını sağlayan doğumevleri, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin de yürütülmektedir. Yenidoğan bebekler doğumunun ilk günlerinde, basit, ucuz ve uygulaması çok kolay işitme tarama testleri ile taranmaktadır. İşitme tarama programı 2000 yılında 1 merkez ile başlanmış ve 2015 yılında 950 merkez sayısına ulaşmıştır. İşitme tarama programı kapsamında testten kalan ve risk faktörü bulunan bebekler/ çocuklar referans merkezi dediğimiz en az 1 KBB Uzmanı ve 1 Odyoloğun olduğu, gerekli cihaz, ekipmanı bulunduran, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmekte ve ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ülkemizde 28 ilde 54 referans merkezi bulunmaktadır.

Sonuç: Yenidoğan İşitme Tarama oranları TÜİK canlı doğum sayısı baz alınarak hesaplanmaktadır. 2007 yılında tarama oranı 14.7 iken 2015 yılında tarama oranı %93,4 tür. Bu da tarama hizmetinin canlı doğan bebeklerin çoğuna ulaştığını göstermektedir.

4. ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ

PS-073

GENÇLİK DANIŞMANLIK VE SAĞLIK HİZMET MERKEZLERİNDE ÇOCUK GELİŞİMCİNİN YERİ VE ÖNEMİ

Alev ÜSTÜNDAĞ¹, Başak Tezel¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı

Giriş - Amaç: Ergen dostu sağlık hizmetleri bulunabilir, ulaşılabilir, yaklaşılabılır, kabul edilebilir, uygun ve ödenebilir olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin ergenler tarafından kabul edilebilir, yaklaşılabılır ve uygun bulunabilmesi ise hizmetlerin sunulduğu ortamın onlar için hazırlanmış olmasına ve hizmeti sunanların da onlara özgü sağlık gereksinimleri hakkında bilgi ve beceri sahibi olmasına bağlıdır.

Yöntem - Gereçler: Ergenlik döneminde verilecek sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasını gelişimsel ve psikososyal değerlendirme oluşturmaktadır. Sağlık merkezine başvuran ergene sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada sunulabilmelidir. Bu nedenle ergen dostu sağlık merkezlerinde hekim ve hemşirenin yanı sıra çocuk gelişimci, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı da bulunmalıdır.

Bulgular: Ergenlik dönemi gelişimin en hızlı olduğu dönemler arasında olduğu için gençlerin ve ailelerinin bu dönemde karşılaştıkları sorunlara yardımcı olacak uzman kişilerin desteğine olan ihtiyaçları da fazladır. Gençlerin yaşadığı değişiklikler, içinde buldukları ruh hali ve gelişim özellikleri de göz önüne alınarak yapılan danışmanlık, gençlerin sorunlarına çözüm üretmede daha faydalı olacaktır. Tüm bu durumlar göz önüne alındığında çocuk gelişimcinin Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri için önemli ve vazgeçilemez meslek elemanları arasında olduğu sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelime: Çocuk gelişimcisi, Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri, danışma, gelişim, genç

PS-074

İKİ-BEŞ YAŞ ARASI ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN ÇOCUKLARININ AĞIRLIKLARI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE KENDİ BEDEN ALGILARI İLE İLİŞKİSİ

Mine ERKAN¹, Selen BOZKURT², Sevtap GÜNEY¹

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ² Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Antalya

Giriş - Amaç: Çocukların ağırlıklarının anneleri tarafından düşük ya da fazla algılanması yanlış beslenme alışkanlıklarına ve sağlık sorunlarına neden olabilir. Bu çalışmanın amacı annelerin hem çocuklarının hem de kendilerinin ağırlıklarını nasıl algıladıklarını anlamak ve bu algıyı etkileyebilecek sosyodemografik etmenlerle çocuk beslenmesine ilişkin görüşlerini belirlemektir.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran, kronik hastalığı olmayan 170 çocuk ve anneleri alındı. Anne ve çocukların antropometrik ölçümleri yapıldı, annelere anket uygulandı ve hem kendi hem de çocukların ağırlıkları ile ilgili görüşleri görsel ve sözel ölçek kullanılarak sorgulandı.

Bulgular: Çocuğun beslenmesi ile ilgili konuların en sık danışıldığı kişinin aile hekimi, ikinci kişinin ise çocuk hekimi olduğu görüldü. Çocuğun beslenmesi ile ilgili son kararı veren genellikle anne idi, annelerin %16'sı çocuğun da fikrini alıyordu. Annelerin %34.1'inin çevresindeki kişilerin çocuğunun ağırlığı hakkındaki görüşlerine dayanarak çocuğunu daha çok beslediği; %61.8'inin de çocuğunun kilosunun daha iyi olması için besin takviye ürünlerini kullandığı saptandı. Çocuğu için «zayıf» ya da «çok zayıf» diyen annelerin yarısından fazlasının çocuğu gerçekte normal ya da fazla tartılı idi. Sözel ölçekte annelerin %27'si, görsel ölçekte ise %38,8'i çocuğunu mevcut durumundan daha zayıf algılamaktaydı. Sözel ölçekte annelerin %10,6'sı, görsel ölçekte ise %8,3'ü çocuğunu mevcut durumundan daha kilolu algılamaktaydı. Çocuğun boya göre ağırlık persentili arttıkça, annenin sözel ve görsel olarak çocuğu mevcut durumundan düşük ağırlıkta algılama oranının arttığı saptandı. Annenin beden kitle indeksi, eğitimi, çalışma durumu, evde yaşayan birey sayısı ve ailenin geliri ile çocuğunun ağırlığı hakkındaki algısı arasında ilişki saptanmadı. Fazla tartılı annelerin, kendini sözel ve görsel değerlendirme başarıları diğerlerine göre düşük saptandı. Annelerin kendi ağırlıkları ile ilgili algıları ile çocuklarının ağırlığı ile ilgili algıları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Hem zayıf hem de kilolu çocukların ağırlık durumlarının anneleri tarafından algılanmasında sorunlar olduğunu saptadık. Çocuklarının ağırlıklarını değerlendirme ile ilgili sorun yaşayan annelerde, bu durumu açıklayabilecek herhangi bir sosyodemografik etmen (anne yaşı, eğitimi, geliri, annenin ağırlık durumu gibi) saptamadık. Annelerin, çocuklarının ağırlığı ile ilgili öznel değerlendirmelerinin neye dayandığının anlaşılabilmesi ve anne farkındalığının artırılabilmesi için nitel çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelime: Erken çocukluk, ağırlık, ebeveyn algısı

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ



İNDEKS

4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ





4.ULUSLARARASI KATILIMLI ULUSAL SOSYAL PEDIATRİ KONGRESİ







SOSYAL PEDIATRİ DERNEĞİ

Akdeniz Üniversitesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı
Tel: 0242 249 60 00

www.sosped2016.org

www.cocuksagligidernegi.org www.sosyalpediatri.org.tr