

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

SOSYAL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNDE  
SAĞLIK İZLEMİ YAPILAN ÇOCUKLARIN 24 AYLIK  
İZLEMLERİNİN SONUÇLARI

Dr. Atakan Comba

ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Betül Ulukol

ANKARA

2008

## ÖNSÖZ

Beni bir çocuk hekimi olarak yetiştiren tüm değerli hocalarıma minnettarlığımı bildirir, sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sırasında, göstermiş olduğu kolaylık, anlayış, sabır ve sonsuz yardımlarından dolayı çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Betül Ulukol'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sırasındaki yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Filiz Şimşek Orhon'a; asistanlığım boyunca dostça ve huzurlu bir çalışma ortamını paylaştığım, her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma ve çocuk kliniğinin tüm çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sırasında göstermiş oldukları daimi ve sonsuz manevi desteklerinden dolayı Dede ailesi ve Ortakçı ailesine teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde en büyük katkıya sahip olan ve hakkını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim çok değerli üç insana; anneme, babama ve ağabeyime sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan, anlayışı ve güler yüzü ile sevgi ve desteğini hep yanımda hissettiğim, sevgili eşim Derya'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Atakan Comba

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	5
II.1. Dünyada ve Türkiye’de Çocuk Ölümleri	5
II.2. Çocuk Sağlığını İyileştirme Çabaları	7
II.3. Çocuk Sağlığını Etkileyen Faktörler	10
II.4. İdeal Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Özellikleri	12
II.5. Çocuk Sağlığı İzlem Ziyaretleri	14
II.5.1. İzlem Ziyaretlerinin Sıklığı	14
II.5.2. İzlem Ziyaretlerinde Mekan ve Zamanın Önemi	16
II.5.3. İzlem Ziyaretlerinin İçeriği	16
II.5.4. Görüşme ve Gözlem	17
II.5.5. Fizik Muayene ve Büyümenin Değerlendirilmesi	18
II.5.6. Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi	21
II.5.7. Taramalar ve Profilaksi Uygulamaları	22
II.5.8. Bağışıklama	25
II.5.9. Aile Danışmanlığı / Rehberlik	26
III. MATERYAL METOD	30
III.1. Sosyodemografik Özellikler	30
III.2. Doğum Bilgileri	31
III.3. İzlem Bilgileri	31
III.3.1. Büyümenin ve Gelişmenin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi	31
III.3.2. Tarama Uygulamaları	34

III.3.3.Profilaktik Uygulamalar	35
III.3.4. Beslenme	36
III.3.5.Bağışıklama	36
III.4.Çocukların Sağlık Sorunları	36
III.6.İstatistiksel Analiz	37
IV.BULGULAR	48
IV.1. Sosyodemografik Özellikler ve Doğum bilgileri	38
IV.1.1. Sosyodemografik Özellikler	38
IV.1.2. Doğum Bilgileri	41
IV.2. İzlem Bilgileri	41
IV.2.1. Büyümenin ve Gelişimin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi	41
IV.2.2. Tarama uygulamaları ve Profilaktik Uygulamalar	53
IV.2.2.1. Gelişimsel Kalça Displazisi taraması	53
IV.2.2.2. İdrar Taraması	53
IV.2.2.3. Kan Sayımı Taraması ve Demir Profilaksi	55
IV.2.2.4. Profilaktik D vitamini Kullanımı	57
IV.2.3. Beslenme Özellikleri	57
IV.2.4. Aşılama	62
IV.3. Çocukların Sağlık Sorunları	65
V. TARTIŞMA	69
VI. SONUÇ	87
ÖZET	92
<i>SUMMARY</i>	94
KAYNAKLAR	96
EKLER	
Ek 1.	114

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGE	Akut gastroenterit
APA	Amerikan Pediatri Akademisi
APN	Akut pyelonefrit
ASD	Atriyal septal defekt
ASYE	Akut solunum yolu enfeksiyonları
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
C/S	Sezaryen
DBT	Difteri Boğmaca Tetanoz
DDA	Düşük doğum ağırlığı
DEA	Demir eksikliği anemisi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FKU	Fenilketonüri
GKD	Gelişimsel kalça displazisi
Hb	Hemoglobin
Hib	Heamophilus Influenzae Tip b
Hct	Hematokrit
İYE	İdrar yolu enfeksiyonu
KH	Konjenital hipotiroidi
KKK	Kızamık kızamıkçık kabakulak
KVS	Kardiyovasküler sistem
NVY	Normal vaginal yol
MCV	Ortalama eritrosit volümü
OAE	Oto akustik emisyon
RDW	Ortalama eritrosit dağılım hacmi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
Td	Tetanoz difteri
US	Ultrasonografi
ÜSYE	Üst solunum yolu enfeksiyonu
VSD	Ventriküler septal defekt
VUR	Vezikoüreteral reflü

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil II.1.	Dünyada Beş Yaş Altı Çocuk ve Yenidoğan Ölüm Nedenleri	6
Şekil IV.1.	Çocukların İlk İki Yıldaki Toplam Sağlık İzlem Ziyareti Sayıları	38
Şekil IV.2.	Term Erkek Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Vücut Ağırlığı Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	43
Şekil IV.3.	Term Kız Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Vücut Ağırlığı Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	44
Şekil IV.4.	Preterm Erkek Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Vücut Ağırlığı Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	45
Şekil IV.5.	Preterm Kız Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Vücut Ağırlığı Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	46
Şekil IV.6.	Erkek ve Kız Bebeklerin Aylara Göre Ortalama Günlük Ağırlık Artış Hızları	47
Şekil IV.7.	Term Erkek Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Boy Ölçümleri Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	48
Şekil IV.8.	Term Kız Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Boy Ölçümleri Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	49
Şekil IV.9.	Preterm Erkek Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Boy Ölçümleri Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	50
Şekil IV.10.	Preterm Kız Bebeklerin İzlem Sürecinde Ortalama Boy Ölçümleri Değişiminin Neyzi Büyüme Eğrisinde Gösterilmesi	51
Şekil IV.11.	Rutin İdrar Taraması Sonuçları	53
Şekil IV.12.	Bebeklerin İlk Altı Ayda Sadece Anne Sütü ile Beslenme Sıklığı	58

Şekil IV.13. Bebeklerin Emzirilme Süreleri	59
Şekil IV.14. Bebeklerin Ek Gıda Başlama Zamanlarına Göre Anne Sütü Alma Süreleri	62

## TABLolar DİZİNİ

Tablo II.1.	Türkiye’de Beş Yaş Altı Ölüm Nedenleri	7
Tablo II.2.	Çocukluk Çağında Sağlık İzlem Ziyaretlerinin Sıklığı	15
Tablo II.3.	Çocuk Sağlığı İzlem Ziyaretinde Yapılması Gereken Uygulamalar	17
Tablo II.4.	Çocukların İlk Altı Yaşta Normal Büyüme Ölçütleri	21
Tablo II.5.	Çalışmaya Alınan Çocukların İzlemi Sırasında Rutin Olarak Uygulanmakta Olan Aşılar ve Aşı Takvimi	25
Tablo III.1.	Sağlık İzlem Ziyareti Önerilen Aylar	31
Tablo III.2.	İlk İki Yaşta Normal Gelişim Basamakları	33
Tablo III.3.	Çocuklarda 0-24 aylık Dönemde Yapılan Tarama Uygulamaları	34
Tablo IV.1.	Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri	39
Tablo IV.2.	Annelerin Sağlık Durumu	40
Tablo IV.3.	Term Erkek Bebeklerin Ağırlıklarının Neyzi Büyüme Eğrilerine Göre Persantil Değerlerinin Dağılımı	42
Tablo IV.4.	Term Kız Bebeklerin Ağırlıklarının Neyzi Büyüme Eğrilerine Göre Persantil Değerlerinin Dağılımı	44
Tablo IV.5.	Term Erkek Bebeklerin Boy Ölçümlerinin Neyzi Büyüme Eğrilerine Göre Persantil Değerlerinin Dağılımı	47
Tablo IV.6.	Term Kız Bebeklerin Boy Ölçümlerinin Neyzi Büyüme Eğrilerine Göre Persantil Değerlerinin Dağılımı	49
Tablo IV.7.	Term Erkek Bebeklerin Baş çevresi Ölçümlerinin Neyzi Büyüme Eğrilerine Göre Persantil Değerlerinin Dağılımı	52
Tablo IV.8.	Term Kız Bebeklerin Baş çevresi Ölçümlerinin Neyzi Büyüme Eğrilerine Göre Persantil Değerlerinin Dağılımı	52
Tablo IV.9.	Çocukların Tarama Amaçlı Yapılan İlk Tam Kan Sayımı Sonuçları	55
Tablo IV.10.	Bebeklere İlk Altı Ayda Verilen Ek Gıdalar	59

Tablo IV.11. Anne Sütü ile Beslenen Bebeklerin Ek gıdaya Geçiş Zamanını Etkileyen Faktörler	60
Tablo IV.12. Anne Sütü Alma Süresini Etkileyen Faktörler	61
Tablo IV.13. Araştırma Grubundaki Çocuklara Ocak 2002- Aralık 2006 Tarihleri Arasında Uygulanan Aşılar	63
Tablo IV.14. Çocukların Hib Aşısı ile Aşılama Durumu	64
Tablo IV.15. Çocukların Geçirdiği Hastalıklar	66
Tablo IV.16. Geçirilen Enfeksiyon Hastalıklarının Dağılımı	67

## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Her geçen gün artan dünya nüfusunun çok önemli bir kısmını çocuklar oluşturmaktadır. Bu çocukların sağlığı ailelerine, diğer erişkinlere, toplumun sosyal sorumluluk anlayışına ve sağlık sistemlerine emanet edilmiş durumdadır (1). Yirminci yüzyılın başında sağlık hizmeti koruyucu sağlık bakımına odaklanmak yerine çocuklar hastalandığında gündeme gelmekteydi. Yirminci yüzyılın ortalarında, çocuk sağlığına yaklaşım; antibiyotiklerin bulunması, sağlığı koruma çabalarının artması ve etkin bağışıklama uygulamalarının sonucu olarak enfeksiyonların kontrolü ile dramatik bir şekilde değişmiştir. Sonuç olarak, çocukluk çağındaki mortalite ve morbiditenin önemli ölçüde azalmasıyla birlikte dikkatler hastalıkların tedavisinden hastalıkların önlenmesine, sağlığın korumasına ve izlenmesine yönelmiştir. Çocuklar için planlanan sağlık hizmetinde sağlığın izlemi ve bu süreçte “sağlıklı olan çocuğun sağlığının korunması ve tam olarak iyi olma halinin mümkün olan en üst düzeyde desteklenmesi” amaçlanmıştır, büyüme ve gelişmeyi destekleyip yükseltmek hedeflenmiştir (2, 3). Bu gelişmeler sonrasında sağlığın tanımı “bedensel ve zihinsel bir hastalık olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam iyi olma hali veya yaşamı kısıltan fonksiyon veya iyilik halini bozan fiziksel, mental ve sosyal streslere karşı koyabilme kapasitesi” olarak değiştirilmiştir (2, 4).

Gelişmiş ülkelerde çocuk sağ kalım oranlarının artması ile şişmanlık, gelişim ve davranış bozuklukları, ergenlik döneminde sağlıkla ilgili riskli davranışlar ve depresyon gibi “yeni hastalıklar” gündeme gelmiştir (5). Ailelerin çocuklarının bilişsel ve duygusal gelişimlerini en uygun biçimde destekleyebilmeleri için bilgi gereksinimleri önem kazanmıştır (6). Bu nedenle birincil pediatrik bakım, daha çok “yeni hastalıklar” üzerine, daha açık bir ifade ile davranışsal, gelişimsel ve psikososyal problemlere odaklanmıştır (2). Ailenin, çocukların sağlığının korunup geliştirilmesi ve gelişimsel gereksinimlerinin karşılanması konusundaki önemi nedeniyle sağlık

hizmetlerinde “Aile Merkezli Sağlık Hizmeti (family centered care)” yaklaşımları geliştirilmiştir (7). Çocuk sağlığı izlemi için referans rehberler yayınlanmıştır (5). Aile danışmanlığı ve rehberlik hizmetleri ön plana çıkmış; bağışıklama, büyüme ve gelişmenin izlenmesi ile birlikte sağlık izleminin önemli bir bileşeni olmuştur (8).

Gelişmiş ülkelerde çocuk sağlığı alanındaki bu hızlı ilerlemeye rağmen, gelişmekte olan ülkelerde çocuk ölüm hızı hala kabul edilemeyecek düzeyde yüksektir (1). Gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında bebek ölüm hızları açısından 50 kat fark vardır (9). Malnütrisyon, bu ülkelerde beş yaş altı çocuk ölümlerinin yarısından çoğunda hazırlayıcı faktör olmaya devam etmektedir (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) çocuk ölümlerini azaltmak için “Çocukları Yaşatma Seferberliği” başlatmış ve çok çeşitli programlarla sürdürmektedir (4).

Çocuk sağlığı konularındaki bilimsel gelişmeler, ulusal sağlık sistemlerinin güçlenmesi, aşılama, ağızdan sıvı tedavisi, emzirmenin teşviki ve büyümenin izlenmesi gibi uygulamalar Türkiye’de bebek ölüm hızının belirgin şekilde düşmesine katkıda bulunmuştur (1). Ülkemizde 1950’lerde bin canlı doğumda 200 olan bebek ölüm hızı günümüzde binde 22 – 24 düzeylerine düşmüştür (10, 11). Bebek ölümlerindeki bu azalmaya rağmen aşılama oranları ve süt çocuğu beslenmesi konularında henüz istenilen düzeye ulaşamamıştır. Bununla birlikte son birkaç yılda bağışıklama alanında önemli başarılar elde edilmiştir. Bir yaşındaki çocuklar için bağışıklananların yüzdesi 2006’da BCG %88, DBT3 %90, Polio3 %90, kızamık %98, Hepatit B %82; 2007 (ilk 8 ay için)’de BCG %88, DBT3: %92, HBV3: %97 ve Kızamık/KKK %94’dür (11, 12). Anne sütü ile beslenme konusunda ne yazık ki henüz yeterli ilerleme sağlanamamıştır. Ülkemizde bebeklerin ilk altı ayda sadece anne sütü alma sıklığı %21; 20-23 aylıkken hala emzirilen çocukların sıklığı %24’tür (11).

Bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık ve sakatlıkları azaltmak ve önlemek, çocuk sağlığını geliştirmek, desteklemek ve böylece çocukların daha uzun, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmesini sağlamak için çocuk sağlığını izlemek gerekir (13). Özellikle 0-24 ay arası dönem, sağlık izlem ziyaretlerinde koruyucu sağlık bakım uygulamalarının en önemlilerinin yapıldığı zaman dilimidir. Bu dönemde yapılan sağlık izlem ziyaretleri, gelişimin değerlendirilmesi, antropometrik ölçümler, tarama uygulamaları, rehberlik hizmetleri, aşılama uygulamaları ve aile ile ilişkili riskleri saptamak için fırsat sağlar (14). Çocuk sağlığı izlemleri; etkin bir hekim-çocuk-aile ilişkisi sağlamak, çocukların yaşam düzeyini yükseltmek ve aile ile çocuğa sağlığın geliştirilmesi konusunda yardım etmek için eşsiz fırsatlardır (15, 16). Ülkemizde çocuk sağlığı izlemi; sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri (AÇSAP), sağlam çocuk poliklinikleri ve özel muayenehanelerde yapılmaktadır (17).

Tıp fakültesi hastaneleri üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmakla birlikte çocuk sağlığı izlemi yapılan, bu alanda hizmet veren merkezlerdendir. Bu merkezlerde özellikle çocuk sağlığı izlemi ile ilgili araştırmaların yapılması, gelişmeleri izleyerek en uygun izlem kriterlerinin geliştirilmesi, tıp fakültesi ve meslek yüksek okulları öğrencilerinin bu konudaki eğitimi ve ülke sağlık politikalarının oluşturulması sürecinde danışman olarak çalışacak uzmanların yetiştirilmesi amaçlanmaktadır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı'nda 1992 yılından bu yana çocuk sağlığı izlemi yapılmaktadır. Bu çalışmada çağdaş sağlık hizmetinin önemli bir parçası olmak üzere, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde sağlık izlemi yapılan bir grup çocuğun 0-24 aylık izlem verilerinin değerlendirilmesi, bu süreçte ortaya çıkan sorunların saptanması ve elde edilen sonuçlarla gerekirse verilen hizmetin yeniden yapılandırılması amaçlanmıştır.

Bu amaçla sağlık izlem ziyaretleri sırasında tutulan kayıtlar esas alınarak;

- İzlenen çocukların sosyodemografik özellikleri saptanmıştır,
- Büyüme özellikleri incelenmiştir,
- Beslenme durumları değerlendirilmiştir,
- Tarama prosedürlerinin uygulanabilirliği ve faydaları değerlendirilmiştir,
- Profilaktik uygulamaların etkinliği değerlendirilmiştir,
- Aşılama programlarının uygulanırılık düzeyi ve yaşına uygun tam aşıllı çocukların sıklığı saptanmıştır,
- Çocukların sağlık durumu ve ilk 24 aylık sürede geçirdikleri hastalıklar belirlenmiştir,
- İzlem sırasında sağlık durumlarını, büyümelerini ve beslenme özelliklerini etkileyebileceği düşünölen bazı faktörler ve bu faktörlerle ilişkileri araştırılmıştır.

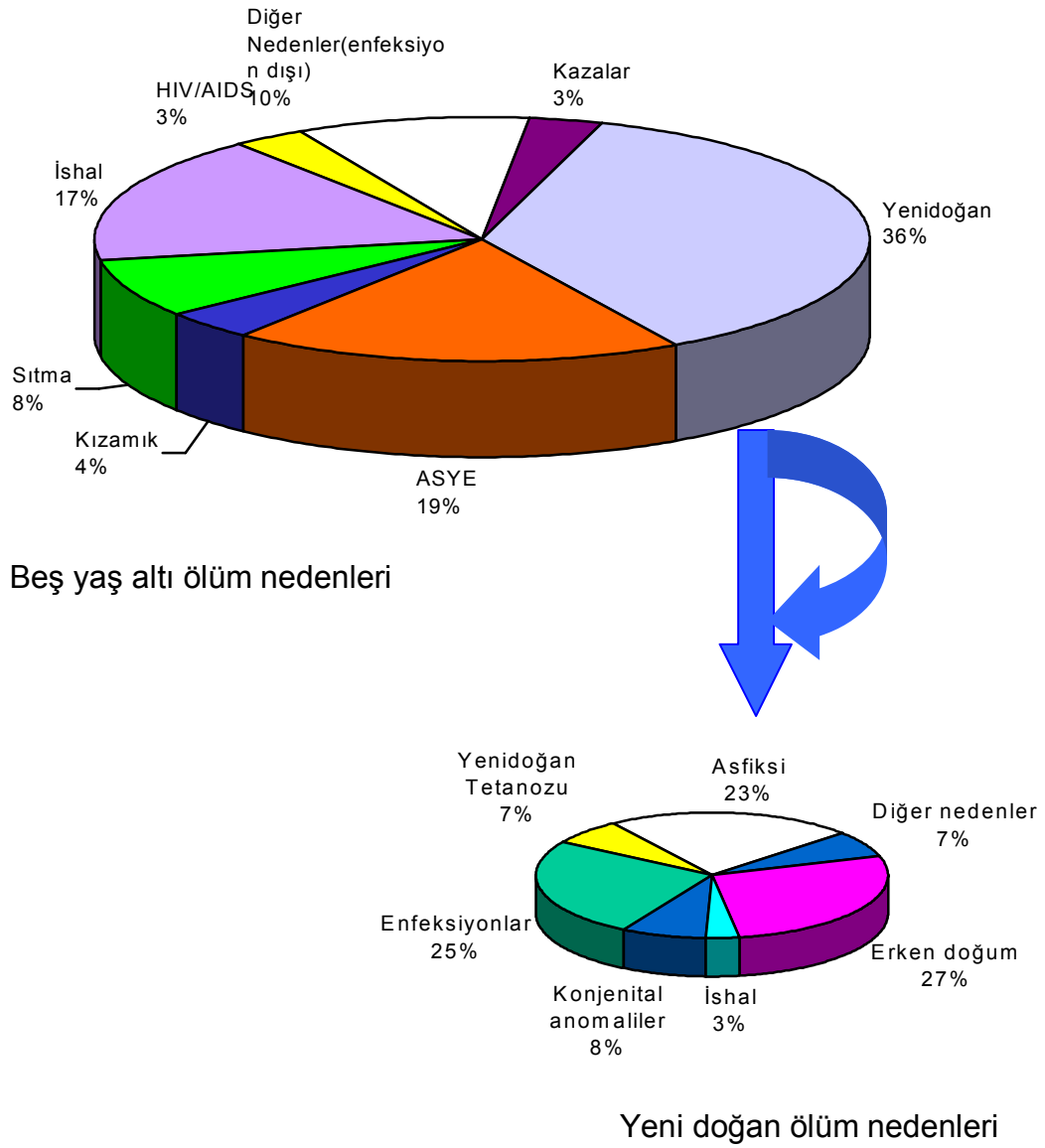
## II. GENEL BİLGİLER

### II.1. Dünyada ve Türkiye’de Çocuk Ölümleri

Dünya üzerinde bugün 6,8 milyar insan yaşamaktadır. Bunların 2,2 milyar’ı çocuktur. Çocukların 616 milyonunu beş yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. Çocukların, 1,9 milyarı gelişmekte olan ülkelerde, bir milyarı ise yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır (18).

Günümüzde bir çocuğun yaşam beklentisi en çok yoksulluk, hastalıklar, malnütrisyon ve savaşlardan etkilenmektedir (9). Dünyada her yıl 130 milyon çocuk doğmakta, bunların 4 milyonu ilk 28 günde ölmektedir (18). Dünyada her yıl beş yaşın altında yaklaşık 11 milyon çocuk önlenebilen, az sayıda, basit nedenlerden dolayı ölmektedir (18). Ölümünün %99’u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde beş yaş altı çocuklarda ölüm hızı binde 8 iken gelişmekte olan ülkelerde binde 87’dir (1).

Beş yaşından küçük çocukların iki buçuk milyonu aşı ile önlenebilir nedenlerden ölmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde beş yaş altı çocuk ölümlerinin yarısından fazlasında altta yatan neden malnütrisyonudur (9). Dünya çocuklarının ilk beş yaşta ölüm nedenleri incelendiğinde; %37’sini yenidoğan ölümleri, %19’unu akut solunum yolu enfeksiyonları, %17’sini ishal, %8’ini sıtma, %4’ünü kızamık, %3’ünü HIV/AIDS, %10’unu enfeksiyon dışı diğer nedenler ve %3’ünü kazalar oluşturmaktadır (Şekil II.1) (19).



Şekil II.1. Dünyada beş yaş altı çocuk ve yenidoğan ölüm nedenleri (19).

Ülkemizde çoğu genç ve çocuklardan oluşan 71 milyon insan yaşamaktadır (20). Nüfusun %29'unu 15 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. Türkiye'de her yıl yaklaşık 1.400.000 canlı doğum olmakta, bunların 57.000 kadarı bir yaşına, yaklaşık 71. 000'ini de beş yaşına ulaşmadan ölmektedir. Ölümlerin 35.500 kadarı yenidoğan döneminde olmaktadır (9, 10).

Türkiye'de bebek ölüm hızı 1990 yılında binde 67 iken 2006'da binde 24'e düşmüştür (11). Beş yaş altı çocuk ölüm hızı 1990'da binde 82 iken, 2006'da

binde 26'ya düşmüştür (11). Ülkemiz beş yaş altı çocuk ölümlerinde dünyada 96. sıradadır (11, 21). Ülkemizde beş yaş altı ölüm nedenleri Tablo II.1'de gösterilmiştir. Beş yaş altı ölümlerin %33,3 yenidoğan döneminde meydana gelmektedir. Bunların %7,9 doğumsal anomaliler, %2,8 doğum travması ve asfiksi, %22,6 perinatal ölümlerin diğer nedenleridir (22).

Tablo II.1. Türkiye'de beş yaş altı ölüm nedenleri (22)

Ölüm Nedenleri	Sıklık (%)
Yenidoğan dönemi ölümleri	%33,3
Kalp hastalıklarının diğer şekilleri	%17,4
Menenjit	%13,6
Pnömoni	%3,1
Tüm kazalar	%2,5
Serebrovasküler hastalık	%1,6
Malignite	%1,4
İshal	%0,8
Diğer nedenler	%26,3

## II.2. Çocuk Sağlığını İyileştirme Çabaları

Yirminci yüzyılın başına dek çoğu toplumda, çocuk, erişkinin bir minyatürü olarak algılanmıştır. Bazı özel ihtiyaçları pek çok toplumda ihmal edilmiş, ilgilenilmemiştir; mağduriyete uğramışlardır. Her yıl milyonlarca çocuk açlık, hastalık, ihmal gibi daha "sıradan" nedenlerle ölmüştür (23). Bu dönemde, çocuk hekimleri de sadece hastalıkların tedavisine odaklanmıştır (2).

Gelişmiş ülkelerde kadınların çalışmaya başladığı endüstriyel devrim boyunca bebekler anne sütünden çabuk kesiliyor ve inek sütü ile beslenmeye başlıyorlardı. 1880-1890 yılları arasında her bin bebekten 250'si ishal nedeni ile ölmekteydi. Bazı ülkelerde temiz süt sağlamak amacıyla süt istasyonları

inşa edilmişti. Ancak süt istasyonlarını kuranlar; bebeklerin büyüme, gelişme ve genel sağlığından endişe duymaya başlamış ve bunu hızla koruyucu bakım ve sağlığın geliştirilmesi çabaları izlemiştir (2, 15).

Yirminci yüzyılda çocuk hekimleri sağlığın korunmasına yönelik girişimlerin artırılması, etkin halk sağlığı ölçütlerinin uygulanması, geliştirilen aşı programları, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve aile planlaması gibi programlar ile çocukların yaşam süresini uzatmayı amaçlamıştır. Bilimsel alandaki ilerlemelerle de birçok hastalığın önlenmesinde ve sağkalım hızlarında gelişmeler sağlamıştır. Yirminci yüzyılda yaşayan insanların ömrünün önceki yüzyıla göre 30 yıl daha uzadığı ve çocukluk çağı ölüm hızlarının da günümüzde bin dokuz yüzlü yıllara göre 25 kat azaldığı belirlenmiştir (2, 3, 5).

Uluslararası düzeyde çocuklara özel bir ilgi gösterme gerekliliği, ilk kez birinci dünya savaşı sonunda babaları savaşta ölmüş, hasta, aç, öksüz veya yetim kalmış çocukların dikkat çekmesiyle gündeme gelmiştir. 1924 yılında 'Milletler Cemiyeti' beş maddelik "Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi"ni yayınlamıştır. Bu bildirge 1928 yılında Atatürk tarafından da imzalanmıştır (23). İkinci Dünya Savaşı sonrası 1946 yılında on üç Avrupa ülkesindeki çocuklara yardım etmek amacıyla, Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu kurulmuştur. Bu örgüt bu gün UNICEF adı ile zor durumda kalmış çocuklara yardım etmekte; ayrıca kalkınmakta olan ülkelerde devam eden sağlık ve eğitim programlarına destek olmaktadır (24). Birleşmiş Milletler 20 Kasım 1959'da 10 maddelik bir ikinci "Çocuk Hakları Bildirgesi/Çocuk Hakları Beyannamesi" yayınlamıştır. Ancak bu iki bildirgenin ülkeler tarafından imzalanmakla birlikte herhangi bir yaptırımı ve bağlayıcılığının olmaması nedeniyle 20 Kasım 1989 tarihinde uluslararası bir yasa niteliğindeki "Çocuk Hakları Sözleşmesi" Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Bir yıl sonra "Dünya Çocuk Zirvesi-1990"a katılan ülkelerin çoğu "Çocuk Hakları Sözleşmesi"ni kabul etmiştir (9). Çocuk Hakları Sözleşmesi Türkiye tarafından da bu zirvede imzalanmış ve 9 Aralık 1994 tarihinde

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır (23). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin tüm maddelerinin altında yatan temel yaklaşımlar, insan haklarının en temel prensibi olan "tüm insanlar aynı onur ve haklara sahip olarak hür ve eşit doğarlar" prensibinden hareketle, ayrımcılık yapılmaması, her konuda çocuğun yüksek yararının düşünülmesi, kendisi ile ilgili konularda çocuğun görüşlerinin alınması ile yaşama ve gelişme haklarının dikkate alınması esaslarına dayanmaktadır (23). Türkiye Cumhuriyeti Çocuk Hakları Sözleşmesini onaylamakla, 18 yaşın altındaki çocukların haklarını ve çıkarlarını korumayı üstlenmiştir (1).

Çocuk ölümlerinin önüne geçmek için yapılan uluslararası çalışmaların temeli ilk kez 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Almatı'da atılmıştır. Sağlık hizmetinde eşitlik ve sosyal adaletten yoksun gelişmekte olan ülke toplulukları için "Almatı Deklerasyonu" "2000 yılında herkes için sağlık" projesi benimsenmiştir ve DSÖ ile UNICEF tarafından "Çocukları Yaşatma Seferberliği" olarak tanımlanan çocuk sağlığı programlarının "GOBI – FFF" başlığı altında toplanmasına karar verilmiştir. Bu programlar/ stratejiler başlangıçta GOBI-FFF olarak bilinen; Büyümenin izlenmesi ve desteklenmesi (Growth Monitoring), Ağızdan sıvı tedavisi (Oral Rehydration Therapy), Anne sütü ile beslenme (Breastfeeding), Bağışıklama (Immunization), Aile planlaması (Family Planning), Annenin eğitimi (Female Education) ve Beslenme (Food Supplements) programları şeklinde başlamışken, yıllar içerisinde yenilenmiş ve yeni program/stratejiler eklenerek sürdürüle gelmiştir (4).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yıllar içinde belirlenen sağlık hedeflerine acilen ulaşabilmek, dünya sağlığını yükseltmek ve eşitsizliklere son vermek amacıyla oluşturulan son hareket "Bin Yıl Bildirgesi" olmuştur. "Bin Yıl Bildirgesi", Birleşmiş Milletler'in üyesi 189 ulus temsilcisinin katılımı ile 2000 yılında yapılmıştır. Bu zirvede 2015 yılına dek sekiz amacı gerçekleştirme kararı alınmıştır. Bin yıl kalkınma hedefleri şunlardır:

1. Aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması
2. Herkese ilköğretim eğitiminin sağlanması
3. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kaldırılması ve kadınları güçlendirmek
4. Çocuk ölümlerinin azaltılması
5. Anne sağlığının iyileştirilmesi
6. HIV/AIDS, sıtma ve öteki hastalıklarla mücadele edilmesi
7. Çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması
8. Kalkınma için küresel bir ortaklık oluşturulması (25).

Bildirgede 1990 yılındaki beş yaş altı çocuk ölüm hızının, 2015 yılına kadar 2/3 oranında, anne ölümlerinin de 3/4 azaltılması amaçlanmıştır (18). Türkiye TNSA 1998 ve TNSA 2003 verilerindeki bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranları göz önüne alındığında beş yaş altı çocuk ölüm hızının binde 20,7'ye; bebek ölüm hızının da binde 17,5'e düşmesi hedeflenmiştir (26). Ancak, Türkiye 2005 Bin Yıl Kalkınma Hedefleri raporu genel olarak hedeflerimize henüz ulaşamadığımızı göstermektedir (27).

### II.3. Çocuk Sağlığını Etkileyen Faktörler

#### Aile ve Yakın Çevre:

Aile çocuk için birincil güç ve destekleyici faktördür (28). Dolayısıyla çocuk sağlığını etkileyen faktörlerin başında aile gelir. Çocuğun duygusal, sosyal ve gelişimsel olarak desteklenmesi ve sağlığın sürdürülmesinde ailenin yaşamsal bir önemi vardır (7). Çocuğun sağlığı ve iyiliği; ailenin sosyal, fiziksel, duygusal sağlığı ve çocuk yetiştirme bilgisi ile yakından ilgilidir. Annenin eğitim durumu, yaşı, doğum sayısı, doğum aralığı, beslenme ve sağlık durumu, aile de geçimsizlik ve boşanma, ebeveynlerin çocuk bakımına ilişkin paylaşımı, ailenin geliri, tüketilen temel besinler, temiz ve güvenli su

kaynağına ulaşım imkanları, ev şartları gibi özellikler çocuğun sağlığını yakından etkiler (4, 29).

Aile ilişkisinin kalitesi çocukların sağlığı ve gelişiminde önemli bir etkidir (30). Ebeveynler ile bebek arasındaki etkileşim bebeklerin zihinsel, bilişsel, duygusal ve sosyal anlamdaki gelişimde büyük rol oynar (30). Çocuklar vakitlerinin önemli bir bölümünü ana-babasının dışındaki kişilerle geçirir (28). Bu nedenle anne ve baba dışında çocuğun bakımını üstlenenlerin de çocukların gelişiminde önemli etkisi vardır (31, 32). Bebeklerin ruh sağlıkları, bakıcılarının ruh sağlıkları tarafından etkilenir (30). Bebeklikte uygun bakım almayan ve bilişsel uyaran düzeyi çok az olan çocukların, sonradan sevgi ve bakım verilse bile yetişkin dönemde birçok davranışsal ve gelişimsel problemler gösterdiği saptanmıştır. Çocukluk çağındaki olumsuz deneyimler, yetişkin yaşamda fizik ve mental sağlıkta sorunlara neden olur (33).

#### Yaşam Ortamı ve Çevre:

Çocuk çevresinden soyutlanamaz. Dünyanın hemen her yerinde çocuklar fiziksel, kültürel, sosyal ve ekonomik bir ortamın içine doğarlar ve büyürler. Çocuğun sağlığı ve hastalığı içinde yaşadığı bu çevreden etkilenir. Çocuğun büyüme ve gelişmesinde olduğu kadar, yaşadığı pek çok sorunun temelinde içinde bulunduğu çevrenin önemi büyüktür. Çocuğun içinde bulunduğu politik ve ekonomik ortam, eğitim durumu, çevresel ortam (hava, toprak, su ve besinlerin biyolojik ve kimyasal kirlenmesi), basın ve medya alanı ve ana iletişim olanakları da çocuk sağlığını etkileyen etkenlerdir (4, 29).

Sağlığı geliştirmek için destekleyici ve sağlıklı bir çevreye ihtiyaç vardır (4, 34). Çevresel kaynaklı hastalıklar (ishalli hastalıklar, solunum yolu enfeksiyonları, kazalar, kanser gibi) nedeniyle her yıl milyonlarca çocuk ölmektedir (4, 35). Çocuğu çevreleyen bu ortamlara ait risklerin bilinmesi, hastalıkların altında yatan faktörlerin anlaşılması, çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda insanların bilgi ve tutumları, çocuklarının sağlığı için verilen sağlık

hizmetine uyumlarını, katılımlarını ve memnuniyetlerini sağlamakta çok önemli bir rol oynar (4).

#### II.4. İdeal Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık dinamik bir süreçtir. Sağlık riskleri ve gereksinimler zaman içinde değişebilir. Bu nedenle çocuğun ve ailenin değişen gelişimsel ve psikososyal ihtiyaçlarına ancak izlemi temel alan sağlık hizmeti cevap verebilir (8,30). Çocuğun sağlık izlemi dinamik olmalıdır. Bu dinamizm hem kişisel gereksinimleri göz önünde bulundurmasını hem de değişen bilgi ve teknolojinin çocuk sağlığına entegre edilmesini kapsar. Önerilen zamana ve programlara göre de değişikliğe uğrar (36). Sağlık denetimi daima kişisel gereksinimlere göre şekillendirilir (13). Sağlık denetimi ve/veya müdahale sıklığı her çocuğun sağlık durumu ve muhtemel riskler düzenli takip edilerek saptanır. Çocuğun ve ailenin ihtiyaçları doğrultusunda bir takvim belirlenir. Kronik hastalığı olan, biyomedikal veya psikososyal risk taşıyan çocuk ve ergenlerin daha sık ve hassas denetime ihtiyaçları vardır. Ailedeki önemli değişim veya düzensizlik dönemlerinde (boşanma, yeniden evlenme, ölüm, ebeveyn hastalığı, işsizlik, okula başlama gibi) ve çocukla ilgili risk (istenmeyen çocuk, prematürite, sakatlık, hastalık, gibi) durumlarında ek sağlık desteği gerekebilir (4, 5, 13, 15, 17).

Sağlık izlemi çok boyutludur. Sağlık hizmeti koruyucu, sağlık düzeyini yükseltici, tedavi ve rehabilite edici, sürekli ve kolay ulaşılabilir olmalıdır (30, 37-39). Müdahalenin sorunu önlediği veya çözdüğü doğrusal önleme modeli, çocuğun aşılması gibi özgül durumlarda işe yarar. Fakat böyle müdahaleler günümüzde çocuk ve ergenlerinin karşılaştıkları, karmaşık, gelişimsel, psikososyal, eğitsel ve sosyal sorunlara yönelik değildir. Minimal antibiyotik dozlarının işe yaramadığı gibi sağlık izleminde de minimal doz etkisizdir. Çok boyutlu ve gelişimsel sağlık denetimi, sağlığı geliştirme ve önleyici müdahalelerin, izlem sürecinde farklı zaman dilimlerinde sunulmasını sağlar.

Etkin sağlık denetimi, yalnızca kişinin şimdiki sağlık durumunu değil, bütünsel olarak insanın esenliğini dikkate alır (30).

Ülkemizde koruyucu sağlık bakımının uygulanmasına engel oluşturan bazı etkenler söz konusudur. Bunlar; çocuk gelişimi üzerine eğitimin az olması, eğitilmiş doktor dışı sağlık personelinin yetersiz olması, aileleri ve çocukları destekleyici toplum hizmetlerine erişimin zorluğu, sosyal destek sistemlerinin eksikliği olarak sıralanabilir. Bu engellerin çoğu kişisel olmaktan çok sisteme aittir (5). Sağlık hizmetinde süreklilik, birinci basamak bakımın ana bileşeni ve sağlık hizmetinin tartışılmaz bir parçasıdır. Süreklilik, sağlık bakımı üzerine etkilerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için de gereklidir. Ailenin sağlık hizmetine olan ilgisinin, hizmetin sürekliliği ve ulaşılabilirliği ile doğru orantılı olduğu görülmüştür (8, 40). Süreklilikte, hizmet alınan mekanın da hizmet verenin de sürekliliği önemlidir. Özellikle bir hekimle kurulmuş devamlı ilişkinin izlem sürecine önemli faydaları vardır. Yapılan birçok çalışmada özel bir hekimle devamlı ilişkinin, çocukların tıbbi bakım konusunda işbirliğini, tıbbi önerilere uyumunu ve aile tatminini artırdığı saptanmıştır (8, 41). Bebeklikten ergenliğe doğru yapılan periyodik sağlık izlemleri boyunca, çocuk hekimi ile aile arasında güven duygusu gelişir. Bu da annelerin önerilere uyum ve davranış değişikliği düzeyini artırır (8, 38, 39). Sürekliliğin izlem ziyareti sayısını artırdığı, koruyucu bakım hizmetlerinin düzeyini yükselttiği ve aşılama oranlarını artırdığı bildirilmiştir (8, 41).

Çocuğun sağlık izlemi; geniş kapsamlı, aile merkezli, toplum temelli, aileyle toplumla ve diğer sosyal kurumlarla işbirliği halinde olmalıdır. (3, 4, 15, 30, 36). Çocuğa ulaşmak için aileyi temel alan bu sağlık hizmetinde, hekim aileyle ve ailenin sosyal çevresiyle ilgili yeterli bilgiye sahiptir, çevrenin de, çocuğun sağlığı ve gelişimi üzerine etkisi olabileceğini göz önünde bulundurur. Çocuk sağlığı izlemi, aile, çocuk ve sağlık çalışanın oluşturduğu bir takım işidir (13). Çocuğun anne ve babası bu takımında önemli bir yere sahiptir ve çocuğa verilecek sağlık hizmetinin merkezinde yer alır (29, 17). Hekimle aile arasındaki açık ve bilgilendirici iletişim, sağlığın geliştirilmesinde

en önemli öğedir. Aileler, iyi giden şeyleri ifade etmeleri, sorular sormaları ve gereksinimleri hakkında tartışmaları için cesaretlendirilir. Sağlık çalışanları, aileleri dinlemeli, bilgilerini ve deneyimlerini paylaşmalıdır (4, 17, 30). Sağlık denetimi sürecinde ailenin iyi yönleri ve sağlıkla ilgili doğru davranışları saptanır ve desteklenir, ailenin gereksinimleri belirlenerek özgüvenleri desteklenir (4, 17, 30). Aile merkezli sağlık hizmeti ile ailenin endişelerinin azaldığı ve olumlu davranış değişiklikleri olduğu görülmüştür (7). Ülkemizin aile merkezli sağlık hizmeti konusunda bulunduğu nokta gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir (7).

Birinci basamaktaki çocuk sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturan çocuk sağlığı izlemi, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 1994 yılında kabul edilerek yasalaşan 'Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde'de yer alan temel bir haktır (13). Sözleşmenin 6. (gelişimin desteklenmesi), 18. (ana-babanın desteklenmesi), 19. (istismardan koruma), 23. (özürlü çocuklar), 24. (sağlık ve sağlık hizmetlerinin sağlanması) ve 31. (boş zamanların değerlendirilmesi ve kültürel etkinlikler) maddeleri, çocuk sağlığı izlemi sırasında verilmesi önerilen hizmetleri kapsamaktadır (13). Ülkemizde ana çocuk sağlığı temel bir insan hakkı olarak anayasa güvencesi altındadır. 1961 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" ile ana- çocuk sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiştir. 1982 yılında da "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü" adını almıştır (9).

## II.5. Çocuk Sağlığı İzlem Ziyaretleri

### II.5.1. İzlem Ziyaretlerinin Sıklığı

Bebeğin sağlık ve gelişiminin temelleri bebek sahibi olma fikri ile atılır. Bebek isteyen ebeveynleri sağlıklı seçim yapmaları konusunda eğitmek ve yönlendirmek hem annenin, hem de bebeğin sağlığı için önemlidir. Bu nedenle çocuk sağlığı izlemi doğum öncesi dönemde başlar (3, 13, 17, 30).

Gebe izlemleri bir bakıma anne karnındaki bebeğin de izlenmesidir. Gebelikte en az 4 kez izlenmenin bebek ölümlerini azalttığını gösteren çalışmalar vardır (3, 13, 17).

Çocuk sağlığı izlem ziyaretleri bireysel ve ailevi sorunların olduğu dönemlerde, büyümenin hızlı olduğu ve aşılarda yapıldığı dönemlerde daha sık aralıklarda olmak üzere bireye ve aileye göre düzenlenmelidir (42). Çocuk sağlığı izlem ziyaretleri, sıklığı azalarak okul yılları ve ergenlik boyunca da devam eder (3, 13, 17, 43) (Tablo II.2.) (3). Amerikan Pediatri Akademisi (APA) 2 yaşından önce 9; 3 yaşından önce 10-11 sağlık izlem ziyareti önermektedir (41, 14). Normal bir izlem ziyareti şemasında ilk yıl içinde bebek ortalama 7 kez görülmüş olur. Donanım ve insan gücü olanaklarının elvermediği durumlarda bile tarama ve aşılarda zamanında yapılabilmesi için bebeği ilk bir yaş içinde en az 5 kez görmek gerekir (17).

Tablo II.2. Çocukluk çağında sağlık izlem ziyaretlerinin sıklığı (3).

Bebeklik Dönemi 0-1 yaş	Erken Çocukluk 1-4 yaş	Okul Çocukluğu 5-10 yaş	Ergenlik 11-18 yaş
Doğum öncesi	15. ay	5 yaş	11 yaş
Yeni doğan	18. ay	6 yaş	12 yaş
15. gün	2 yaş	8 yaş	13 yaş
1. ay	3 yaş	10 yaş	14 yaş
2. ay	4 yaş		15 yaş
4. ay			16 yaş
6. ay			17 yaş
9. ay			18 yaş
12. ay			

İzlem sıklığı, aşı tarihlerine uygun olarak planlanabilir. Aşılama tarihlerine uygun randevular verilmesi, bebeklerin aşı zamanlarında düzenli olarak getirilmelerini bu arada erken tanı ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesini kolaylaştırır (17). Ailenin aşılama bittikten sonraki ziyaretleri sürdürebilmesi, her gelişte aldığı hizmetin niteliğine bağlıdır. Eğer çocuğu ile ilgili kaygılar yeterince gideriliyor ve gereksinim duyduğu danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilebiliyorsa aile çocuğun aşıları bittikten sonra da izlemini sürdürmektedir (17).

### II.5.2. İzlem Ziyaretlerinde Mekan ve Zamanın Önemi

İzlem ziyaretinin yapılacağı yer temiz, çocuklar için rahatlatıcı, huzurlu ve destekleyici bir ortam olmalıdır. Daha özgür bir ortamda, aileler kişisel endişelerini ve isteklerini daha kolay ifade edebilir, hekimin önerilerini de daha çok benimserler (17, 32).

İdeal çocuk sağlığı izlem ziyareti ortalama 30 dakika kadar sürer. 15-20 dakikadan daha kısa sürede yapılan ziyaretler amacına ulaşamaz (5, 17). Sağlık izlem ziyaretlerinin yeteri uzunlukta olması ailelerin de tatmin olmasını sağlar (36, 41). Hekimle yüz yüze geçirilen zaman ailenin tatmin duygusunu artırır. Zaman kısıtlaması olduğunda var olan zaman ebeveynlerin ihtiyaç durumlarına öncelik verilerek kullanılmalıdır (5, 36, 41, 44). Ayrıca ziyaret sırasında yapılan danışmanlık ve rehberlik bilgilerinin uygun yazılı ve görsel materyalle desteklenmesi zaman sıkıntısını aşmanın bir yolu olabilir (5).

### II.5.3. İzlem Ziyaretinin İçeriği

Çocuk sağlığı izlem ziyaretinde yapılması gereken uygulamalar ve ziyaretin basamakları Tablo II. 3 de görülmektedir (13, 16, 17, 30, 43, 45). Bağışıklama, büyüme/gelişmenin izlenmesi ve aile danışmanlığı/rehberlik pediatrik korumanın merkezini oluşturmaktadır (8).

Tablo II.3. Çocuk sağlığı izlem ziyaretinde yapılması gereken uygulamalar

İzlem Ziyaretinin Süreci
• Görüşme-öykü
• Anne-baba-çocuk etkileşiminin gözlenmesi
• Fizik muayene, büyüme ve gelişimin izlenmesi
• Tarama uygulamaları
• Profilaktik vitamin, mineral uygulamaları
• Bağışıklama
• Beslenme danışmanlığı
• Aile danışmanlığı ve rehberlik
• Ziyaretin özeti

#### II.5.4. Görüşme ve Gözlem

İzlem ziyaretlerine her iki ebeveynin de katılımı önerilir. Ayrıca varsa diğer aile büyükleri ve çocuğun bakıcısı da görüşmeye dahil edilir. Önerileri yalnızca anneye vermiş olmak yerine getirilmesi için yeterli olmayabilir. Bazı ailelerde verilecek öneriler ancak babanın ya da babaannenin onayı ile uygulanabilir. Çocuk hekimleri için hala anneler birincil bilgi kaynağıdır. Bununla birlikte çalışmaya başlayan kadın sayısında artış ve günümüzde pek çok annenin dışarıda tam zamanlı çalışması nedeniyle bebek bakımı konusunda bir iş bölümüne ihtiyaç duyulmaktadır. Bu gibi sosyal ve ekonomik kaymalar, babaların ailelerinde oynadıkları rolleri genişletmiştir (3, 13, 17, 43). Sağlıklı çocuk ziyaretleri babalara, hem çocuklarının sağlık bakımında daha çok yer alma imkanı vermekte hem de çocuklarının sağlığı ve gelişimi ile ilgili önemli bilgiler öğretmektedir (46). Babanın sağlık izlemine dahil edilmesinin, çocuklarda akademik başarının ve dil yeteneğinin daha iyi olmasını, emme oranlarının artmasını, preterm bebeklerin kilo alış hızının daha fazla olmasını ve bazı bilişsel özelliklerle sosyal-davranışsal özelliklerin daha iyi gelişmesini sağladığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (46).

Sağlık izlem ziyaretine başlarken, önce aileye çocuğun büyümesi, çevresi ile ilişkileri, algıları, zihinsel gelişimi ve beslenmesi ile ilgili bir kaygılarının olup olmadığı sorulur (17). İlk başvuruda detaylı bir şekilde prenatal, natal ve soygeçmiş öyküsü alınır (13, 16, 30, 43, 47). Görüşme sırasında aileye “Nasılsınız?”, “Bebeğiniz nasıl?” gibi açık uçlu sorular yöneltilir (16, 47). Her izlem ziyaretinde beslenme, büyüme ve gelişme basamakları, aşılar, aile ve ev ortamı, çevre şartları gibi çocuğun sağlığını yakından etkileyen konular tartışılır (13, 16, 17, 43, 47). Anne ve babanın birlikte yaşayıp yaşamadığı, bebeğin bakımı ile kimin ya da kimlerin ilgilendiği, annenin bir işte çalışıp çalışmadığı, izinli ise işe ne zaman başlayacağı, evde bebeği etkileyecek ölüm, ayrılık, vb. gibi bir stres olup olmadığı, önceki izlemden bu yana kaza geçirip geçirmediği ve evde sigara içen birisi olup olmadığı öyküde yer alır (17, 30, 47).

Sağlık izlem ziyareti sırasında ilk aylarda emzirme gözlenir, biberon ve emzik kullanımı, kundaklama gibi yanlış uygulamalar konusunda uyarılar yapılır. Bebeğin anne, babası ya da çocuğa bakan kişi ile olan ilişkileri ve çevre ile ilgisi izlem ziyareti sırasında gözlenir (13, 16, 48). Bebek gelişiminde önemli olduğu için ebeveynlerin ya da bebeğe bakım veren kişilerin ruh sağlıkları da mutlaka irdelenir (30).

#### II.5.5. Fizik Muayene ve Büyümenin Değerlendirilmesi

##### Fizik Muayene:

Fizik muayene, çocuk sağlığı izlemlerinin temel taşlarından biridir ve aynı zamanda bazı hastalıklar için de bir tarama yöntemidir. Hiçbir şikayeti olmasa da her kontrolde her çocuğa tam bir fizik muayene yapılır (13, 16, 17, 43). Çocuk, yürümeye başlayıncaya dek her sağlam çocuk ziyaretinde o aya uygun muayene yöntemleri ile gelişimsel kalça displazisi (GKD) yönünden değerlendirilir (49). Fizik muayene ile organ sistemlerine ilişkin patolojilerin yanı sıra, kuşkulu genitalya, inmemiş testis ve hipospadias gibi ailenin önemsemediği ya da fark etmediği patolojik durumlar saptanır (50, 51).

Ayrıca duruş bozuklukları ve skolyoz, kifoz gibi ortopedik sorunlar da saptanabilir (52). Kan basıncının üç yaşından itibaren yılda bir kez ölçülmesi fizik muayenenin rutin bir parçasıdır (53). Görme her ziyarette, öykü ve fizik muayene ile değerlendirilir (43). Görüşme, gözlem ve fizik muayene sırasında saptanan bulgular mutlaka ihmal ve istismar olasılığı yönünden de dikkatle değerlendirilir (54, 55).

Fizik muayenenin en önemli bölümlerinden biri antropometrik ölçümlerin alınmasıdır (13). Büyümenin değerlendirilmesi, çocuk sağlığı izleminin önemli bir ögesi ve standart bir bileşenidir. Büyüme, çocuk sağlığının güçlü bir göstergesidir; çünkü sağlığın bozulduğu durumlarda sıklıkla büyüme de bozulur (56, 57). Bu nedenle her kontrolde boy, ağırlık ve en az iki yaşına kadar baş çevresi ölçümü yapılarak büyüme parametreleri izlenir ve büyüme değerlendirilir, bulgular aile ile paylaşılır (13, 56, 58).

#### Büyümenin Değerlendirilmesi:

Büyümeyi değerlendirmek için iyi beslenmiş, sağlıklı çocukların ölçümlerinden elde edilen standart eğriler kullanılır. Tüm dünyada kullanılabilecek standart eğrilerin oluşturulması amacıyla DSÖ tarafından 1997-2003 yılları arasında farklı etnik ve kültürel kökenden gelen, altı ülkenin (Brezilya, Gana, Hindistan, Norveç, Oman ve Amerika) çocuklarının katılımı ile Çok Merkezli Büyüme Referans Çalışması (MGRS) yapılmıştır (59-62). Ülkemiz çocuklarına ait büyüme eğrileri de ilk olarak Neyzi tarafından 1950-1960 yılları arasında yapılan çalışma ile oluşturulmuştur (63, 64). Daha sonra Neyzi ve arkadaşları tarafından 1989-2002 yılları arasında yapılan çalışmalarla 6-18 yaş arası çocuklar için yeni büyümeleri eğrileri oluşturulmuştur (65). Çocuklarda her iki büyüme eğrisi de (DSÖ'nün büyüme eğrileri ve Neyzi büyüme eğrileri) gelişimin izlenmesinde kullanılabilir.

Çocuğun büyümesi, ulaşılan büyümenin değerlendirilmesi (o andaki ölçüm) ve büyüme hızına göre değerlendirme olmak üzere iki şekilde değerlendirilir

(32, 57, 66). Ulaşılan büyümenin değerlendirilmesinde üç yaklaşım söz konusudur: persantiller, median yüzdesi ve standart sapma skoru.

Persantiller: Çocuğun antropometrik ölçümleri, aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların persantil eğrileri ile karşılaştırılır (59).

Median yüzdesi: Antropometrik değerlendirmede kullanılan bir diğer belirleyicidir. Çocuğun antropometrik ölçümü aynı yaştaki sağlıklı ve büyümesi normal olan 50 persantildeki çocuğun antropometrik ölçümü (ideal ölçüm) ile karşılaştırılır ve standart değerler tespit edilir (59).

Standart Sapma Skoru (Standart Deviasyon Skoru-SDS): Bireyin ölçülen parametresinin, toplumun normal ortalama değerinden sapma derecesini ifade eden bir terimdir (58). Bireyin antropometrik ölçümleri o yaştaki referans ortanca değerden farkları o yaştaki standart deviasyona oranlanarak standart deviasyon skoru (Z-skoru) hesaplanmaktadır. Sınır değerler olarak +2 ve -2 Standart Deviasyon (SD) alınmaktadır. İki SD'nin altı büyüme geriliği olarak değerlendirilir (59, 67).

Büyüme hızına göre değerlendirmede; belli bir zaman içerisinde boy, kilo ve baş çevresindeki artma incelenir. Çocuğun izleyen iki kontrolde kilo alımı yoksa veya bulunduğu persantilden iki persantil hattı düşme olmuşsa tıpkı ateş veya karın ağrısında olduğu gibi patolojik bir bulgu olarak kabul edilir (59).

Bebekler doğumdan sonraki ilk 3-4 gün içerisinde doğum ağırlığının %5-6 kadarını kaybeder. Daha sonra ilk 6 ayda 20-30gr/gün; 2. 6 ayda 15-20 gr/gün kilo artırır. Boy ise 6 ayda sekiz cm uzar. Böylece çocuk bir yaşına geldiğinde ağırlığı doğum ağırlığının 3 katına çıkar. Ortalama 25 cm'lik boy kazanır. 12-24 ay arası, haftada ortalama 50 gr alır ve 24. ayda doğum ağırlığının 4 katına ulaşır. Boy uzaması ise 10-12 cm kadardır. 2 yaşından

sonra büyüme hızı çocukluk dönemindeki durağan hızına düşer (58, 66) (Tablo II.4).

Tablo II.4. Çocukların ilk 6 yaşta normal büyüme ölçütleri (58, 66).

Yaş	Günlük ortalama ağırlık artışı (gram)	Aylık ortalama boy uzaması (cm)	Aylık ortalama baş çevresi büyümesi (cm)
0-3 ay	30	3,5	2
3-6 ay	20	2	1
6-9 ay	15	1,5	0,5
9-12ay	12	1,2	0,5
1-3 yaş	8	1	0,25
4-6 yaş	8	3 cm/yıl	1 cm/yıl

#### II.5.6. Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi

Sağlık hizmeti içerisinde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir parçasıdır (68). Çocuk sağlığı izlem ziyareti, gelişimsel ve davranışsal birçok sorundan korunmada veya bunlara erken müdahalede hekim için birincil bir fırsat oluşturmaktadır (5). Çocuk gelişimi karmaşık bir süreçtir ve örneğin fenilketonüri, anemi ya da işitme gibi tek bir test ile taranabilecek kadar yalın bir kavram değildir. Bu nedenle sorunların güvenle taranması çok zordur (69). Uygun zamanda yapılmış gelişim değerlendirilmesi, gelişimsel risk faktörlerinin belirlenmesine, optimal gelişimi sağlamak için ebeveynlere yol gösterilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca gelişimsel bozuklukların mümkün olan en kısa sürede tanınması ve tedavi edilmesi ile gelişimsel potansiyel kaybının önlenmesi mümkün olmaktadır (70). Gelişimsel izlem; gelişimsel ilerlemeyi kaydetmek, ailenin endişelerini ortaya çıkarmak ve değerlendirmek demektir. Rehberlik ise hekimin öğretici rolünü ve koruyucu hekimlik uygulamalarının benimsemeleri için ailelerle birlikte çalışmayı kapsar (71).

## II.5.7. Taramalar ve Profilaksi Uygulamaları

Tarama programları, çocuk sağlığı izlemlerinin faydaları kanıtlanmış temel uygulamalarıdır (54). Taramalar sayesinde hastalıklara, henüz bulgu vermeden ve sekel bırakmadan erken dönemde müdahale etmek mümkün olur. Çocuk sağlığı izleminde öykü, gözlem ve fizik muayenede yapılan bazı uygulamalar da birer tarama yöntemi olabileceği gibi, bazı taramaların da çeşitli laboratuvar yöntemleri ile yapılması gerekebilir (16, 17, 43).

Ülkemizde fenilketonüri ve hipotiroidi taramaları, yaşamın ilk haftasında (2. - 5. gün) rutin olarak yapılan taramalardır (13). Fenilketonüri taraması için uygulanan Guthrie testi ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından, 1986 yılında 36 ilde yürütülmeye başlanmış ve daha sonra tüm illerimizi içine alacak şekilde genişletilmiştir. Ülkemizde hastalığın görülme sıklığı 4500 doğumda birdir, her yıl 250-300 çocuk bu hastalıkla doğmaktadır (72). Yürütülen yoğun ve çok merkezli çalışmalara rağmen fenilketonüri tarama programı ile ülkemizdeki yenidoğanların ancak %75'i taranabilmektedir (73). Tarama programı ile 2004 yılında 96, 2005 yılında 179 ve 2006 yılının ilk 9 ayında 158 fenilketonüri olgusu saptanmıştır (74).

Konjenital hipotiroidi taraması, dünyada ilk olarak 1974 yılında yapılmaya başlamıştır. Ülkemizde ise 25 Aralık 2006 tarihinden itibaren, topuktan filtre kâğıdına alınan kandan, Tiroid Stimülan Hormon (TSH) ölçüm esasına dayalı olarak uygulanmaya başlanmıştır (76). Ülkemizde konjenital hipotiroidi sıklığının farklı çalışma sonuçlarına göre binde 0,1-1,3 arasında olduğu bildirilmektedir (76-78).

İşitme kaybının erken tanısı ve tedavisi, çocuğun konuşma, dil, bilişsel ve sosyal gelişiminin yaşlılarından geri kalmasını engelleyebilir. Amerikan Pediatri Akademisi, tüm yeni doğanlara işitme taramasının yapılmasını ve patoloji saptananlara da 6 aydan önce müdahale edilmesini önermektedir (79). Türkiye'de yaygın bir ulusal işitme taraması programı henüz yoktur.

Ancak Aralık 2004'den itibaren "Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Programı" adı altında, bazı pilot illerde yenidoğan işitme taraması programına başlanmıştır (43, 73). Yenidoğan döneminde işitme taraması için Oto-Akustik Emisyon ve İşitsel Beyin Sapı Cevabı kullanılmaktadır (80). İşitsel Beyin Sapı Cevabı yenidoğan işitme taraması için altın standartdır (80) fakat pahalı ve uzman eleman gerektirdiği için tarama testi olarak kullanılmaz (73).

Gelişimsel kalça displazisi (GKD), yenidoğan döneminde tanı konduğunda, konservatif tedavi ile düzelebilen bir sorundur (81). Bu nedenle tüm yenidoğanlar GKD yönünden taranmalıdır (82, 83). Ultrasonografi (US); GKD'nin erken tanısında, etkin, güvenilir ve duyarlı bir yöntemdir (84). Ultrasonografinin rutin GKD taramasında kullanımı ile ilgili iki farklı yaklaşım bulunmaktadır. Birinci yaklaşımda, tüm yenidoğanlar klinik olarak taranır ve tümüne ultrasonografik inceleme yapılır. İkinci yaklaşımda ise tüm yenidoğanlar klinik olarak taranır, US yalnız risk faktörü bulunan bebekler için kullanılır (85). Türkiye'de GKD taramasında US kullanımı ile ilgili bir standart henüz yoktur (86).

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) bebek ve çocuklarda sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biridir (87). Erken ve doğru tanı konarak uygun tedavi yapılmadığı takdirde hipertansiyon, hatta son dönem böbrek yetmezliğine kadar uzanan sorunlara neden olur (88-90). Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kronik böbrek yetmezliğinin başlıca nedenlerinden biri olduğu için idrar yolu enfeksiyonunun, zamanında tanısı ve tedavisi son derece önemlidir. Bebeklerde ve küçük çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu tanısı zordur, çünkü yakınmalar ve bulgular tanıya özgül değildir ve bu nedenle tanı kolayca atlanabilir (17).

Üriner enfeksiyonun ve kronik böbrek yetmezliğinin sık görüldüğü ülkelerde ilk yaş içinde, beş yaşında ve ergenlik döneminde idrar yolu enfeksiyonu açısından tarama yapılması önerilmektedir (43). Tarama yöntemi olarak taze idrar da stik testi kullanılabilir (16, 43). Test pozitif veya şüpheli ise idrar

sedimenti incelenmeli, semptomların varlığında da tam idrar tetkiki ve idrar kültürü yapılmalıdır (16, 43). İdrar yolu enfeksiyonu tanısı koyabilmek için altın standart suprapubik aspirasyon veya üriner kateterizasyonla alınan örneğin kültürüdür. Fakat bu yöntemler invaziv olduğu için idrar örneği genellikle idrar torbası ile alınmaktadır (89). İdrar örneği torba ile alındığında; üreme olmaz ise idrar yolu enfeksiyonu tanısı dışlanabilir (89, 91) Ancak torba ile alınan idrar kültürünün yanlış pozitiflik oranı %85'lere kadar çıkabilir (89, 91).

Çocukluk yaş grubunda, aneminin en sık görülen nedeni demir eksikliğidir (92). Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki demir eksikliği anemisinin ileri yaşlarda ortaya çıkan bilişsel ve motor gerilikle ilişkisi gösterilmiştir (93). Bu nedenle Amerikan Pediatri Akademisi 9-12 ay arasında ve 15-18 ay arasında birer kez olmak üzere tüm çocukların ilk 2 yaşta iki kez hemoglobin/hematokrit değerlerinin ölçülmesini önermektedir (30, 94).

Tüm düşük doğum ağırlıklı bebeklere 2-23 aylar arasında 2 mg/kg/gün oral demir profilaksisi önerilmektedir. Anemi insidansı %40'ın üzerinde olan ülkelerde yaşayan, demirle zenginleştirilmiş gıda alamayan çocuklara da 6-23 aylar arasında 2mg/kg/gün oral demir takviyesi önerilir (95). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda süt çocukluğu döneminde demir eksikliği anemisi sıklığı %22 ile %36 arasında bulunmuştur (13, 96). Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü "Demir Gibi Türkiye Projesi"ni başlatmıştır. Proje kapsamında 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanmaktadır (97).

Tüm bebeklerin D vitamini yetersizliğinin önlenmesi amacıyla üzerlerinde yalnızca bez varken haftada 30 dakika, giyinik olarak da haftada 2 saat doğrudan güneş görmesi yeterlidir. Ancak güneşsiz ve soğuk günlerde bu uygulamanın düzenli yapılamaması nedeniyle günlük en az 200 İÜ D vitamini verilmesi ve bir yaşına tercihen de iki yaşına kadar devam edilmesi

önerilmektedir (98, 99). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Mayıs 2005’de “D vitamini yetersizliğinin önlenmesi ve kemik sağlığının korunması” projesini başlatmıştır. Projenin temel amacı 0-12 ay grubundaki tüm çocuklara ücretsiz olarak profilaktik dozda (günde 400 ünite) D vitamini sağlamaktır (97, 100).

#### II.5.8. Bağışıklama

Bağışıklama, çocuk sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır (13, 43). Ülke gerçeklerine uygun aşı programlarının her çocuğa zamanında uygulanması, geçersiz nedenlerle aşılamanın aksatılmaması gerekir (43). Her sağlık izlem ziyareti, aşı için bir fırsattır. Bu nedenle çocukların her izlemde aşılama durumu değerlendirilir, varsa eksik aşıları tamamlanır ve aşılama için kaçırılmış fırsatlar yakalanır (16, 43).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından aşı ile korunabilir hastalıkların mortalite ve morbiditesini azaltmak amacı ile 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı geliştirilmiştir. Bu program ülkemizde 1981 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır (101). Çalışmaya alınan çocukların izlemi sırasında Sağlık Bakanlığı tarafından rutin olarak uygulanması önerilen aşılar ve aşı takvimi Tablo II.5’de görülmektedir (97).

Tablo II.5. Çalışmaya alınan çocukların izlemi sırasında rutin olarak uygulanmakta olan aşılar ve aşı takvimi (Ocak 2002- Aralık 2006) (97).

Aşılar	Doğumda	2. ayın sonu	3. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	9. ay	16-24 ay	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
BCG*		I							
DBT**		I	II	III			Rapel		
Polio		I	II	III			Rapel	Rapel	
Hepatit B	I	II				III			
Td***								✓	✓
Kızamık						I		Rapel	

\* Bacillus Calmette-Guerin, \*\* Difteri Boğmaca tetanoz, \*\*\* Difteri tetanoz

## II.5.9. Aile Danışmanlığı / Rehberlik

Çocuk sağlığı izleminin ayrılmaz bir parçası anne, baba ve çocuğa büyüyen çocuğun sağlığı ve esenliği için önemli olan ve yaşla birlikte değişen bir çok konuda danışmanlık ve rehberlik sağlamaktır (34). Aile danışmanlığı ve rehberlik, çocuk sağlığı izlem ziyaretlerinin temel taşı ve birincil bakımın önemli fakat çoğu zaman ihmal edilen bir bileşenidir (8, 13, 17, 34, 44). Danışmanlık ve rehberlik hizmeti doktorlar, hemşireler, sağlık eğitmenleri ya da diğer personel tarafından sağlanabilir (8). Yapılan araştırmalarda, izlem ziyaretlerinde danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmesinin, aile açısından mükemmel bakım alma ile eşdeğer olduğu, hatta daha fazla öneri için ailelerin ekstra para ödemeye gönüllü oldukları saptanmıştır (8, 31, 44). Beslenme, uyuma, disiplin, gelişme ve kazalar gibi konular bugün danışmanlık hizmetinin merkezinde bulunmaktadır. Bu bağlamda her izlemde bebeğin/çocuğun yaşına uygun olarak aileye, günlük bakım (yatırma, giydirme, yıkama, vb), beslenme (emzirme danışmanlığı, ek besinler, vb), kazalardan korunma (yatağın korkuluğu, ilaçların kilitli dolapta saklanması, vb), zihinsel gelişimin desteklenmesi (oyunlar ve kitaplar) ve doğru davranışlar geliştirme (uyaran alma, iletişim, tuvalet eğitimi, disiplin, televizyon, vb) gibi konularda eğitim verilir. O yaşta profilaktik olarak verilecek vitamin ve mineraller varsa önerilir, aşı yapılmışsa yan etkileri ve hastalıklardan korunma konusunda bilgi verilir (13, 17, 34, 102, 103).

Sağlık izlemi ziyaretlerinde danışmanlık ve rehberlik için yeterli süre ayrılması önemlidir (17). Kısa süren sağlık izlem ziyaretlerinde daha az konu tartışılabilen ve ailenin bilgi gereksinimi daha az karşılanmaktadır (44). Sağlık izlem ziyaretlerini 20 dakikadan uzun tutan çocuk hekimlerinin, daha çok konuda aile danışmanlığı hizmeti verdiği görülmüştür (8).

### Beslenme Danışmanlığı:

Beslenme insan yavrusunun hayatta kalabilmesi için en temel gereksinimdir (104, 105). Yaşamın ilk iki yılı büyümenin ve gelişmenin en hızlı olduğu

dönemdir ve bu dönemde büyümeyi etkileyen en önemli faktör beslenmedir. Ayrıca bu dönemde doğru beslenmenin ileri yaşlara da yansıyan önemli etkileri bulunmaktadır (106).

Anne sütü bebeğin optimal büyüme ve gelişmesini sağlayan ve doğumdan sonra ilk altı ay süresince bebeğin fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarını tek başına karşılayan mükemmel bir besindir (107, 108). D ve K vitamini dışında ilk altı ayda bebeğin tüm gereksinimlerini karşılayacak bileşime sahiptir (106). Dünya Sağlık Örgütü bebeklerin 6 ay sadece anne sütü ile beslenmelerini, 6 aydan itibaren anne sütü ile birlikte ek gıda almalarını ve en az iki yaşına kadar anne sütüne devam etmelerini önermektedir (109, 110).

Anne sütü ile beslenen bebeklerde enfeksiyonlar, akut solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı hastane yatışları, alerji, ani bebek ölümü daha az görülmektedir. Küçük yaşlarda yeterli süre anne sütü almış erişkinlerde lenfoma, akut lenfoblastik lösemi ve akut myeloid lösemi riski azalmaktadır. Ayrıca astım gelişme riski, multipl skleroz, diabetes mellitus, kronik karaciğer hastalığı, ülseratif kolit, obezite, kron hastalığı, çölyak hastalığı riski de azalmaktadır. Bebeklik döneminde uzun süre anne sütü ile beslenen kişilerde ileri yaşlarda LDL kolesterol düzeyi ve sistolik kan basıncı değerlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Anne sütü, beyin ve retina gelişiminin optimal olmasına katkıda bulunmaktadır.

Emzirmenin bebekler dışında annelere de yararları vardır. Çocuklarını altı aydan daha uzun süre anne sütü ile besleyen annelerde postpartum kilo kaybı, formül süt ile besleyenlere göre daha belirgin olmaktadır. Erken menapoz, meme, over, uterus kanseri gelişme riski ve osteoporoz olasılığı da azalmaktadır (108, 111-116).

Preterm bebeklerde de anne sütü ile beslenmenin faydaları gösterilmiştir. Anne sütü preterm bebeklere nutrisyonel, gastrointestinal, immünolojik, gelişimsel ve psikolojik fayda sağlamaktadır. Anne sütü alan bebeklerde

nekrotizan enterokolit formula ile beslenenlere göre daha az görülür. Anne sütü kullanımının geç sepsis gelişimini önlediği gösterilmiştir. Anne sütü ile beslenmenin preterm bebeklerin kognitif fonksiyonları ve akademik performansları üzerine olumlu etkileri vardır. Aynı zamanda emzirme preterm bebek - anne bağlanmasında da önemlidir (117).

Emzirme Türkiye’de oldukça yaygındır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları- 2003 verilerine göre ülkemizde tüm çocukların yüzde 96,8’si bir süre emzirilmektedir. Bununla birlikte emzirilen çocukların sadece yüzde 53,9’u doğumdan sonraki bir saat içinde emzirmeye başlamaktadır, %83,6’sı ise doğumdan bir gün sonra emzirmeye başlanmakta, %39,4’üne anne sütünden önce başka gıda verilmektedir (21). Ülkemizde ilk altı ay sadece anne sütü alma oranı %21’dir. (11). Dünya genelinde bakıldığında ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranları gelişmekte olan ülkelerde %38, az gelişmiş ülkelerde %35 dünya genelinde %38’dir. 20-23 ay da hala emzirme oranları gelişmekte olan ülkelerde %40, az gelişmiş ülkelerde %63, dünya genelinde %39’dır (11).

Annenin bebeğini emzirmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Emzirme hakkındaki düşüncesi, aile ve arkadaşlarının desteği, sosyoekonomik, kültürel ve coğrafi faktörler, anne yaşı, annenin eğitim düzeyi, çalışıp çalışmadığı ve çalışıyorsa iş yeri ortamı, maddi kaygıları, doğum yaptığı hastanenin anne sütü ile beslenme konusundaki yaklaşımı, prelakteal beslenme alışkanlığı, emzik kullanımı, önceki bebeğindeki tecrübeleri, sigara içmesi gibi faktörler annenin bebeğini emzirme özelliklerini ve emzirme süresini etkiler (116, 118).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan annelerde emzirmenin daha fazla olduğu saptanmıştır (119). Çalışan annelerin ise daha çok formül süt verdiği (120, 121), formül süt veren ve çalışan annelerin emzirmeyi erken sonlandırdığı gösterilmiştir (119, 122, 123). Bir çok çalışmada düşük doğum ağırlıklı veya sezaryenle doğan bebeklerin daha az

ve daha kısa süre emzirildiği, ek gıdaya da erken başlandığı belirlenmiştir (122, 124-126).

Bebeklerin altıncı ayından sonra ihtiyacı olan besinler, anne sütü ile karşılanamayacağından ek gıdaya geçilmesi gerekir (106, 110). Ayrıca ek gıdalara geçme çocuğu farklı tat ve kıvamlarda besinlere alıştırmak, çocuğun ısırma, çiğneme becerilerinin gelişmesine yardımcı olmak için de gereklidir. Ek gıdaya geçiş dönemi, bebeğin anne sütünden başka bir besin ile tanışmasıyla başlayan, yarı katı veya katı gıdaların bebeğe verildiği, tek başına anne sütü ile beslenme döneminin bitişi anlamına gelen bu süreci tanımlar. Bu dönemde, bebek anne sütü ile beslenmeye devam eder. Ek besinlere geçilirken önce püre kıvamında daha sonra ezilmiş ardından ufak parçalara bölünmüş biçimde verilerek bebeğin farklı yapıdaki besinleri alması sağlanır (106). Ek gıdaya geçiş döneminde ne tür besinler verileceği kültüre, yaşanan coğrafi şartlara, ailenin sosyoekonomik ve kültürel özelliklerine alışkanlıklarına kadar çok değişik şartlardan etkilenir (127).

Ek besinlere erken başlanması ishal ve alerjik hastalıklarda artışa, anne sütünde azalmaya, malnütrisyon veya aşırı beslenmeye neden olurken ek gıdaya geç başlanması da büyüme geriliğine, immünitede azalmaya, ishal ve diğer enfeksiyöz hastalıklarda artışa, malnütrisyon ve mikrobeyin eksikliklerine yol açar (108).

### III. MATERYAL METOD

Bu araştırmanın örneklemini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı İzlemi Polikliniğinde izlenen bebekler oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemini oluşturan çocukların izlemlerinin yapıldığı 01/01/2002-01/05/2006 tarihleri arasında Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde, yaklaşık 3000 çocuk için toplam 25.661 sağlık izlem muayenesi yapılmıştır. Bu tarihler arasında izlemi yapılan yaklaşık 3000 çocuktan, dosyalarına ulaşılan ve izlemleri aşağıdaki ölçütlere uygun olanlar araştırmaya alınmıştır;

- 2. aydan itibaren Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde izlenmekte olan,
- İzlem başlangıcından iki yaşına kadar olan sürede, en az sekiz sağlık izlem ziyareti yapılmış olan çocuklar.

Yukarıdaki ölçütlere uyan toplam 501 çocuk çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışmaya alınan çocukların dosya kayıtları incelenmiş ve 2. aydan itibaren olan kayıtlar değerlendirilmiştir. Dosya verileri, bir değerlendirme formu ile dört başlıkta derlenmiştir. Dosyadaki eksik bilgiler, ailelerle telefonla veya yüz yüze yapılan görüşmelerle elde edilmiştir.

#### III.1. Sosyodemografik özellikler

- Annenin öğrenim durumu,
- Annenin çalışıp çalışmadığı,
- Annenin sağlık bilgileri,
- Annenin doğumdaki yaşı,
- Babanın doğumdaki yaşı,
- Çocukların yaşayan ve ölen kardeş sayıları ve
- Ailede akraba evliliği varlığı dosya bilgilerinden kaydedilmiştir.

### III.2. Doğum bilgileri

Çalışmaya alınan çocukların,

- Cinsiyetleri,
- Doğum ağırlıkları,
- Doğum şekilleri,
- Doğum yerleri,
- Gestasyon yaşları [preterm (37 gebelik haftasından önce doğan) veya term (37-42 gebelik haftalarında doğan)] değerlendirilmiştir.

### III.3. İzlem bilgileri

- Büyümenin ve gelişimin değerlendirilmesi ve izlenmesi,
- Tarama uygulamaları,
- Profilaktik uygulamalar,
- Beslenme,
- Aşılama.

#### III.3.1. Büyümenin ve Gelişimin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi

Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde izlenen bebeklere, 0-24 ay arasında toplam 10-12 sağlık izlem ziyareti önerilmektedir (Tablo III.1) (30).

Tablo III.1. Sağlık izlem ziyareti önerilen aylar (30) (Ankara, 2008).

İzlem Ziyaretlerinin Zamanı	
0 Yaş	Doğum, 1 ay, 2. ay, 3. ay, 4. ay, 5. ay, 6. ay, 9. ay
1 Yaş	12. ay, 15. ay, 18. ay, 24. ay

Çalışmaya alınan 501 çocuğun, ikinci aydan iki yaşına kadar yapılan sağlık izlem ziyaretleri değerlendirilmiştir. Çocukların her sağlık izlem ziyaretinde yapılan antropometrik ölçümlerinin analizi yapılmıştır.

Çocukların, her muayenede elektronik digital tartıarla, giysisiz ve bezleri de çıkarılmış olarak ölçülen vücut ağırlıkları, yatar pozisyonda iken iki kişi

tarafından alınan boy ölçümleri ve plastik mezürlerle ölçülmüş olan baş çevresi değerleri kaydedilmiştir. Her ziyarette ölçülen bu değerler, Olcay Neyzi büyüme standartları ile değerlendirilmiştir. Her izlem ziyareti için persantil başına düşen çocukların oranları saptanmış ve izleyen ziyaretlerde bu oranlardaki değişimler belirlenmiştir. Tüm bebeklerin, her izlem ziyaretinde saptanan ağırlık artışı(gram/ gün) ve boy uzama hızları (cm/ay) hesaplanarak not edilmiştir ve izlemdeki değişimleri değerlendirilmiştir.

İzlemi yapılan çocukların her kontrollerinde gelişimleri Tablo III.2'deki bilgilere göre değerlendirilmektedir (Tablo III.2) (30). Ancak dosya notu olarak standart bir kayıt yapılmadığı için gelişimin değerlendirilmesine ilişkin veri elde edilememiştir.

Tablo III.2. İlk iki yaşta normal gelişim basamakları(30) (Ankara, 2008).

Aylar	Gelişim Basamakları	Aylar	Gelişim Basamakları
2. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yüze Bakar</li> <li>• Karşılıklı güler</li> <li>• Dinler</li> <li>• Kol ve bacaklarını eşit hareket ettirir</li> <li>• Cisimleri izlemeye başlar</li> </ul>	4. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kahkaha atar</li> <li>• "aa, uu" sesleri çıkarır</li> <li>• Başını dik tutar</li> <li>• Yüzüstünde iken başını 90 derece kaldırır</li> <li>• Elini ağızına götürür</li> <li>• Oyunaçına uzanır</li> <li>• Cisimleri 180 derece izler</li> </ul>
6. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "ga, da, bı" der</li> <li>• Kendi ismini tanır</li> <li>• Destekle oturur</li> <li>• Döner</li> <li>• Annesini tanır</li> <li>• Erişemediği oyuncağa uzanır</li> <li>• Çingırağını kavrar</li> <li>• İnsan sesine ve tıktırtı sesine döner</li> </ul>	9. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "ga-ga", "da-da" der</li> <li>• İşaretle gösterir</li> <li>• "mama, hayır" gibi sözcükleri anlar</li> <li>• Desteksiz oturur</li> <li>• Bir elinden diğerine cisimleri geçirir</li> <li>• Baş ve işaret parmağı ile alır</li> <li>• Cisimleri ağızına götürür</li> <li>• "Cee" gibi onunları oynar</li> <li>• Yere düşen cismi arar</li> </ul>
12. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anlamli tek sözcük söyler</li> <li>• Tanıdığı kişi ve cisimlerin adını anlar</li> <li>• "ver, götür, al" gibi basit komutları anlar</li> <li>• Tutunarak ayağa kalkar</li> <li>• İki saniye tay tay durur</li> <li>• Sıralar</li> <li>• Doldur-boşalt gibi oyunları oynar</li> <li>• Araba sürer</li> <li>• Çizgi çizmeyi taklit eder</li> </ul>	15. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bardaktan su içebilir</li> <li>• Anne, baba, mamadan başka bir anlamli sözcük söyler</li> <li>• Basit komutları anlar</li> <li>• El sallar</li> <li>• Yardımsız düzgün yürür</li> <li>• Doldur-boşalt gibi oyunları oynar</li> <li>• Araba sürer</li> <li>• Çizgi çizmeyi taklit eder</li> </ul>
18. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En az üç anlamli sözcük kullanır</li> <li>• Basit komutları anlar</li> <li>• Ev işlerini taklit edebilir</li> <li>• İki küpten kule yapar</li> <li>• Koşar topa vurur geri geri yürür</li> <li>• Kalem tutar çizgi çizer</li> <li>• Basit hayali oyunları vardır (telefonla konuşma, bebek besleme gibi)</li> </ul>	24. ay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dört küpten kule yapar</li> <li>• Evde getir götür işlerini yapar</li> <li>• En az altı anlamli sözcüğü vardır</li> <li>• İki sözcüklü cümle kurar (su ver gibi)</li> <li>• Basit soruları ve tek basamaklı komutları anlar</li> <li>• Merdiven çıkar</li> <li>• Topa tekme vurur</li> <li>• Hayali oyunlar kurar (Bebeğini beslemek gibi)</li> <li>• Çatal kaşık kullanır</li> <li>• Bebeğin iki kısmını gösterir</li> <li>• Ceketini çıkarabilir</li> </ul>

### III.3.2. Tarama Uygulamaları

Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde 0-24 aylık izlem sırasında bebeklere, rutin olarak çeşitli tarama uygulamaları yapılmaktadır. Bu uygulamalar: fenilketonüri (FKU) taraması, konjenital hipotiroidi (KH) taraması, işitme taraması, gelişimsel kalça displazisi taraması, idrar incelemesi ve tam kan sayımıdır. Taramaların uygulama zamanları Tablo III.3'de gösterilmiştir (30).

Tablo III.3. Çocuklara 0-24 aylık dönemde yapılan tarama uygulamaları (30)  
(Ankara, 2008).

Yapılan taramalar	Aylar									
	0	1	2	4	6	9	12	15	18	24
FKU taraması	+									
KH taraması	+									
İşitme taraması	+	+								
Kalça US		+								
Tam kan sayımı					+					+
Tam idrar tetkiki + İdrar kültürü					+					

Ülkemizde tüm yenidoğanlara rutin olarak yapılan fenilketonüri ve hipotiroidi taramaları, doğumdan sonra ilk 2. –5. günler arası yapılmaktadır Çalışmada değerlendirilen çocukların bu taramaları, doğdukları hastanelerde veya birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmıştır.

Yeni doğan bebeklerin işitme taraması, oto akustik emisyon (OAE) yöntemi ile yapılmaktadır. Ancak OAE ile işitme taraması Şubat 2006 tarihinde başlanmıştır ve halen Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde izlenen tüm bebekler bu yöntemle değerlendirilmektedir. Bununla birlikte çalışma grubumuzdaki çocukların büyük kısmının izlem ziyaretleri esnasında

OAE ile işitme taraması henüz uygulamaya başlanmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Gelişimsel kalça displazisi taraması için her ziyarette fizik muayenede GKD bulguları değerlendirilmiş ve tüm çocuklara 6. haftadan 4. aya kadar olan sürede kalça ultrasonografisi yapılması önerilmiştir. Çocukların dosya kayıtları incelenerek GKD tarama sonuçları kaydedilmiştir.

Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde bütün çocuklara 6. ay ziyareti sırasında idrar torbası ile alınan idrarın rutin tetkiki ve idrar kültürü bakılarak idrar taraması yapılmaktadır. Çalışmaya alınan çocukların, dosyaları incelererek tarama sonuçları değerlendirilmiş ve saptanan idrar yolu enfeksiyonu sıklığı belirlenmiştir.

Sağlık izlemi yapılan tüm çocuklara, altıncı ayda ve iki yaşı bitiminde olmak üzere iki kez tam kan sayımı taraması yapılmaktadır. Çalışmada, çocukların tam kan sayımı sonuçları değerlendirilerek anemi sıklığı belirlenmiştir. Altı ay ve üzerinde tam kan sayımı bakılan bebeklerde hemoglobin değeri 10,5 gr/dl'nin altında ise, altı ayın altındaki bebeklerde 9,5 gr/dl'in altında ise anemi olarak kabul edilmiştir.

### III.3.3. Profilaktik uygulamalar

Demir profilaksisi: Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde izlenen tüm bebeklere, ilk kan sayımı taramasında hemoglobin değerinin normal sınırlarda saptanması halinde profilaktik dozda (1-2 mg/kg/gün) demir başlanmakta ve iki yaşı bitimine kadar kullanması önerilmektedir. Demir eksikliği anemisi saptanan bebeklere ise demir tedavi dozunda (4-6 mg/kg/gün) başlanmaktadır. Çalışmamızda çocukların, 6. ay ve 24. ay tam kan sayımı taraması arasında uygulanan demir profilaksisine olan uyumları değerlendirilmiş ve iki yaşına kadar olan sürede demir profilaksisini düzenli kullanıp kullanmadıkları belirlenmiştir.

D vitamini profilaksisi: Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde izlenen tüm bebeklere, 15. günden itibaren 400 İÜ D vitamini desteği başlanmakta ve iki yıl süre ile kullanması önerilmektedir. Çalışmaya alınan çocukların D vitamini kullanım süreleri, dosya kayıtlarından ve aile ile yapılan görüşmelerden öğrenilerek kaydedilmiştir.

#### III.3.4. Beslenme

Beslenme öyküsünde; bebeğin anne sütü alma süresi, ilk ek besinin başlanma zamanı, ilk başlanan ek gıdaların neler olduğu dosya kayıtlarına göre değerlendirilmiştir.

#### III.3.5. Bağışıklama

Çalışmaya alınan çocukların dosyaları incelenerek rutin aşılarla [BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşısı, DBT (Difteri-Boğmaca-Tetanoz) aşısı, Polio aşısı ve Hepatit B aşısı ve Kızamık aşısı] aşılanma oranları belirlenmiş; yaşına göre tam aşı, eksik aşı ve aşısız çocuk oranları saptanmıştır. Diğer yandan; rutin aşı takviminde yer almadığı halde çocuklara uygulanan diğer aşılar da (Kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı, Haemophilus İnfluenza tip B aşısı, Suçiçeği aşısı, Hepatit A aşısı, Pnömonok aşısı) belirlenmiş, aşılanma oranları ve aşılamaya başlama zamanları değerlendirilmiştir.

#### III.4. Çocukların sağlık sorunları

Çalışmaya alınan çocuklarda izlem ziyaretleri sırasında, saptanmış olan hastalıklar kaydedilmiştir. Doğumları üniversitemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği dışında gerçekleşen bebeklerin, yenidoğan dönemine ait sağlık kayıtları güvenilir olmadığı için araştırma grubunun yenidoğan sağlığı ile ilgili verilerinin analizi yapılmamıştır. Dosya bilgilerinden ve aile ile yapılan

görüşmelerden alınan bilgiler doğrultusunda, bebeklerin yenidoğan dönemi sonrasında geçirmiş oldukları tüm hastalıkların kayıtları değerlendirilmiştir.

### III.5. İstatistiksel Analiz

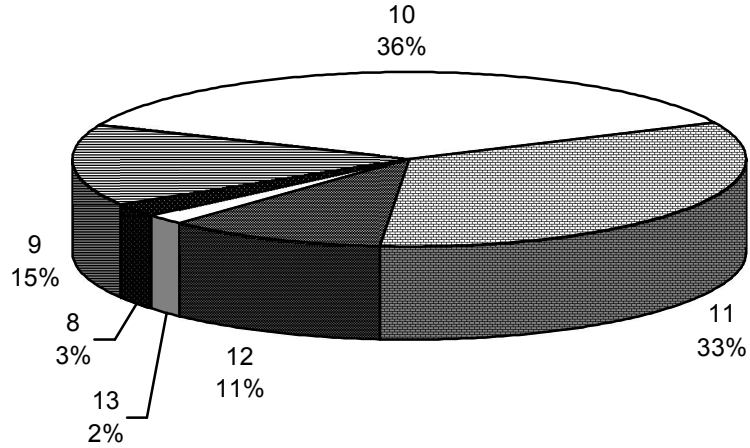
Bütün veriler SPSS 11.5 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

- Gruplar arası yüzdeler karşılaştırılırken Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Sayının yetersiz olduğu durumlarda Fisher's exact testi kullanılmıştır.
- Sürekli değişkenler arası ilişkinin incelenmesinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. İlişki katsayısı şu şekilde değerlendirilmiştir:  $r=0,00-0,25$  çok zayıf,  $r=0,26-0,49$  zayıf,  $r=0,50-0,69$  orta,  $r=0,70-0,89$  yüksek,  $r=0,90-1,00$  çok yüksek. P'nin 0,05'ten küçük olduğu durumlar anlamlı olarak kabul edilmiştir.
- Parametrik değişkenler arasındaki farkı değerlendirmek için student t testi kullanılmıştır.

## IV. BULGULAR

Çalışmaya alınan çocukların tümü 2., 4., 6., 9., 12., 15., 18. ve 24. aylarda olmak üzere en az 8 kez sağlık kontrolünden geçmiştir. Ancak çocukların gereksinimleri dikkate alınarak arada ek ziyaretler de yapılmıştır.

Amerikan Pediatri Akademisinin önerdiği şekilde 2. aydan sonra toplam 8 sağlık izlem ziyareti yapılan çocuklar tüm grubun %3'ünü oluşturmaktadır. Diğer çocuklara ek olarak en az bir kez daha sağlık kontrolü yapılmıştır. Tüm çocuklar, ilk iki yılda ortalama olarak 10 kez (8 – 13) kontrol edilmiştir. Çocukları sağlık kontrollerinin sayısı Şekil IV.1'de görülmektedir.



Şekil IV.1. Çocukların ilk iki yıldaki toplam sağlık izlem ziyareti sayıları (Ankara, 2008).

### IV.1. Sosyodemografik Özellikler ve Doğum Bilgileri

#### IV.1.1. Sosyodemografik Özellikler:

Çocuk Sayısı: Araştırmaya alınan 501 çocuğun dosya kayıtları incelendiğinde %50,3'ünün (n=252) erkek, %49,7'sinin (n=249) kız çocuk

olduğu görülmektedir. Bebeklerin %52'si ailenin ilk çocuğudur. Kardeşi olan 240 bebeğin ortalama kardeş sayısının  $1,3 \pm 0,6$  (1 - 4) olduğu belirlenmiştir.

Ailenin Özellikleri: Çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri Tablo IV.1'de özetlenmiştir. Çocuğun doğumu sırasında anne yaşı ortalaması  $30,47 \pm 4,93$  yaş (19-44), baba yaşı ortalaması ise  $34,10 \pm 5,13$  yaş (23-55) olarak saptanmıştır. Annelerin büyük çoğunluğu (%87) lise veya üniversite düzeyinde eğitim almıştır. Annelerin %65,7'si doğum öncesi bir işte çalışmakta olduğunu bildirmiştir. Lise ve üzeri eğitilmiş annelerin %73,6'sının, daha düşük düzeyde eğitilmiş annelerin ise ancak %12,3'ünün bir işte çalıştığı saptanmıştır ( $p < 0,001$ ).

Tablo IV.1. Ailelerin sosyodemografik özellikleri (Ankara, 2008).

Özellikler	Sıklık		
	n	%	
Annelerin eğitim durumu	İlkokul	52	10,4
	Ortaokul	13	2,6
	Lise	202	40,3
	Üniversite	234	46,7
Annelerin çalışma durumu	Ev hanımı	172	34,3
	Çalışıyor	329	65,7
Bebeklerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu	1	261	52,1
	2	180	35,9
	3	51	10,2
	4-5	9	1,8

Akraba evliliği sıklığı %6,6 (n=33) olarak saptanmıştır. Lise ve üzeri eğitilmiş annelerde akraba evliliği sıklığı %4,8; lise altı eğitilmiş annelerde %18,5 olarak bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Annelerin büyük çoğunluğu sağlıklı iken %17,4'ünde (n=84) kronik bir hastalık saptanmıştır (Tablo IV.2). Tiroid hastalıkları (%5,6) ve astım (%2,6) ilk sıralarda yer almaktadır.

Tablo IV.2. Annelerin sağlık durumu (Ankara, 2008).

Annenin sağlık durumu	Sıklık	
	n	%
Sağlıklı	417	83,2
Hasta	84	17,4
Tiroid hastalıkları	28	5,6
Astım	13	2,6
KVS* hastalıkları	8	1,6
Disk Hernisi	7	1,4
Hepatit B taşıyıcısı	6	1,2
Kollogen doku hastalıkları	6	1,2
Malignite	3	0,6
Migren	3	0,6
Epilepsi	3	0,6
Diabetes Mellitus	3	0,6
Gelişimsel Kalça Displazisi	2	0,4
Depresyon	2	0,4
Polikistik böbrek	1	0,2

\*Kardiyovasküler sistem

Çalışmaya alınan çocukların ailelerinin ortalama çocuk sayısı  $0,62 \pm 76$  (0-5) kadardır. Sekiz ailede, kardeş ölümü öyküsü saptanmıştır (%3,3). Çocukların ikisi prematürite, biri anensefali, biri hipertansiyon, biri de trakeaözofagial fistül nedeniyle kaybedilmiştir. Diğer üç çocuğun ölüm nedeni aile tarafından bilinmemektedir.

Çocuk Sayısını Etkileyen Faktörler: Lise ve üzeri eğitimli annelerin %44, 5'inin; lise altı eğitimli annelerin %70,8'inin birden çok çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Otuz yaş ve üzerinde olan annelerin %62'sinin, 30 yaşın altında olan annelerin ise %31,3'ü birden çok çocuğu vardır ( $p<0,001$ ).

#### IV.1.2. Doğum Bilgileri:

Bebeklerin %73,5'i (n= 368), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, diğerleri Ankara'nın farklı hastanelerinde doğmuştur. Grubun 453'ü (%90,4) term; 48'i (%9,6) preterm bebeklerden oluşmaktadır. Term bebeklerin %60,7'si, preterm bebeklerin ise %77,1'i sezaryen ile doğmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,005). Preterm bebeklerin gestasyon yaşı ortalama 35,24 ± 1,25 (31,4 - 36,5) haftadır.

#### IV.2. İzlem Bilgileri

##### IV.2.1. Büyümenin ve Gelişimin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi

Bebeklerin tümünün dosyaları incelendiğinde, her kontrole gelişlerinde gelişimlerine ilişkin bilgilerin kaydedildiği saptanmıştır. Ancak bu kayıt standart bir veri kaydı şeklinde olmadığı için gelişimin değerlendirilmesine ilişkin veri elde edilememiştir. Bununla birlikte çocukların hastalık kayıtlarına göre motor ve bilişsel gelişim alanlarında geriliği olan herhangi bir olguya rastlanmamıştır.

Bebeklerin doğum kiloları değerlendirildiğinde; %85'inin (n: 426) normal kiloda doğduğu saptanmıştır. Tüm çocukların %7'si (n: 35), term bebeklerin %2,2'si düşük doğum ağırlıklı iken, %8'inin (n: 40) doğum ağırlığı normal sınırların üzerindedir.

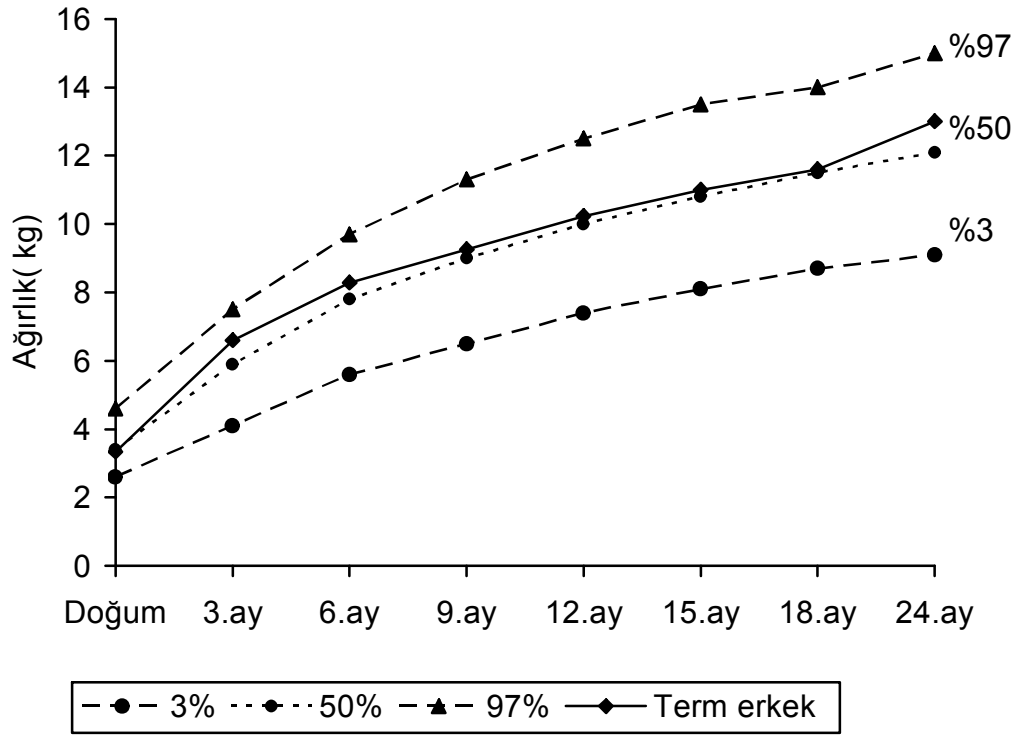
Tüm bebeklerin 2 yıllık izlem süresince her sağlık izlem ziyaretinde alınan antropometrik ölçümleri; ziyaret sırasındaki yaşlarına, cinsiyetlerine ve gestasyon yaşlarına (term-preterm) uygun olarak değerlendirilmiştir.

Ağırlık Artışının İzlemi: Term erkek ve kız bebeklerin vücut ağırlıklarının Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı Tablo IV.3 ve Tablo IV.4'de görülmektedir.

Tablo IV.3. Term erkek bebeklerin ağırlıklarının Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı (Ankara, 2008).

	Persantiller									
	<%3		≥ %3 - < %25		≥%25 - ≤%75		>%75 - ≤%97		> %97	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğum	4	1,7	52	22,6	134	58,5	39	17,2	0	0
6. ay	0	0	11	4,8	124	54,1	84	36,7	10	4,4
12. ay	0	0	25	10,9	135	59,0	58	25,3	11	4,8
18. ay	1	0,4	32	14,0	140	61,1	46	20,0	10	4,5
24. ay	0	0	14	6,1	118	51,5	72	31,5	25	10,9

Doğumda, erkek çocukların %1, 7'si (n: 4) 3. persentilin altında iken daha sonraki izlemde bir bebek dışında hiçbir erkek çocuk %3'ün altında kalmamıştır. İki yıllık izlem dikkate alındığında, erkek bebeklerin büyük kısmının 25. – 97. persantiller arasında olduğu görülmektedir (Tablo IV. 3 ve Şekil IV. 2.).

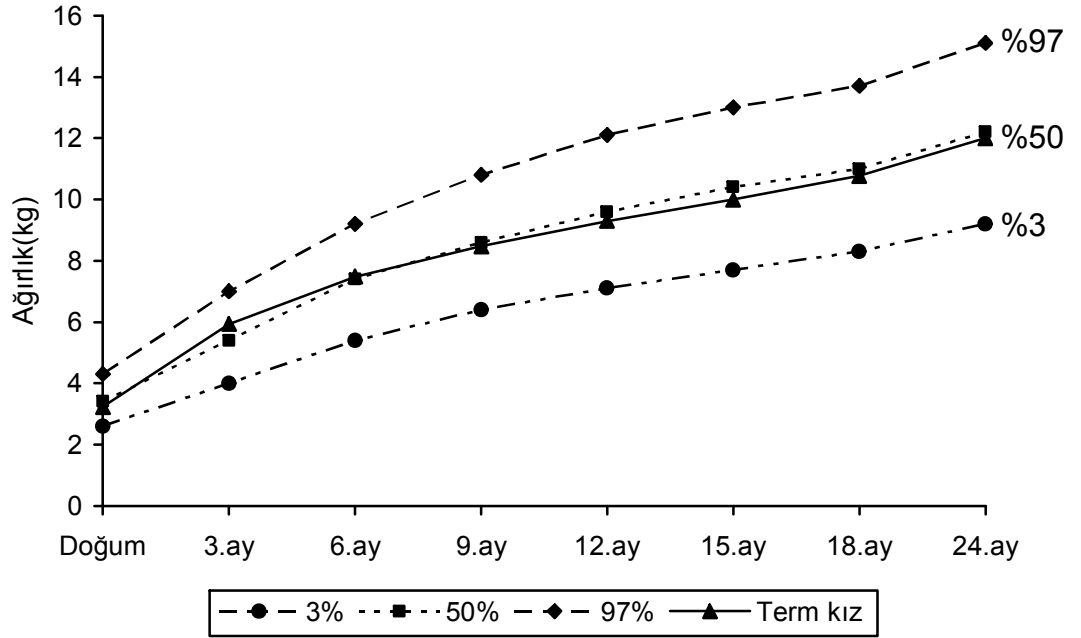


Şekil IV.2. Term erkek bebeklerin izlem sürecinde ortalama vücut ağırlığı değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara, 2008).

Doğumda, kız çocuklarının %5,5'i (n: 12) 3. persentilin altındadır. Bu oran ilerleyen aylarda azalmıştır. Ancak 24. aya gelindiğinde çocukların halen %1,3'ü (n=3) 3. persentilin altındadır. İki yıllık izlem dikkate alındığında, kız bebeklerin büyük kısmının 3.-75. persantiller arasında olduğu görülmektedir (Tablo IV.4 ve Şekil IV.3).

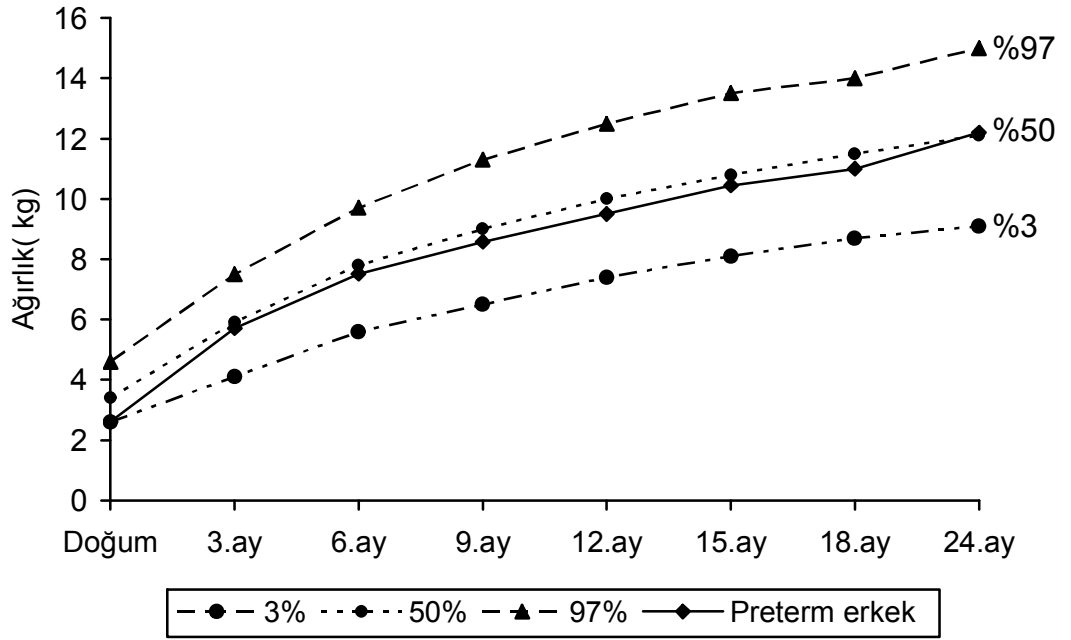
Tablo IV.4. Term kız bebeklerin ağırlıklarının Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı (Ankara, 2008).

Persantiller										
	<%3		≥ %3 - < %25		≥%25 - ≤%75		>%75 - ≤%97		> %97	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğum	12	5,5	69	30,8	11	49,4	31	13,8	1	0,5
6. ay	0	0	38	16,9	125	55,9	53	23,7	8	3,5
12. ay	1	0,5	73	32,5	124	55,4	23	10,3	3	1,3
18. ay	1	0,5	70	31,2	122	54,4	30	13,4	1	0,5
24. ay	3	1,3	62	27,7	110	49,1	44	19,6	5	2,3

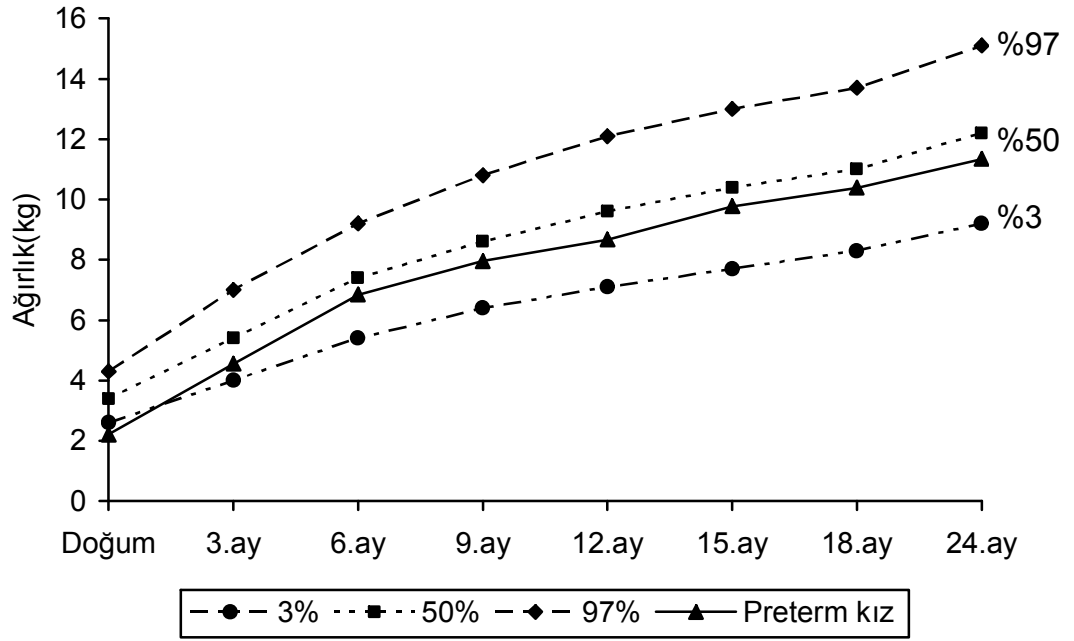


Şekil IV.3. Term kız bebeklerin izlem sürecinde ortalama vücut ağırlığı değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara, 2008).

Preterm bebeklerin izlem sürecindeki vücut ağırlığı ortalama değerleri de Neyzi standartlarına göre değerlendirildiğinde, hem erkek hem de kız bebeklerin 2 yıllık izlem sürecinde 50. persentilin altında kaldığı, ancak eğriye paralel devam ettiği ve 3. persentilin altına inmediği görülmektedir (Şekil IV.4, Şekil IV.5)

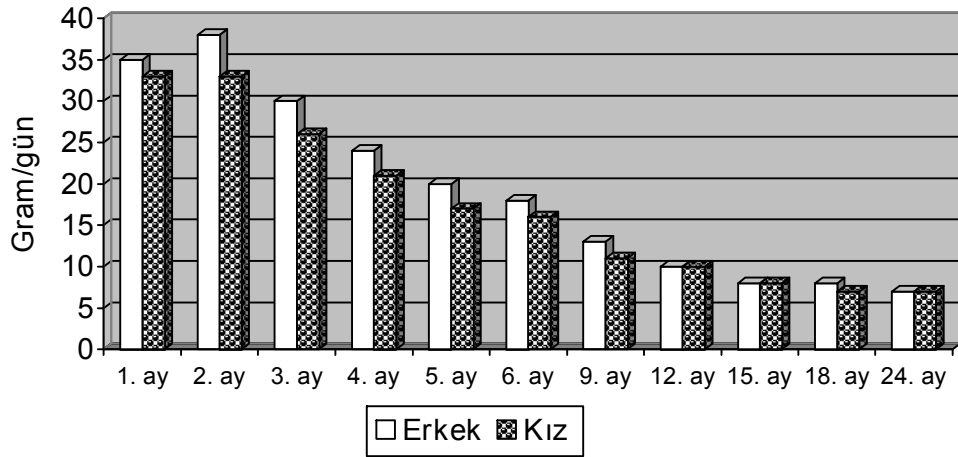


Şekil IV.4. Preterm erkek bebeklerin izlem sürecinde ortalama vücut ağırlığı değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara, 2008).



Şekil IV.5. Preterm kız bebeklerin izlem sürecinde ortalama vücut ağırlığı değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara, 2008).

Term erkek ve kızların aylara göre günlük ortalama ağırlık artış hızları incelendiğinde (Şekil IV.6), hem erkek hem de kız bebeklerin ağırlık artım hızının 2. aydan itibaren düşmeye başladığı saptanmıştır. Günlük ortalama ağırlık artışının term erkek bebekler için ilk 5 aylık dönemde (34,9 - 20,1 gr/gün), kız bebekler içinse ilk 4 aylık dönemde (32,8 - 21,1gr/gün) beklenen sınırlar içinde kaldığı saptanmıştır.



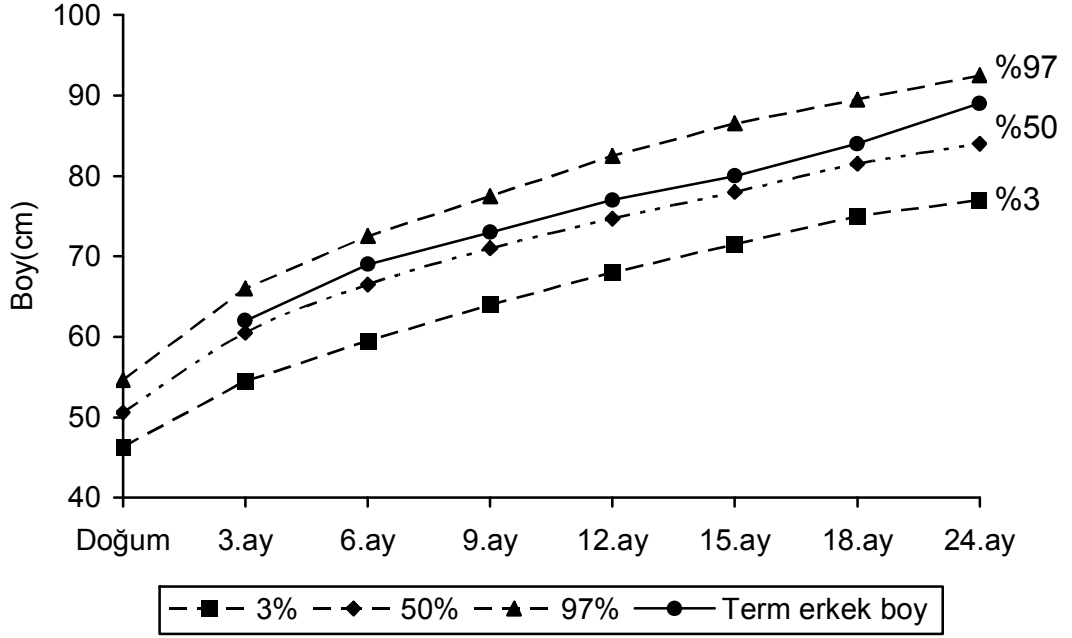
Şekil IV.6. Erkek ve kız bebeklerin aylara göre ortalama günlük ağırlık artış hızları (Ankara, 2008)

Boy Uzamasının İzlemi: Term erkek ve kız bebeklerin boy ölçümlerinin Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı Tablo IV.5 ve Tablo IV.6'da görülmektedir. Yenidoğan döneminde, GKD riskini artırmamak için bebeklerin boy ölçümü yapılmadığı için 2. aydan itibaren elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Tablo IV.5. Term erkek bebeklerin boy ölçümlerinin Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı (Ankara, 2008).

	Persantiller									
	<%3		≥ %3 - < %25		≥%25 - ≤%75		>%75 - ≤%97		> %97	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. ay	1	0,5	1	0,5	63	33,3	112	60,2	10	5,5
6. ay	0	0	3	1,3	57	24,9	154	67,2	15	6,6
12. ay	0	0	6	2,6	95	41,5	128	55,9	0	0
18. ay	0	0	19	8,2	121	52,8	80	35	9	4
24. ay	0	0	1	0,4	71	31	132	57,6	25	10,9

Üçüncü ayda erkek çocukların %0,5'i (n: 1) 3. persentilin altında iken daha sonraki izlemde hiçbir erkek çocuk %3'ün altında kalmamıştır. İki yıllık izlem dikkate alındığında erkek bebeklerin büyük kısmının 25. – 97. persantiller arasında olduğu görülmektedir (Tablo IV.5 ve Şekil IV.7).

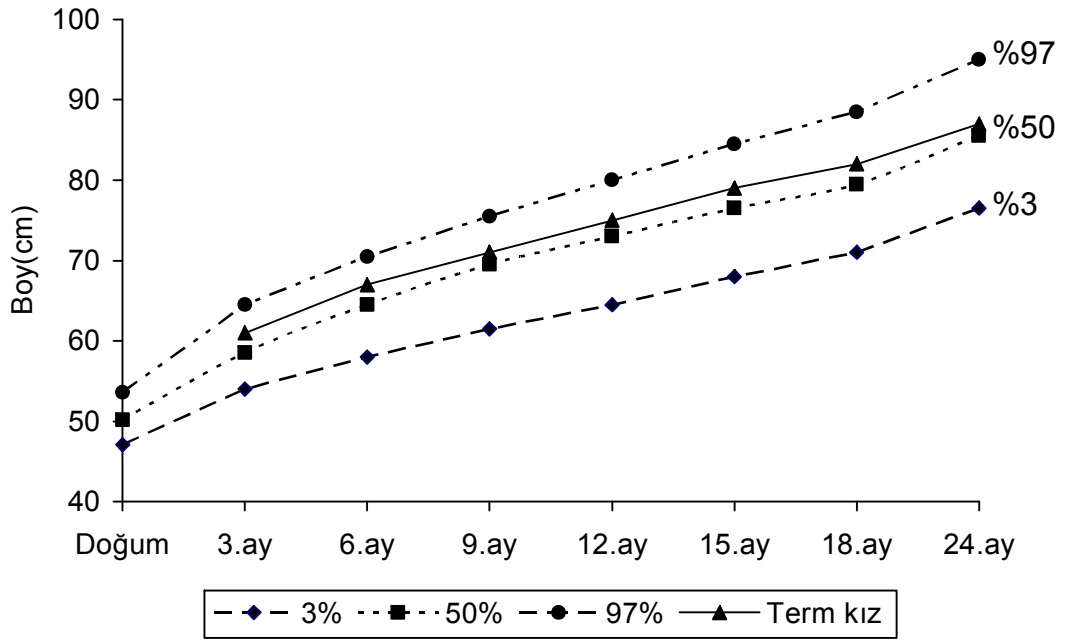


Şekil IV.7. Term erkek bebeklerin izlem sürecinde ortalama boy ölçümleri değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara 2008).

Üçüncü ayda, hiçbir kız çocuğu 3. persentilin altında değildir. Bu durum ilerleyen aylarda da değişmemiş ve 24. ayda da hiçbir çocuk 3. persantilin altında kalmamıştır. İki yıllık izlem dikkate alındığında kız bebeklerin büyük kısmının 25. -97. persantiller arasında olduğu görülmektedir (Tablo IV.6 ve Şekil IV.8)

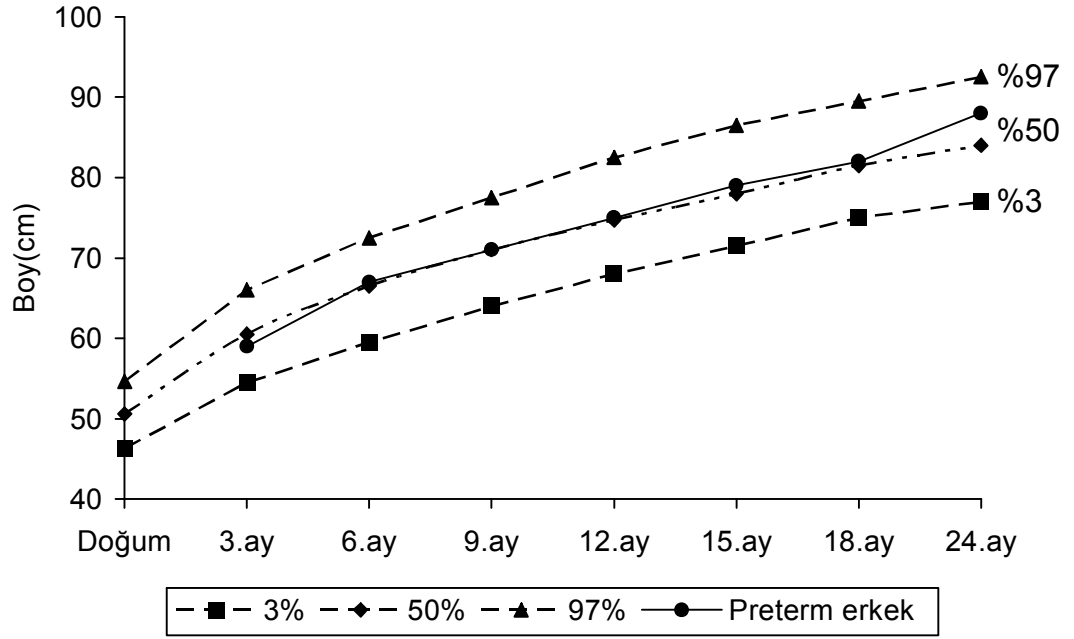
Tablo IV.6. Term kız bebeklerin boy ölçümlerinin Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı (Ankara, 2008).

Persantiller										
	<%3		≥ %3 - < %25		≥%25 - ≤%75		>%75 - ≤%97		> %97	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. ay	0	0	8	4,7	63	35,7	93	52,8	12	6,8
6. ay	0	0	3	1,3	96	42,9	105	46,9	20	8,9
12. ay	0	0	7	3,1	112	50	100	44,7	5	2,5
18. ay	0	0	12	5,4	114	50,8	94	42,0	4	1,8
24. ay	0	0	31	13,9	114	50,8	76	34,0	3	1,3

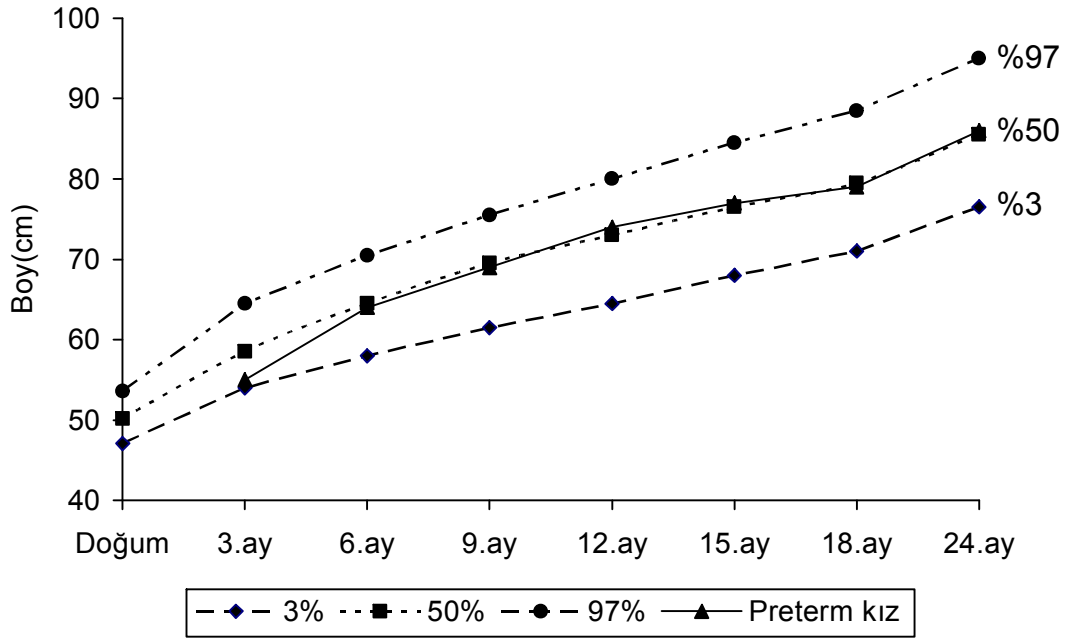


Şekil IV.8. Term kız bebeklerin izlem sürecinde ortalama boy ölçümleri değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara, 2008).

Preterm bebeklerin izlem sürecindeki boy ölçümleri ortalama değerleri de Neyzi standartlarına göre değerlendirildiğinde, erkek bebeklerin altıncı aydan itibaren 50. persantili yakaladığı ve 2 yaşına kadar 50. persantilin üzerinde seyrettiği görülmektedir. Kız bebeklerin ise 50. persantili 9. ayda yakaladığı ve 2 yaşına kadar da 50. persantilde seyrettiği görülmektedir (Şekil IV.9, Şekil IV.10).



Şekil IV.9. Preterm erkek bebeklerin izlem sürecinde ortalama boy ölçümleri değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara, 2008).



Şekil IV.10. Preterm kız bebeklerin izlem sürecinde ortalama boy ölçümleri değişiminin Neyzi büyüme eğrisinde gösterilmesi (Ankara, 2008).

Baş Büyümesinin İzlemi: Term erkek ve kız bebeklerin baş çevresi ölçümlerinin, Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı Tablo IV.7 ve IV.8 de görülmektedir. Üçüncü ayda erkek çocukların %1,6 'i (n: 3) 3. persentilin altında iken daha sonraki izlemde bu oranın arttığı ve %6-8 çocuğun %3 altına olduğu görülmektedir. On sekiz aya kadar olan dönem değerlendirildiğinde, erkek bebeklerin büyük kısmının 3. -75. persantiller arasında olduğu görülmektedir (Tablo IV.7).

Tablo IV.7. Term erkek bebeklerin baş çevresi ölçümlerinin Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı (Ankara, 2008).

Persantiller										
	<%3		≥ %3 - < %25		≥%25 - ≤%75		>%75 - ≤%97		> %97	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. ay	3	1,6	15	7,8	124	66,1	40	21,6	5	2,9
6. ay	19	8,3	55	24	92	40,2	50	21,8	13	5,7
12. ay	15	6,6	81	35,4	91	39,8	33	14,4	9	3,8
18. ay	16	7,0	59	25,8	121	52,7	28	12,3	5	2,2

Üçüncü ayda kız çocuklarının %3,4 (n: 6) 3. persentilin altında iken bu oranın ilerleyen aylarda artarak %8'lere çıktığı ancak 18. ayda tekrar %3,1'e düştüğü görülmektedir. On sekiz aya kadar olan dönem dikkate alındığında, kız bebeklerin büyük kısmının 3.-75. persantiller arasında olduğu görülmektedir (Tablo IV.8)

Tablo IV.8. Term kız bebeklerin baş çevresi ölçümlerinin Neyzi büyüme eğrilerine göre persantil değerlerinin dağılımı (Ankara, 2008).

Persantiller										
	<%3		≥ %3 - < %25		≥%25 - ≤%75		>%75 - ≤%97		> %97	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. ay	6	3,4	63	35,9	68	38,6	37	21	2	1,1
6. ay	12	5,4	41	18,3	135	60,2	34	15,2	2	0,9
12. ay	19	8,5	39	17,4	139	62,1	25	11,1	2	0,9
18. ay	7	3,1	72	32,2	127	56,7	11	4,9	7	3,1

Baş çevresi ölçümleri 3. persentilin altında ve 97. persentilin üstünde olan bebeklerin tümü bebeklerin yaşlarına uygun görüntüleme teknikleri ile değerlendirilmiştir. Bebeklerin hiç birinde intrakranial bir patoloji veya metabolik bir kemik hastalığı saptanmamıştır.

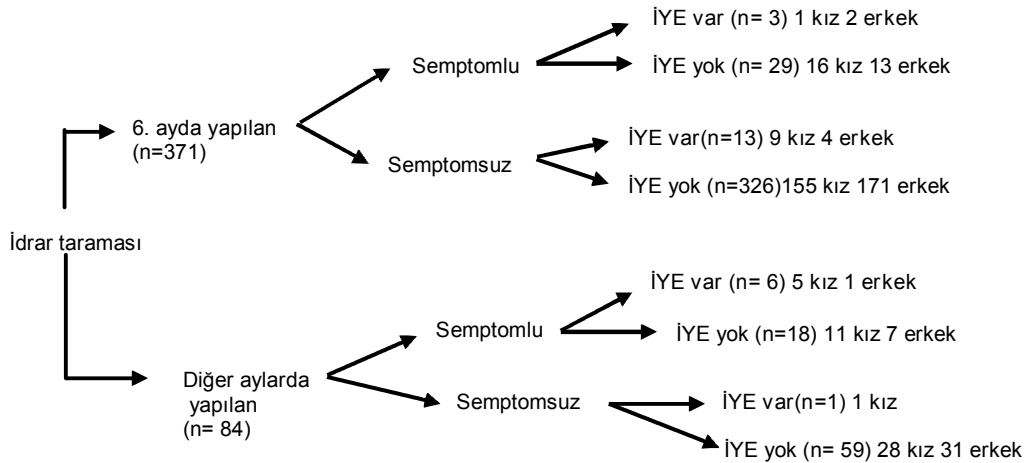
## IV.2.2. Tarama Uygulamaları ve Profilaktik Uygulamalar

### IV.2.2.1. Gelişimsel Kalça Displazisi Taraması

Çalışmaya alınan çocukların %92,8'ine (n=465), kalça ultrasonografisi yapılmış ve tüm kalça ultrasonografi sonuçları normal bulunmuştur. İkinci ayda yapılan kalça US'si normal olan bir kız çocuğunda, beşinci ay kontrolünde fizik muayene bulguları ile gelişimsel kalça displazisi saptanmıştır. Buna göre, çalışma grubumuzda GKD sıklığı binde 2 bulunmuştur.

### IV.2.2.2. İdrar Taraması

İdrar taramasında, çocukların %90,8'ine (n=455) idrar torbası ile alınan örneklerinden tam idrar tetkiki ve idrar kültürü yapılmıştır. Bunlardan 371 tanesi, izlem programına uygun olarak 6. ayda, 84'ü de daha sonraki bir kontrolde incelenmiştir. İdrar taraması sonuçları Şekil IV.11'de gösterilmiştir.



Şekil IV.11. Rutin idrar taraması sonuçları (Ankara, 2008).

İdrar tetkikinin yapıldığı sırada herhangi bir semptomu olmayan toplam 399 çocuğun 14'ünde, idrar kültüründe 100.000 koloni bakteri üremesi ve idrar tetkikinde de enfeksiyonu destekleyecek bulgular saptanması üzerine idrar yolu enfeksiyonu (İYE) tanısı konmuştur. Bu verilere göre asemptomatik bakteriüri sıklığı, ilk 2 yaş grubu çocuklarda %3,5'tir. Asemptomatik bakteriüri sıklığı cinsiyetlere göre incelendiğinde, olguların %71,4'ünün kız çocuk olduğu görülmektedir. Dolayısı ile ilk 2 yaş grubu çocuklarda asemptomatik bakteriüri sıklığı kızlarda %5,1, erkeklerde %1,9'dur. Asemptomatik bakteriüri kız çocuklarda daha sık saptanmış olsa da erkek çocuklarla arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Rutin idrar taraması dışında, 56 çocuğa da idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili olabilecek semptomlar olduğu sırada idrar incelemeleri yapılmıştır. Bu incelemelerin sonucu 9 çocuğa (%16) idrar yolu enfeksiyonu tanısı konmuştur. Bu çocuklarda en sık görülen semptomlar; ateş (%33,3), kilo alımında azalma (%33,3), iştahsızlık (%22,2) ve huzursuzluktur (%11,1).

Tarama yapılan tüm grup değerlendirildiğinde, idrar yolu enfeksiyonu tanısı alan çocukların %60,9'unda (14/23) hiçbir şikayet saptanmamıştır. Asemptomatik çocukların oranının, semptomatik olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0,001$ ).

Taramada belirlenen idrar yolu enfeksiyonlarının %87'sinin alt İYE, %13'ü akut pyelonefrit (APN) olduğu saptanmıştır. Semptom görülme sıklığı alt idrar yolu enfeksiyonunda %30 iken, üst idrar yolu enfeksiyonu olan çocuklarda %100'dür. İdrar yolu enfeksiyonu saptanan çocukların %4,3'ünde ( $n=1$ ) bilateral 2-3° vezikoüreteral reflü (VUR) saptanmıştır. Bu çocukta da 6. ayda yapılan tarama sonucunda herhangi bir patolojik bulgu saptanmamıştır.

İdrar taramasında İYE saptanan çocukların, idrar kültüründe üreyen mikroorganizmaların %73,9'u *E. Coli*, %13,0'ü *Klebsiella*, %4,3'ü *Proteus* ve %4,3'ü *Pseudomonas*'tir.

#### IV.2.2.3. Kan sayımı taraması ve demir profilaksisi

Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde izlenen çocuklara, 4. - 6. ay ve 24. ay kontrollerinde olmak üzere 2 kez rutin olarak kan sayımı taraması yapılmaktadır.

Çalışmamızda ilk kan sayımı taraması, çocukların 395'ine (%78,8) 6. ay kontrolünde, 89'una 4. veya 5. aylarda yapılmıştır. Kan sayımı 4. -5. aylarda yapılan çocuklardan ikisinde (%2,2), 6. ayda yapılan tarama da 75 bebeğin (%18,9) hemoglobin (Hb) değeri normalin altında bulunmuştur. Daha önce kan sayımı yapılmayan 17 çocuğa 9. ayda kan sayımı yapılmış, bu grupta da 4 olguda (%23,5) hemoglobin değeri düşük bulunmuştur. Bu bulgular daha büyük aylardaki çocuklarda anemi görülme sıklığının da daha fazla olduğunu göstermektedir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p<0.005$ ). Çocukların ilk tam kan sayımı sonuçları Tablo IV.9'da gösterilmiştir.

Tablo IV.9. Çocukların tarama amaçlı yapılan ilk tam kan sayımı sonuçları (Ortalama  $\pm$  SD, En küçük - En büyük değerleri) (Ankara, 2008).

Aylar	Hb (gr/dl)	Hct (%)*	MCV (fl) **	RDW (%)***
4. ay (n= 34)	11,0 $\pm$ 0,9 (8,7-12,6)	32,3 $\pm$ 2,8 (22,8-36)	77,6 $\pm$ 5,1 (63-84,2)	12,6 $\pm$ 1,9 (10,2-18)
5. ay (n=55)	11,4 $\pm$ 0,7 (9,1-12,7)	33,7 $\pm$ 2,0 (28-37,7)	76,4 $\pm$ 4,4 (65,2-88,5)	12,6 $\pm$ 0,9 (11-16)
6. ay(n=395)	11,2 $\pm$ 0,8 (6,9-13,4)	33,4 $\pm$ 2,5 (22-39)	75,4 $\pm$ 4,8 (51-77)	12,1 $\pm$ 1,4 (10,2-24)
9. ay (n=17)	11,4 $\pm$ 1 (9,6-12,6)	33,9 $\pm$ 2,6 (28-37,6)	76,3 $\pm$ 5,6 (67-86,3)	13,7 $\pm$ 1,4 (12-16,9)

\* Hematokrit

\*\* MCV: Ortalama eritrosit volümü

\*\*\* RDW: Eritrosit dağılım hacmi

4-9 aylar arasında yapılan taramada, hemoglobin değeri yaşına göre çok düşük olan 81 olgudan 10'u demir profili (serum demiri, serum demir bağlama kapasitesi, transferrin saturasyonu, ferritin) ile de değerlendirilmiştir. Dört olguda ek olarak hb elektroforezi yapılmıştır. Bu olgulardan üçünde  $\beta$ -thalasemi taşıyıcılığı, birinde de  $\alpha$ -talasemi taşıyıcılığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak ilk (4-9 ay) kan sayımı taraması ile 77 (%15,3) bebekte demir eksikliği anemisi saptanmıştır. Bu bebeklerde demir eksikliği anemisi ile ilişkili olabilecek faktörler araştırıldığında; anemi ile ek gıdaya geçiş zamanı, bebeğin term ya da preterm oluşu, ilk altı ay içerisinde inek sütü kullanımı ve formül süt kullanımı ile bir ilişki saptanmamıştır. Ek gıdaya dördüncü aydan önce başlanan çocuklarda, anemi sıklığı daha yüksek (%43,1) olmakla birlikte dört aydan sonra ek gıdaya başlananlarla (%35,0) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Demir eksikliği anemisi tanısı konan 77 olguya, tedavi dozunda demir başlanmıştır (4-6 mg/kg/gün). Diğerler çocukların tümüne 1-2 mg/kg/gün dozunda demir profilaksisi başlanmış ve iki yaşına kadar devam edilmiştir. Demir eksikliği anemisi saptanan çocukların tedavileri tamamlandıktan sonra bu çocuklara da profilaksi dozunda demir başlanmış ve iki yaşına kadar devam edilmiştir.

Ailelerin %67,8'i (n=336), demir profilaksini düzenli kullanmıştır. Demir profilaksisine uyum ile ilişkili olabilecek faktörler araştırılmış; bebeğin cinsiyeti, term/ preterm olması, annenin eğitim düzeyi ve çocuk sayısı ile bir ilişki saptanmamıştır. Yalnızca anne yaşı arttıkça, profilaksi kullanımının daha düzenli olduğu saptanmıştır. Aradaki ilişki anlamlı ( $p<0,05$ ) ancak çok zayıf pozitif bir korelasyon göstermektedir ( $r=+0,020$ ). D vitamini kullanım süresi uzun olan bebeklerin, demir profilaksisini de daha düzenli kullandıkları belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

Çocuklara, ikinci kan sayımı taraması 24. ayda yapılmıştır. Bu ayda, çocukların tümüne kan sayımı yapılmıştır. Bu çocuklardan 16'sında (%3,2) demir eksikliği anemisi saptanmıştır. Demir eksikliği anemisi saptanan bu çocukların üçte birine ilk taramada da demir eksikliği anemisi tanısı konduğu ancak bu gruptaki 22 annenin (%28) verilen demir tedavisini düzenli kullanmadığı görülmüştür. Buna göre; ikinci kan sayımı taramasında; düzenli profilaksi kullanan çocukların 24. aydaki kan sayımı kontrolünde ancak %0,9'unda demir eksikliği anemisi saptanırken, profilaksiyi düzenli kullanmayan çocukların %8'inde demir eksikliği anemisi belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

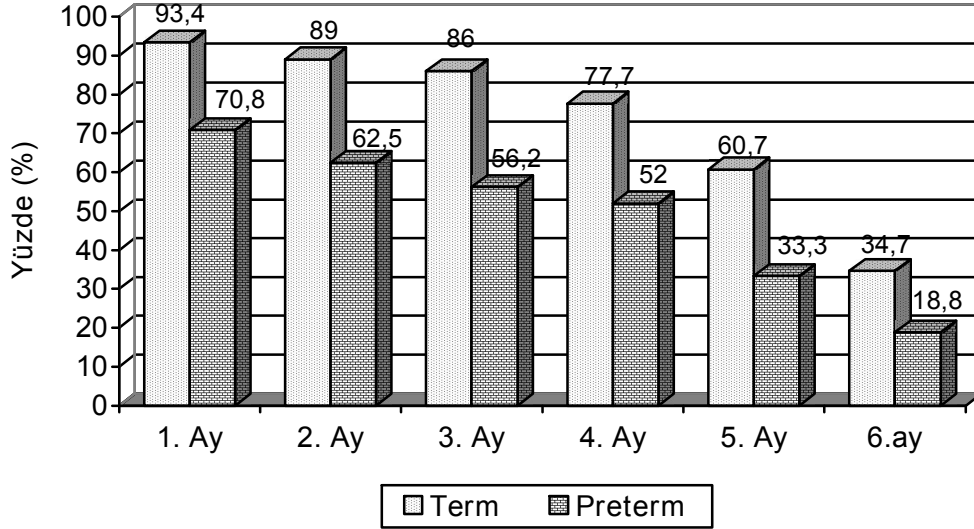
#### IV.2.2.4. Profilaktik D vitamini Kullanımı

Çalışmaya alınan çocukların tümüne, yenidoğan döneminde 400 ünite/gün D vitamini profilaksisi başlanmıştır. Çocukların D vitamini kullanım süreleri incelendiğinde; ortalama  $20,98 \pm 4,83$  ay boyunca D vitamini profilaksisi aldıkları saptanmıştır. D vitamini profilaksisine uyumu etkileyebilecek faktörler incelendiğinde; annenin eğitim durumu, çalışıp çalışmaması, çocuk sayısı, bebeğin cinsiyeti ve term/ preterm olmasının D vitamini profilaksisi süresini etkilemediği saptanmıştır. Demir profilaksisini düzenli kullanan bebeklerin, D vitamini kullanım süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Ayrıca demir profilaksisinde de olduğu gibi anne yaşı arttıkça, D vitamini kullanım süresinin uzadığı görülmektedir. Yine burada da aradaki ilişki anlamlı ( $p<0,05$ ) ancak çok zayıf pozitif bir korelasyon göstermektedir ( $r= + 0,132$ ).

#### IV. 2. 3 Beslenme Özellikleri

Bebeklerin %3'ünün, hiç anne sütü almadığı saptanmıştır. Bu oran term bebeklerde %2,3; preterm bebeklerde %8,3'tür. Tüm bebeklerin %8,8'ine doğumda ek gıda başlanmıştır, bu oran term bebekler için %6,6, preterm bebekler için %29,2 düzeyindedir.

Araştırma grubunda ilk altı aylık dönemde sadece anne sütü ile beslenme sıklığı Şekil IV.12'de gösterilmiştir. İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme sıklığı %33,1'dir. İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme sıklığı term bebeklerde %34,7 iken preterm bebeklerde %18,8'e düşmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).



Şekil IV.12. Bebeklerin ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme sıklığı (Ankara, 2008).

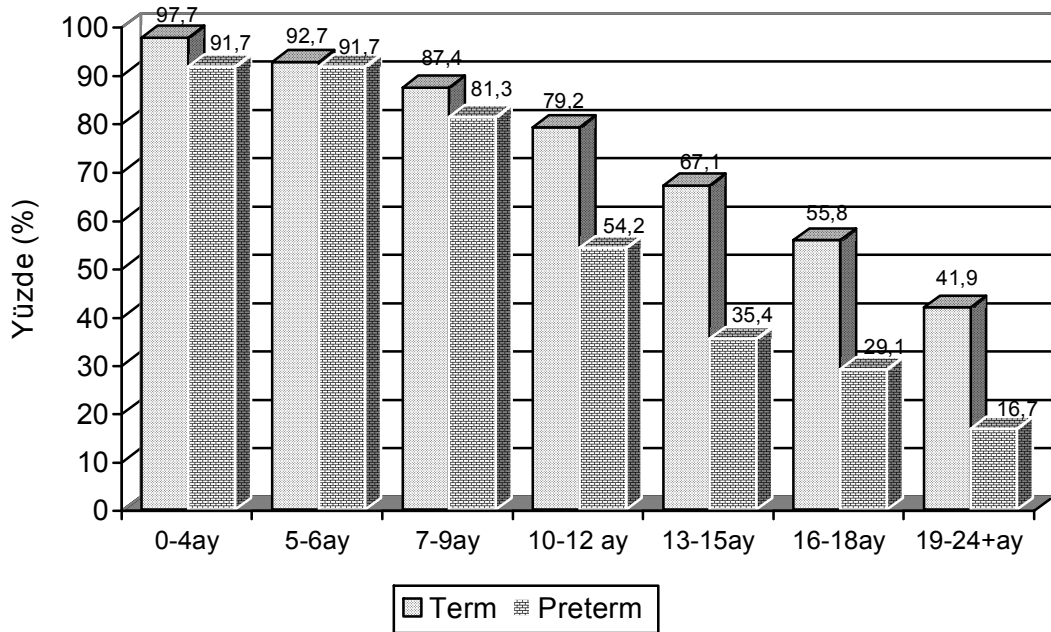
Bebeklerin ek gıdaya başlama zamanı ortalama  $4,26\pm1,9$  ay olarak bulunmuştur. Term bebeklerin ek gıdaya başlama zamanının (ort.  $4,4\pm1,8$  ay), preterm bebeklerinkine göre (ort.  $2,9\pm2,4$  ay) daha geç olduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

Çocuklara ilk altı ayda anne sütüne ek olarak başlanan gıdalar içinde en sık formül süt (%43,7), meyve suyu (%43,1) ve yoğurt (%35,3) yer almaktadır (Tablo IV.10).

Tablo IV.10. Bebeklere ilk altı ayda verilen ek gıdalar (Ankara, 2008).

Verilen Ek Gıdanın Cinsi	Sıklık	
	n	%
Formül Süt	219	43,7
Meyve suları	216	43,1
Yoğurt	177	35,3
Çorbalar	106	21,2
Sebze püreleri	77	15,4
Bisküvi	50	10,0
İnek sütü	42	8,4
Pirinç unu	36	7,2
Diğer besinler	27	5,4

Bebeklerin emzirilme süreleri Şekil IV.13'te gösterilmiştir. Bebeklerin %60,5'inin 16-18 ay süre ile emzirildiği ve %39,5'inin 19-24 ay döneminde de emzirilmekte olduğu saptanmıştır.



Şekil IV.13. Bebeklerin emzirilme süreleri (Ankara, 2008).

Altı ay boyunca yalnızca anne sütü almayı etkileyebilecek faktörler incelendiğinde üç faktörün etkili olduğu saptanmıştır. Bunlar;

- Bebeğin preterm olması,
- Sezaryen ile doğması; NVY doğumlarda %40,4 sezaryen doğumlarda %30,9 (p<0,05),
- DDA olması; DDA bebeklerde %20, DDA olmayanlarda %34,1 (p<0,05)

Bu üç faktörün ilk altı ay sadece anne sütü sıklığını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Annenin yaşı, eğitim durumu, çalışıp çalışmaması, bebeğin cinsiyeti ve çocuk sayısı ile altı ay anne sütü ile beslenme arasında ilişki bulunmamıştır.

Preterm doğum, sezaryen ile doğum ve DDA'lı olmak ilk altı ay yalnızca anne sütü almayı etkilediği gibi bebeklerin ek gıdaya başlama zamanını da olumsuz yönde etkilemektedir (Tablo IV.11). Bu bebekler ilk altı ay içinde daha erken dönemde ek gıdaya başlamaktadır.

Tablo IV.11. Anne sütü ile beslenen bebeklerin ek gıdaya geçiş zamanını etkileyen faktörler (Ankara, 2008).

Özellikler	Ek gıda başlama zamanı								p*
	0-3 ay		4-5 ay		6. ay		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Term	90	20,4	195	44,1	157	35,5	442	100	<0,001
Preterm	19	43,2	16	36,4	9	20,4	44	100	
Doğum ağırlığı									<0,05
<2500gr(DDA)	14	42,4	12	36,4	7	21,2	33	100	
≥2500gr	102	22,2	199	43,2	159	34,6	460	100	
Doğum şekli**									<0,05
NVY	28	16	74	42,5	72	41,5	174	100	
C/S	65	24	121	44,6	85	31,4	271	100	

\*Ki kare testi, \*\*Term bebeklerde karşılaştırılmıştır.

Ek gıdaya geçiş zamanı ile annenin yaşı arasında çok zayıf bir negatif korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r=-0,092$ ) ancak bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Annenin eğitim durumu, çalışıp çalışmaması ve bebeğin cinsiyeti ile ek gıdaya başlama zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Anne sütü alma süresini etkileyebileceği düşünülen bazı faktörler incelendiğinde; term bebeklerin, annesi ev hanımı olan bebeklerin ve ilk altı ayda formül süt verilmeyen bebeklerde anne sütü alma süresinin anlamlı olarak daha uzun olduğu saptanmıştır (Tablo IV.12). Bebeğin anne sütü alma süresi ile annenin yaşı, eğitim durumu, ailenin çocuk sayısı ve çocuğun cinsiyeti arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo IV.12. Anne sütü alma süresini etkileyen faktörler (Ankara, 2008).

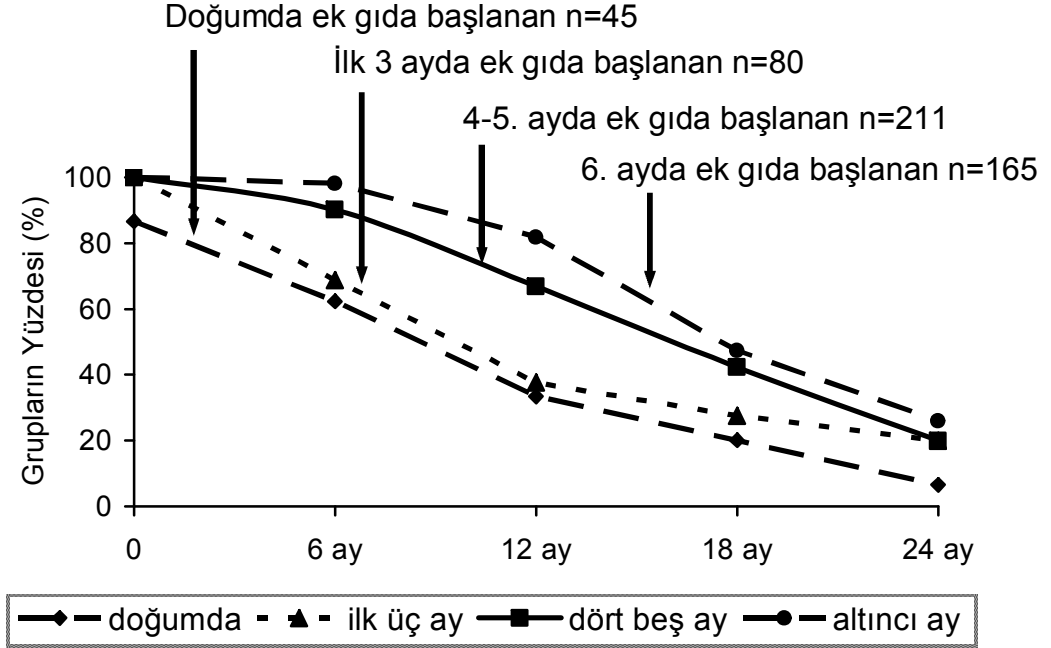
Özellikler	Anne sütü alma süresi (ay)						p*				
	0-6 ay		7-12 ay		13-18 ay			19-24+ ay		Toplam	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
Term	57	12,6	92	20,3	114	25,2	190	41,9	453	100	<0,001
Preterm	9	18,7	22	45,9	9	18,7	8	16,7	48	100	
Ev hanımı	20	11,6	25	14,5	45	26,1	82	47,7	172	100	<0,001
Çalışan	46	14,0	89	27,0	78	23,7	116	35,3	329	100	
İlk altı ayda formül süt kullanımı**											<0,001
Var	57	26,0	69	31,5	40	18,3	53	24,2	219	100	
Yok	9	3,2	45	15,9	83	29,5	145	51,4	282	100	

\* Ki kare testi

\*\* Term bebeklerde karşılaştırılmıştır.

Bebeklerin ek gıdaya geçiş zamanlarına göre anne sütü alma süreleri Şekil IV.14'de gösterilmiştir. Yirmi dördüncü ayda hala emzirilen bebeklerin sıklığı: doğumda ek gıda başlayanlarda %6,6; 1-2-3. ayda ek gıda başlayanlarda

%20; 4-5. ayda ek gıda başlayanlarda %20 ve 6. ayda ek gıdaya başlayanlarda %26 olarak bulunmuştur.



Şekil IV.14. Bebeklerin ek gıda başlama zamanlarına göre anne sütü alma süreleri (Ankara, 2008).

#### IV.2.4. Aşılama

Araştırmaya alınan çocuklara uygulanan aşılar Tablo IV.13'de görülmektedir. Bu tabloda görülen Haemophilus influenza tip b (Hib) aşısı, Kızamık Kızamıkçık Kabakulak (KKK) aşısı, Pnömonokok aşısı, Suçiçeği aşısı ve Hepatit A aşısı araştırmaya alınan bebeklerin ilk iki yaş döneminde Sağlık Bakanlığı'nın rutin uygulama için önerdiklerinin dışındaki aşılardır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 - 2006 döneminde rutin uygulama için önerilen aşılar için (Tablo II.5) 24. ay sonunda yaşına uygun tam aşıllı çocuk oranı %100'dür, eksik aşıllı çocuk bulunmamaktadır.

Tablo IV.13. Araştırma grubundaki çocuklara Ocak 2002 – Aralık 2006 tarihleri arasında uygulanan aşılarda (Ankara, 2008).

• BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşısı
• DBT(Difteri Boğmaca Tetanoz) aşısı
• Polio virus Aşısı
• Kızamık aşısı
• Hepatit B aşısı
• Hib (haemophilus influenzae tip b) aşısı
• KKK (Kızamık Kızamıkçık kabakulak) aşısı
• Pnömonokok aşısı
• Suçiçeği aşısı
• Hepatit A aşısı

*Verem (BCG) aşısı:* Araştırmaya alınan 501 bebeğin tamamı, 2. ayı bitiminde BCG ile aşılanmıştır. Bu bebeklerin hiç birinde komplikasyon gelişmemiştir.

*Difteri Boğmaca Tetanoz ve Oral Polio virus aşısı:* Çalışmaya alınan bebeklerin tümüne, primer aşılama dozları olan üç doz (2., 4. ve 6. aylarda) ve bir hatırlatma dozu (18. ayda) aşı uygulanmıştır. Bu olguların hiç birinde lokal yan etkiler dışında ciddi bir yan etki görülmemiştir.

*Hepatit B aşısı:* Çalışma grubundaki bebeklerin %41'i (n=206) 0, 1, 6 şemasına göre; %59'u (n=295) 0, 2, 9 şemasına göre aşılanmıştır. Olguların hiç birinde aşuya bağlı ciddi bir yan etki görülmemiştir.

*Kızamık ve Kızamık Kızamıkçık Kabakulak(KKK) aşısı:* Çalışma grubundaki çocukların %1'i (n=7) 9. ayda tek doz kızamık; %94,6'sı (n= 474) ise ek olarak 15. ayda KKK ile de aşılanmıştır. Çocukların %4'ü (n=20) o

dönemde henüz rutin uygulamaya geçilmemiş olsa da 12. ayda tek doz KKK ile aşılanmıştır. Kızamık ve KKK aşılara bağlı ciddi yan etki gözlenmemiştir.

*Haemophilus Influenza tip b (Hib) Aşısı.* Hib aşısı 30.11.2006 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığının rutin bağışıklama önerileri içine alınmıştır. Çalışma grubundaki 411 çocuk bu tarihten önce Hib aşısı ile aşılanmıştır. Toplam 411(%82) çocuğun 24. ay sonunda Hib ile aşıları durumunda olduğu saptanmıştır. Hib'e karşı aşılanmış çocukların aşılanma zamanına göre dağılımları Tablo IV.14'de görülmektedir.

Tablo IV.14. Çocukların Hib aşısı ile aşılanma durumu (Ankara, 2008).

Aşılanma zamanı	Hib'e karşı aşılanan çocuk sayısı	
	n	%
6. aydan önce	254	50,6
6 ay- 12 ay arası	66	13,2
12. ay	50	10,0
12-24 ay arası	41	8,2
Toplam	411	82,0

Bebeklerin, 2. aydan itibaren Hib aşısı ile aşılanmaya başlanma durumu ile ilişkili olabilecek faktörler araştırılmıştır. Lise ve üst düzey eğitime sahip olan annelerin bebeklerine 2. ayda Hib aşısı yaptırma oranları (%65,8), lise altı eğitilmiş annelere göre (%32,3) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Çalışan anneler için de benzer durum söz konusudur. Çalışan annelerin bebeklerinin 2. aydan itibaren Hib'e karşı aşılanma sıklığının (%40), ev hanımı annelerin bebeklerine göre (%20) daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Ailenin ilk çocuğu olmak da 2. aydan itibaren Hib'e karşı aşılanma durumunu etkilemektedir. Hib aşısının 2. aydan itibaren uygulanma sıklığı, ailenin ilk çocuğu olan bebeklerde %67,8 iken, diğerlerinde %54,6 düzeyindedir ( $p<0,05$ ).

*Suçiçeği Aşısı:* Sağlık Bakanlığının önerdiği rutin aşular içinde olmamakla birlikte çalışma grubundaki çocukların 26'sının (%5,1), 24. aylarını bitirdiğinde suçiçeği aşısı ile aşılanmış durumda oldukları saptanmıştır.

*Hepatit A aşısı:* Hepatit A aşısı Sağlık Bakanlığının rutin şemasında bulunmamaktadır. Ancak araştırma grubundaki 21 (%4,2) çocuk 24. aylarını doldurmadan hepatit A aşısı ile aşılanmıştır.

*Pnömonok aşısı:* Yedi valanlı pnömonok aşısı 2000 yılında üretilmiş olup ülkemizde 2003 yılında piyasaya çıkmıştır. Bu tarihten sonraki dönemde, 4 bebek (%0,7) 12. ayda bir doz + bir hatırlatma dozu olmak üzere ikişer doz konjuge pnömonok aşısı ile aşılanmıştır.

*Haemophilus Influenza tip b aşısı, Suçiçeği, Hepatit A ve Pnömonok aşularına karşı ciddi herhangi bir yan etki gelişmemiştir.*

#### IV.3. Çocukların Sağlık Sorunları

Yenidoğan dönemi sonrası iki yıllık izlemde herhangi bir hastalık tanısı almayan çocuk sayısı 72 (%14,4)'dir. Diğer çocuklar en az bir kez hastalık tanısı almıştır. Çocukların geçirdiği hastalıklar, Tablo IV.15'de gösterilmiştir.

En sık görülen hastalık grubu enfeksiyon hastalıkları'dır. Bunu %16 ile hematolojik hastalıklar, %8,9 ile çocukluk dönemi kazaları, %6,2 ile allerjik hastalıklar ve % 3,6 ile endokrin hastalıklar izlemektedir.

Tablo IV.15. Çocukların geçirdiği hastalıklar (Ankara, 2008).

Hastalıklar	n	%
Enfeksiyon hastalıkları	416	83
Atak sayısı	1276	
Hematolojik hastalıklar	81	16,0
Demir eksikliği anemisi	77	15,3
β-Thalasemi minör	3	0,8
α- Thalasemi minör	1	0,2
Çocukluk dönemi kazaları	45	8,9
Travma	34	6,8
Yanık	6	1,1
Yabancı cisim yutma	5	1,0
Alerjik Hastalıklar	31	6,2
Atopik dermatit	18	3,6
Allerjik astım	3	0,6
Diğer allerjik hastalıklar	10	2,0
Endokrinolojik hastalıklar	18	3,6
Labial füzyon	23	4,6
Hipospadias	6	1,1
Nutrisyonel raşitizm	4	0,8
İnmemiş testis	4	0,8
Hipotiroidi	3	0,6
Hiperlipidemi	1	0,2
Nörolojik hastalıklar	9	1,8
Febril Konvülsiyon	7	1,4
Kraniosinostoz	1	0,2
Subdural hematom	1	0,2
Konjenital kalp hastalığı	5	1,0
Mitral kapak prolapsusu + Atrial septal defekt	1	0,2
Biküspit aort kapağı	1	0,2
Ventriküler septal defekt	1	0,2
Biküspit aort kapağı + Aort koarktasyonu	1	0,2
Atrial septal defekt	1	0,2
Gastrointestinal sistem hastalıkları	4	0,8
Gastroözofagial reflü	4	0,8
Üriner sistem hastalıkları	4	0,8
Vezikoüreteral reflü	3	0,6
Ürolitiazis	1	0,2
Kas iskelet sistemi hastalıkları	2	0,4
Gelişimsel Kalça displazisi	1	0,2
Tortikollis	1	0,2
Göz hastalıkları	2	0,4
Şaşılık	2	0,4
Diğer hastalıklar	35	7,0

Bu çocuklardan 43 (%10) kadarı, enfeksiyon hastalıkları, allerjik hastalıklar, kardiyovasküler sistem hastalıkları, nörolojik hastalıklar, endokrinolojik hastalıkları ve çocukluk dönemi kazaları nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edilmişlerdir.

Çalışmaya alınan 501 çocuktan 416'sı (%83) 2 yıllık izlemde en az bir kez enfeksiyon hastalığı geçirmiştir. Enfeksiyon geçiren çocukların enfeksiyonlarının tipi ve atak sıklıkları Tablo IV.16 da görülmektedir.

Tablo IV.16. Geçirilen enfeksiyon hastalıklarının dağılımı (Ankara, 2008).

Enfeksiyonun Tipi	Çocuk sayısı		Toplam Atak sayısı*
	n	%	
ÜSYE	326	65,1	615
1 kez	158	48,4	
2 kez	89	27,3	
3 ve üzeri	179	24,3	
Otit	163	32,5	229
1kez	120	73,6	
2kez	29	17,7	
3 ve üzeri	14	8,7	
AGE	111	22,2	136
1kez	89	80,1	
2kez	19	17,2	
3 kez	3	2,7	
ASYE	99	19,8	130
1kez	80	80,8	
2kez	13	13,2	
3 ve üzeri	6	6	
Döküntülü hastalıklar (suçiçeği hariç)	56	11,1	62
İYE	41	8,2	45
1kez	37	90,2	
2kez	4	8,8	
Suçiçeği	14	2,8	14
Diğer	40	8,0	45
Toplam	416	83,0	1276

\* Tekrarlayan enfeksiyonların toplamı

Geçirilen enfeksiyon hastalıklarının toplam atak sayısı 1276'dır. Atak sayısına göre sıralandığında ilk sırada Üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) (%48,1), ikinci sırada otit (%17,9), üçüncü sırada akut gastroenterit (AGE) (%10,7), dördüncü sırada akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) (%10,2), beşinci sırada spesifik olmayan döküntülü hastalıklar (%4,8), altıncı sırada idrar yolu enfeksiyonu (İYE) (%3,6) yer almaktadır (Tablo IV.16).

Enfeksiyon hastalıklarına bağlı hastaneye yatış sıklığı %7,7'dir (n=32). Bunların %4,8'i (n=20) ASYE, %1,2'si (n=5) AGE, %0,98'i (n=4) İYE ve %0,72'si (n=3) diğer enfeksiyon hastalıklarına bağlıdır.

Çocukların enfeksiyon hastalığı geçirmesi ile ilişkili olabilecek bazı faktörler incelendiğinde; çalışan annelerin çocuklarında ÜSYE genel atak sıklığının (%62,3) ev hanımı olanlara göre (%37,7) daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

İdrar yolu enfeksiyonu geçirme sıklığı, kızlarda (%10,8); erkeklerde (%5,5) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05). İdrar yolu enfeksiyonu geçiren çocukların %44'ü üst, %56'ı alt İYE geçirmiştir. Bu olgulardan 3'ünde (%7,3) VUR saptanmıştır.

Akut gastroenterit görülme sıklığının ek gıda başlama zamanı erkene kaydıkça arttığı saptanmıştır. Doğumda ek gıda başlananların %36,3'ünün AGE geçirdiği saptanmıştır. Bu oran ek gıdaya 1, 2, 3. ayda başlananlarda %21,2; 4-5. ayda başlananlarda %23,7 ve 6. ayda ek gıda başlananlarda %16,9 oranında saptanmıştır. Akut gastroenterit geçirme, ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde %16,9 iken yapay ya da karışık beslenenlerde %24,7'dir (p<0,05). İlk altı ay içerisinde inek sütü alan bebeklerde AGE sıklığı %35,7; almayanlar da %20,9'dur (p<0,05).

## V. TARTIŞMA

Bir ülkenin çocuklarına nitelikli ve yaygın sağlık hizmeti sağlaması, ülke sağlığını olumlu yönde etkileyen en önemli öğelerden biridir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları yanı sıra, Tıp fakültelerinde Sosyal Pediatri Bilim dallarına bağlı sağlam çocuk polikliniklerinde de birinci basamak çocuk sağlığı hizmeti verilmektedir. Bu merkezlerin öncelikli çalışma alanı ve hizmet hedefi eğitim ve araştırma olmakla birlikte, çocuk sağlığı izlemelerinde öngörülen büyüme ve gelişmenin izlenmesi, sağlıklı ve doğru beslenmenin sağlanması, erken tanı için tarama testleri ve özel değerlendirmelerin yapılması gibi temel hizmetler de hedeflenmektedir (42).

Bu çalışmada, aile ile bebeğin yeni tanıştığı ve ailenin bebekle ilgili yoğun bilgi gereksinimlerinin olduğu; bebek beslenmesinin çok önem arz ettiği, aşılamaların yoğun olarak uygulandığı, tarama testlerinin sık yapıldığı ve bebeğin büyüme, gelişmesinin çok hızlı olduğu bir dönem olan 0-24 aylık çocuklardaki sağlık izlem sonuçları değerlendirilmiştir.

Çocuk sağlığı izlem sıklığı; büyümenin hızlı olduğu dönemlerde, aşılamanın yapıldığı dönemlerde ve bireysel ve ailevi sorunların olduğu dönemlerde sık olmalıdır. Bebeklere ilk bir yaş içerisinde en az beş sağlık izlem ziyareti yapmak, tarama ve aşılamanın zamanında yapılabilmesi için zorunludur (17). Amerikan Pediatri Akademisi çocuklara hayatın ikinci ayından iki yaşına kadar olan sürede, sekiz sağlık izlem ziyareti önermektedir (14). Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde izlenen çocuklara da 2-24 aylık yaş döneminde en az 8 sağlık izlem ziyareti önerilmektedir. Bu çalışmaya alınan çocukların yalnızca %3'üne sekiz izlem muayenesi yapılmış olup kalan %97 çocuğa ek gereksinimler doğrultusunda daha fazla sayıda sağlık izlem muayenesi yapılmıştır.

Çalışmaya alınan bebeklerin aile özellikleri incelendiğinde, ailelerin yaklaşık olarak yarısının tek çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Annenin eğitim düzeyi ile doğurganlık arasında belirgin bir ilişki vardır. Toplam doğurganlık hızı, annenin eğitim düzeyinin artmasıyla düşüş göstermektedir. Annenin eğitim düzeyi yükseldikçe, ailenin tek çocuklu olma olasılığı artmaktadır. Ülkemizde hiç eğitim almamış kadınların toplam doğurganlık hızı 3.7 iken, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınların toplam doğurganlık hızı ise 1.4'dür. Hiç eğitim almamış kadınların ortalama canlı doğum sayısı 5 iken, lise mezunu ve üstü eğitim düzeyine sahip kadınlarda bu sayı 2'ye düşmektedir (21). Bu çalışmadaki bulgular da ülkemiz verileri ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmada, term bebeklerde sezaryenle doğumun (% 60,7), normal yolla doğuma göre daha fazla olduğu saptanmıştır. 1994 yılında Üniversitemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğan bebeklerin incelendiği bir çalışmada, term bebeklerin %42,4'ünün sezaryen ile %57,6'sının normal vaginal yol ile doğduğu saptanmıştır (124). Bu çalışmada, Üniversitemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen ile doğan bebeklerin sıklığında (% 61,7) belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Benzer artış Türkiye genelinde de göze çarpmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1998 verilerinde %14 olan sezaryen oranları, 2003 verilerinde %21'e yükselmiştir (21). Ülkemizde sezaryen oranları 2000 yılında üniversite hastanelerinde %50 lere, eğitim hastanelerinde de % 20 lerin üzerine çıkmıştır (128). Bu nedenle 2006 yılında Sağlık Bakanlığı sezaryen oranlarının yüksekliğini dikkate almış ve konuyla ilgili bilimsel komisyonlar kurulmuştur (128). Tıbbi gereklilik dışında yapılan sezaryen doğumları, anne ve bebeğin hastanede yatış süresini uzatmakta ve annede enfeksiyon riski, bebekte de solunum problemleri riskini artırmaktadır. Ancak, bu çalışmada, yenidoğan dönemine ait hastalık bilgileri değerlendirmeye alınmadığı için bebeklerde doğum şekline bağlı olarak herhangi bir olumsuzluk gelişip gelişmediği konusunda yorum yapılamamıştır. Yine de sezaryenle doğum hızındaki artışın bebekler için sağlık risklerini artırıcı etkisi dikkatten uzak tutulmamalıdır.

Bu çalışmada, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek sıklığı term bebeklerde %2,2 düzeyindedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, ülkemizde DDA bebek sıklığı %16 dır (11). Çalışma grubumuzda, DDA çocuk sıklığı ülke verilerine göre oldukça düşük bulunmuştur. Bunun nedeni, çalışma grubumuzdaki annelerin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin yüksek olması ve kentte yaşamaları olabilir. Her ne kadar dosya notlarından annelerin prenatal bakım alıp almadığına ilişkin bir bilgi elde etmek mümkün olmasa da, bebeklerin hemen tümünün hastanede doğduğu göz önüne alındığında, annelerin gebelikte prenatal bakımı almış olabileceği söylenebilir. Ayrıca annelerin sağlık bakımına ulaşma kolaylığı da DDA sıklığını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları-2003 verilerine göre, Türkiye’de beş yaş altı çocukların %3,9’u yaşlarına göre düşük kilolu; %12,2 si yaşlarına göre kısa (bodur) boyludur (21). Ancak bu çalışmanın sonuçları genel ülke verilerinden oldukça uzaktır. Çalışmamızda term bebeklerin ağırlıkları incelendiğinde, doğumda bebeklerin %3,2’sinin 3. persentilin altında olduğu, fakat bu oranın üçüncü aydan itibaren belirgin bir şekilde azaldığı ve 24. ay bitiminde %0,6’ya düştüğü görülmektedir. Preterm bebeklerde ise izlem sürecindeki vücut ağırlığı ortalama değerleri iki yıllık izlem sürecinde 50. persentilin altında kalmış ancak 3. persentilin altına inmemiştir.

İki yıllık izlemde, term bebeklerde hemen hiçbir çocuğun boy ölçümü % 3’ün altına düşmemiş ve 24. ayda da 3. persentilin altında çocuk saptanmamıştır. Preterm bebeklerin boy ölçümleri ortalama değerleri de 50. persantile yakın ve paralel olarak seyretmiş ve 3. persantilin altına inmemiştir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları-2003 verilerine göre yetersiz beslenme durumu kırsal bölgelerde kentsel bölgelere göre daha fazla oranda görülür. Ayrıca yetersiz beslenme sıklığının, annenin eğitim düzeyi arttıkça azaldığı ve çocuğun kardeş sayısının artışı ile birlikte arttığı bildirilmiştir (21). Bu

çalışmada, ailelerin kentsel bölgede yaşıyor olmasının yanı sıra annelerin çoğunluğunun eğitim düzeyinin yüksek olması ve çocuk sayılarının çoğunlukla bir veya iki olması, beslenme yetersizliği sıklığını oldukça aşağıya çekmiş olabilir. Ancak çalışmada düşük ağırlıklı çocuk sayısı çok düşük olduğu ve hiç bodur çocuk bulunmadığı için bu yorum genel bilgilere dayanarak yapılmıştır.

Çalışmamızda, izlenen bebeklerin %3'ü hiç emzirilmemiştir. Bu oran, term bebeklerde %2,3; preterm bebeklerde %8,3 olarak bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları-2003 verilerine göre Türkiye genelinde de hiç emzirilmeyen çocuk sıklığı bu çalışmanın verilerine benzer şekilde % 3 düzeyindedir (21). Tunçel ve arkadaşlarının Samsun'da yaptığı bir çalışmada, yenidoğanlarda emzirilmeme oranı %6.8; Şanlıer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, %5,3 bulunmuştur (129,130). Bizim çalışma grubumuzda emzirilmeme oranı, diğer çalışmalara göre daha düşük düzeydedir.

Çalışmamızdaki preterm bebekler yüksek oranda (% 91,7) anne sütü almakla birlikte, emzirilme sıklığı term bebeklere (%97,7) göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Preterm bebeklerin emzirilme sıklığının daha az olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (131,132). Preterm bebeklerde, medikal komplikasyonlar, annenin yüksek stresi, küçük ve kırılğan yenidoğana karşı çekinceleri ve yorgunluğu bebeğin anne sütü almasına engel oluşturmaktadır (117). Hill ve arkadaşlarının ortalama 2200 gr'lık preterm bebeklerde yaptıkları bir çalışmada; annelerde "sütüm yetersiz, sütümün kalorisi yetersiz, bebeğim yeterli kilo almıyor" gibi endişeler olduğu görülmüştür. Bebeklerde de "memeyi iyi emememe, mızımız ve uyuklayarak emme" gibi durumların olduğu ve bunların emzirme için engel oluşturulduğu saptanmıştır (117). Gunn ve arkadaşlarının 37 haftadan küçük bebeklerde yaptığı bir çalışmada, bebeklerin ancak % 77'sine anne sütü başlandığı saptanmıştır. Hill ve arkadaşlarının 35±2 hafta bebeklerde yaptığı araştırmada da bebeklerin %54'üne anne sütü başlandığı belirlenmiştir

(117). Ülkemizde Hanedan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, preterm bebeklerin %73.7' sine anne sütü başlandığı saptanmıştır (133). Bizim çalışmamızda preterm bebeklerin anne sütü alma sıklığı, literatür bilgilerine göre oldukça yüksektir. Bu durum bebeklerin doğduğu ve ilk bakımı aldıkları hastanede, yenidoğan yoğun bakım merkezlerinde anne sütü ile beslenme danışmanlığı hizmetlerinin etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda bebeklerin ek gıdaya geçiş zamanları tüm bebekler değerlendirildiğinde,  $4,26 \pm 1,9$  ay, preterm bebeklerde  $2,9 \pm 2,4$  ay, term bebeklerde  $4,4 \pm 1,8$  ay olarak bulunmuştur. Bebeklerin yaklaşık 1/4' üne (%24,8) ilk üç ayda ek gıda başlanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları- 2003 verilerine göre, ülkemizde bebeklere ilk üç ayda ek gıda başlama oranlarının %53,4 olduğu dikkate alınır (21) ek gıdaya başlama zamanının Türkiye ortalamasından daha geç olduğu ifade edilebilir. Ancak izlemleri değerlendirilen bebeklerin yaklaşık yarısında (%42.1) 4. ayda, 2/3'ünün ise (%66,9) beşinci ay bitiminde ek gıdaya başlamış olduğu görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları-2003 verilerinde 5. ay bitiminde ek gıda alıyor olma sıklığı %74.4' dür. Ülkemizde bebeklerin ek gıdaya geçiş zamanları; Tunçel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada  $2,0 \pm 2,0$  ay, Şahin'in yaptığı çalışmada  $3,5 \pm 1,3$  ay ve Alikashifoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise  $4,6 \pm 1,8$  ay bulunmuştur (129,134,135). Bizim bulgularımız, Alikashifoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerdir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği şekilde ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme sıklığı bu çalışmada izlemleri değerlendirilen bebeklerde % 33.1 düzeyindedir. Oysa Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizde ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme sıklığı %21' dir (11).

İlk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme sıklığı ülkemiz geneline göre daha yüksek olmakla birlikte, 4.- 5. aylarda ek gıda alıyor olma sıklığında belirgin bir artış görülmektedir. Bu hızlı yükseliş, bu ailelerin ek gıda geçiş zamanı

için 4. ayı kriter almış olabileceğini düşündürmektedir. Bunun nedeni, dünyada ve ülkemizde halen ek gıdaya geçiş zamanını 4 ay veya 4-6 ay alan yayınlar ve önerilerin varlığı olabilir (136-140). Dünyada 1994' e kadar ek gıda başlama zamanı 4. ay, 1994'den itibaren de 4-6 ay arası olarak önerilmiştir (109). Ancak 2001 yılından sonra bebeklere ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme önerilmiştir (141).

Çalışmamızda, sezaryen ile doğumun ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranlarını normal yolla doğuma göre anlamlı olarak azalttığı saptanmıştır. Ülkemizde Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sezaryen ile doğum yapanlarda ilk altı ay sadece anne sütü alma %29,8 iken, normal vaginal yol ile doğum yapanlarda %36,3 bulunmuştur (125). İstanbul'da yapılan bir çalışmada, sezaryen ile doğum yapan annelerin ek gıdaya daha erken başladıkları saptanmıştır (122). Bizim bulgularımızda bu literatür bulguları ile uyumludur. Üniversitemizde 1994 yılında yapılan bir çalışmada, sezaryen ile doğum yapan annelerin, normal vaginal yol ile doğum yapanlara göre bebeklerini daha geç emzirdikleri, emzirmenin gecikmesi nedeniyle de sütlerinin gelmesinin geciktiği ve prelakteal besin kullanma sıklığının arttığı gösterilmiştir (124).

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda da, sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumdan sonra kendine gelmesi ve dinlendirilmesi amacıyla emzirmenin geciktirildiği, bu bebeklere prelakteal dönemde anne sütü dışında gıdalar başladığı ve bunların sonucunda da sezaryenle doğum yapanların bebeklerine ilk altı ay ek besin vermeye daha eğilimli oldukları görülmüştür. Bu nedenle, sezaryen ile doğum oranlarının oldukça yüksek olduğu ülkemizde, sezaryen doğumu anne ve bebek için olası diğer olumsuz etkileri yanında, anne sütü ile beslenmeyi etkilemesi açısından da değerlendirilip, endikasyonların daha uygun konulması; sezaryenle doğum yapan annelerin de erken emzirmeye başlatılması yönündeki çabaların arttırılması gerekmektedir (125,142,143).

Bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması, anne sütü alma süresini azaltan bir faktördür (118). Çalışmamızda düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranları, düşük doğum ağırlıklı olmayan bebeklere göre belirgin olarak düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada 2500 gr altı bebeklerde, ilk altı ay yalnız anne sütü ile beslenme oranları %27 iken 4000 gr bebeklerde bu oran %52 bulunmuştur (118). Ülkemizde Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da 2500 gr'ın altındaki bebeklerde, ilk altı ay sadece anne sütü alma sıklığı %28,9 iken 2500 gr'dan büyük bebeklerde bu oran %34,2 bulunmuştur (125). Bizim bulgularımızda bu literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuştur.

Anne yaşının küçük olması, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, bebeğe erken ek gıda başlanması için risk oluşturan faktörlerdir (121). Çalışmamızda, annenin eğitim düzeyi ile ek gıdaya geçiş zamanı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, ek gıda geçiş zamanının anne yaşı arttıkça daha erkene kaydığı saptanmıştır. İtalya'da Chaves ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 20 yaşından küçük olan annelerin kısa sürede ek gıdaya başladıkları saptanmıştır (144). Japonya'da yapılan bir çalışmada, anne yaşının büyük olmasının erken ek gıda başlamayı engellediği belirtilmiştir (145). Meksika'da yapılan bir çalışmada, anne yaşının 20'den küçük olmasının, ek gıdaya erken başlanmasında önemli bir etken olduğu saptanmıştır (146). Ülkemizde Ünsal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, anne yaşının ek gıdaya başlama zamanı üzerine bir etkisi saptanmamıştır (125). Bizim çalışma grubumuzdaki bulgular, literatür bilgileri uyumlu bulunmamıştır. Çalışma grubundaki annelerin kentte yaşıyor olması ve bebeklerin izlemi sırasında sağlık ekibi tarafından beslenme konusunda bilgilendiriliyor olmalarının, yaş ve eğitim düzeyi gibi risk faktörlerinin etkisini azaltmış olabileceği düşünülmüştür.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları- 2003 verilerine göre, altı aydan küçük, halen emzirilen çocukların %18'ine, emzirmeyenlerin de %57,9 una formül süt verilmektedir. Çalışma grubumuzda ilk altı aydaki formül sütle beslenme oranları değerlendirildiğinde, sadece term bebekler dikkate alınsa bile yaklaşık olarak bebeklerin yarısına (%40.6) ilk altı ay içerisinde formül süt verildiği saptanmıştır. Çalışmamızda bebeklerin tamamına yakını (%97) emzirilmiş olmasına rağmen, formül süt kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Ülkemizde formül süt ithalatı 1983 yılında serbestleşmiştir. Son yıllara kadar yalnızca eczanelerde satılan bu ürünler, son zamanlarda büyük marketlerinde gıda reyonuna girmiştir (147). Ülkemizde Karaçam tarafından yapılan bir araştırmada, 0-4 aylık emzirilen bebeklere formül süt verme oranı %34,4 bulunmuştur (148). 1998 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada, anne sütü alan bebeklerde 0-2 ayda formül süt kullanımı %16,5; 2-4 ay arası bebeklerde %54,3; 4 ay-12 ay arasında da %29,1 bulunmuştur (147). Alikışıfoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğumdan sonra hastanelerde formül sütün yüksek oranda kullanıldığı saptanmıştır (135). Bu çalışmalar ve bizim çalışmamızdaki oranlar, ülke verilerinin üzerinde bulunmuştur. Bu sonuçlar bize, ülkemizde ilk altı ayda formül süt kullanım sıklığının daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda formül süt kullanımının, sezaryen ile doğum yapan annelerde ve çalışan annelerde anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Özalp ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptığı bir çalışmada; ülkemizde yaşanan hızlı sosyoekonomik değişim sonucu, çalışan kadınların sayısının artması nedeniyle annelerin formül süte yöneldiği belirlenmiştir (149). Yapılan çalışmalarda annenin çalışmasının, formül süt kullanımını artıran bir faktör olduğu gösterilmiştir. 1998 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada, çalışan annelerde formül süt kullanım oranı %66.3 iken çalışmayan annelerde bu oran %33,7 bulunmuştur (147). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çalışan kadınların formül süt kullanım oranı %42,9 iken ev

hanımlarında bu oran %30,6 bulunmuştur (121). Bebeklere anne sütüne ek olarak formül süt verilmesi, annelerin bu konu ile ilgili olarak yeterince bilgilendirilmemesi ve formül sütlere ulaşma kolaylığından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle; anne sütüne ek olarak formül süt ile beslenme sıklığını azaltmak, emzirme ile ilgili eğitimin yaygınlaştırılması ile mümkün olabilir.

Ülkemizde çocukların ortanca emzirme süresi 14 ay olup, 20-23 aylık dönemde hala emzirilen çocuk oranı %24'dür (11,21). Çalışma grubumuzda 19-24 aylık dönemde hala emzirilen çocuk oranı % 39,5 olarak bulunmuştur. Çalışma grubumuzdaki bebeklerin emzirilme süresi ülke verilerine göre yüksek oranda bulunmuştur. Bu durum tüm izlem sürecinde bebeklere beslenme danışmanlığının veriliyor olmasının sonucu olabilir.

Araştırmamızda çalışan annelerin bebeklerinin anne sütü alma sürelerinin, ev hanımlarına göre daha kısa olduğu saptanmıştır. Annenin çalışması, erken memeden kesmeye neden olan bir faktördür (150). İstanbul'da yapılan bir çalışmada, doğumdan sonra annelerin işe dönmesi ile emzirmenin bırakılması arasında anlamlı ilişkili bulunmuş ve çalışmayan annelerin, çalışan anneler göre yaklaşık 9,1 kat daha sıklıkta emzirdiği saptanmıştır (122). Başka çalışmalarda da, annenin bir işte çalışıyor olmasının emzirme süresini kısaltan bir faktör olduğu gösterilmiştir (132,151,152). Üniversitemizde yapılan bir başka çalışmada, çalışan annelerin dört ayın altında izin kullanması durumunda, anne sütü ile beslenme süresinde anlamlı olarak azalma olduğu saptanmıştır (119). Yılmaz ve arkadaşlarının Ankara' da yaptığı bir araştırmada annenin çalışmasının, emzirme süresini kısalttığı saptanmıştır (123).

Ülkemizde doğum yapacak olan anne adaylarına doğum öncesi ve doğum sonrası sekizer hafta olmak üzere toplam on altı hafta "doğum izni" verilmektedir. Ayrıca çocuk bir yaşına gelene kadar da günlük 1,5 saat "süt izni" verilmektedir. Annenin kısa süre içinde işe dönmesi gerekliliği, anne sütünün sağılıp saklanması hakkındaki bilgi, donanım eksikliği ve yetersiz süt

izni üçgeni; çalışan annelerde emzirme süresinin azaltmasına neden olmaktadır. Çalışan kadınların başarılı bir şekilde emzirmeye başlaması ve sürdürmesi için doğumu izleyen dönemde en az altı ay ücretli izin verilmelidir. Ayrıca kadınlar anne sütünün önemi konusunda bilgilendirilmeli; işe başladıklarında sütlerini sağarak çocuklarına vermeleri konusunda desteklenmelidir .

Yapılan çalışmalarda, annenin eğitim düzeyinin yüksek olmasının anne sütü verme süresini uzatan bir faktör olduğu saptanmıştır (122,153,154). Üniversitemizde 1997 yılında yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olan annelerde, anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha fazla olduğu gösterilmiştir (119). Bizim çalışmamızda, annenin eğitim düzeyi ile anne sütü verme süresi arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Bebeğe erken dönemde ek gıda başlanması, anne sütü verme süresini kısaltmakta ve erken üstten kesmeye neden olmaktadır (118). Bizim çalışmamızda ek gıdaya erken başlanmasının, anne sütü verme süresini kısaltan bir faktör olduğu gösterilmiştir. Senegal'de yapılan bir çalışmada, bebeğe erken ek gıda başlanmasının, emzirmenin erken sonlandırılmasına neden olduğu saptanmıştır (155). Bergevin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bebeğe erken dönemde ek gıda başlanmasının, anne sütü verme süresini kısaltan bir faktör olduğu belirlenmiştir (156). İtalya' da yapılan bir çalışmada, katı gıdaya erken başlanmasının, emzirme süresini negatif yönde etkilediği gösterilmiştir (157). Çalışma sonuçlarımız bu literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda bebeğe ilk altı ayda formül süt verilmesinin, anne sütü verme süresini kısaltan bir faktör olduğu gösterilmiştir. Formül süt kullanımı ,bebeğin anne sütü alma zamanını kısaltan bir faktördür (158). Annenin kendi sütünün besleyiciliği ile ilgili kaygılanmasına neden olan formül süt promosyonları bunun en önemli nedenlerinden biridir. Yapılan bir çalışmada, doğumda

formül süt promosyon paketi alan annelerin, hastaneden taburcu olmadan önce veya iki hafta içerisinde büyük ihtimalle emzirmeyi kestikleri gösterilmiştir (150). İstanbul' da 0-12 aylık çocuklarda yapılan bir çalışmada; formül süt verilmeyen çocuklarda anne sütü alma oranları, formül süt verilenlere göre 6,5 kat fazla bulunmuştur (122). Bergevin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bebeğe formül süt verilmesinin anne sütü verme süresini kısaltan bir faktör olduğu belirlenmiştir (156). İtalya' da yapılan bir çalışmada formül süte erken başlanmasının, emzirme süresini negatif yönde etkilediği gösterilmiştir (157). Bazı çalışmalarda ise formül süt kullanımının emzirme süresini etkilemediği saptanmıştır (159,160). Bizim çalışmamızda da ilk altı ayda formül süt kullanımının, emzirme süresini kısaltan bir faktör olduğu gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalar, doğum öncesi sağlık izlem ziyaretlerinin bebeğin beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini ortaya koymuştur. Bebek beslenmesi ile ilgili antenatal ziyaretler, anneye verilen eğitim ve hastane pratikleri anne sütü ile beslenmeyi etkilemektedir (135). Lu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sağlıkçılarla desteklenen annelerin bu desteği alamayan annelere göre 4 kat daha fazla emzirdikleri saptanmıştır (161). Ancak bizim çalışmamızda, annelerin antenatal ziyarette bebeğin beslenmesine yönelik eğitim alıp almadıkları denetlenememiştir.

Amerikan Pediatri Akademisi, on iki aydan küçük bebeklere inek sütü verilmesini önermemektedir (162). Çalışmamızda altı aydan küçük bebeklerin %8,4'üne, bir yaşından küçüklerinde %31,7'sine inek sütü verildiği saptanmıştır. Ankara'da 1998 yılında Ardal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 0-4 ay arası bebeklerde sadece inek sütü ile beslenme %31,3; anne sütü ile beraber inek sütü kullanma ise %40 oranında bulunmuştur (147). Ertem ve arkadaşlarının üniversitemizde 2001 yılında yaptığı bir çalışmada, bebeklere ilk altı ayda inek sütü kullanımı %69,8 oranında bulunmuştur (163). Altay ve arkadaşlarının Erzurum' da 2007 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, 0-6 aylık bebeklerde inek sütü kullanım sıklığı %13,5

olarak bulunmuştur (164). Bizim çalışmamızda ilk altı ayda inek sütü kullanım oranları, güncel bir çalışma olan Altay ve arkadaşlarının sonuçları ile benzerdir. Bu çalışmalar, ülkemizde 0-6 ay bebek beslenmesinde inek sütü kullanımının önceki zamanlara göre belirgin olarak gerilediğini ancak hala yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdaki çocukların tam aşılı olma durumu %100' dür. Ülke geneline göre de ulaşılması zor olan bu yüksek bağışıklama hızının altında, çalışmaya alınan çocukların düzenli izlenen çocuklar arasından seçilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmaya alınan çocukların ilk 24 aylık izlemi, *Haemophilus influenzae* tip b (Hib) aşısının henüz Sağlık Bakanlığı tarafından rutin olarak uygulanmadığı döneme aittir. Bununla birlikte, çocukların % 82'sinin 2 yaşın sonunda Hib'e karşı aşılanmış olduğu saptanmıştır. Lise ve üstü eğitilmiş annelerin çocuklarını Hib'e karşı daha erken aylarda aşılattığı belirlenmiştir. Çeşitli araştırmalarda çocuğun aşılanma durumuyla annenin eğitim düzeyi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (21). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları-2003 verilerine göre de; ülkemizde tam aşılı çocukların oranı anneleri hiç eğitim görmemiş çocuklar arasında yüzde 26 iken, anneleri en az lise eğitimi görmüş çocuklar arasında yüzde 69'dur. Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; orta öğretim ve üniversite mezunu annelerin, eğitim düzeyi daha düşük olanlara göre çocuklarında aşılanma oranları, anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (165). Bu çalışmalarda söz konusu olan aşılar rutin olarak uygulanması gereken aşılardır. Bununla birlikte eğitim düzeyi yüksek annelerin, çocuklarının aşılanması konusunda daha özenli oluşu, eğitimin çocuğunu hastalıklara karşı aşılatma bilincini de geliştirmekte olduğu şeklinde yorumlanabilir. Dolayısıyla Hib aşısının rutin aşılama programında olmasa da çocukların % 82 gibi önemli bir kısmına yapılmış olması, annelerin bu konudaki bilinci ile açıklanabilir.

Gelişimsel kalça displazisi sıklığı, yeni doğanlarda yaklaşık %1 civarındadır (166). Aile öyküsü olanlarda, ilk bebeklerde, kız çocuklarda (167) ve makat

doğum öyküsü olanlarda risk fazladır (168). Ülkemizde GKD sıklığını, binde 1,4 ile 5 arasında bildiren yayınlar vardır (169). Şahin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, GKD sıklığı %1,89 bulunmuştur (170) Konya da yapılan bir çalışmada, GKD sıklığı %1,29 bulunmuştur (171). Bizim çalışmamızda; önceden yapılan kalça ultrasonografisi normal olan bir çocukta, beşinci ay sağlık izlem ziyaretinde GKD saptanmıştır. Böylece GKD sıklığı, yaklaşık olarak %0 2 bulunmuştur. Bizim bulgularımız da ülke verileri ile uyumludur.

Bu çalışmadan çıkan diğer bir sonuç, kalça ultrasonografisinin GKD'nin tansındaki yeridir. Ultrason kullanıcıya ve kullanılan cihazın teknolojisine bağlı bir görüntüleme yöntemidir. Ultrasonun, GKD tanısında ancak deneyimli uygulayıcılarla duyarlılığı ve özgünlüğü çok yüksektir (169). Bu nedenle, öncelikli olarak muayene bulgularına önem vermek doğru bir yaklaşımdır. Gelişimsel kalça displazisi doğumsal değil gelişimsel bir patoloji olduğu için, daha önce ultrasonografik olarak normal saptansa bile yürüyene kadar çocukların her sağlık izlem ziyaretinde kalça hareketleri, dikkatli fizik muayene ile değerlendirilmelidir (73,83).

Dünya Sağlık Örgütü anemi insidansı %40' ın üzerinde olan ülkelerde ve demirden zengin gıdalarla beslenmenin yeterli olmadığı durumlarda, term bebeklere 6-23 ay arasında 2mg/kg/gün dozunda oral demir proflaksisi önermektedir (95). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tüm bebeklere, 4-12 ay arası proflaktik amaçlı ücretsiz oral demir damlaları önermektedir (97). İsrail'de yapılan bir çalışmada; süt çocuklarında DEA sıklığının, demir proflaksisine uyumlu ters ilişkili olduğu gösterilmiştir (172). Bizim çalışmamızda demir proflaksisini düzenli alanlar bebeklerde, 24. ayda DEA insidansının (%0.9); düzensiz kullananlarda göre (%8) belirgin olarak az olduğu saptanmıştır. Geltman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 6. aydan itibaren 3 ay süreyle verilen demir proflaksinin (10mg/gün) DEA sıklığını, kontrol grubuna göre azaltmadığı saptanmıştır (173). Ülkemizde

Yurdakök ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 4-7. aylar arasında verilen demir profilaksisinin çocuklarda DEA' yı önleyemediği saptanmış ve daha uzun süreli demir desteği verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (174). Vatandaş ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı bir çalışmada, demir profilaksisini 4-12. aylar arası düzenli kullanmanın çocuklarda DEA sıklığını yeteri kadar azaltmadığı gösterilmiş ve demir profilaksisinin daha uzun süre verilmesi gerektiği belirtilmiştir (175). Bizim çalışmamızda, demir profilaksinin 24. aya kadar düzenli kullanılmasının, DEA sıklığını belirgin olarak azalttığı ve çocukları DEA dan yeteri kadar koruduğu gösterilmiştir.

Bazı gelişmekte olan ülkelerde okul öncesi çocuklarda, demir eksikliği anemisi sıklığının %50 nin üzerine çıktığı rapor edilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, bu oranın %30 dolaylarında olduğu bildirilmiştir (176). Sağlık Bakanlığı'na göre; ülkemizde demir eksikliği anemisi, genel olarak 0-5 yaş grubundaki çocukların ortalama %50' sinde karşımıza çıkmaktadır (97). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi sağlam çocuk polikliniğinde izlenen 6 aylık bebeklerde, demir eksikliği anemisi sıklığı %36 olarak saptanmıştır (13). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sağlıklı çocuk polikliniğinde yapılan bir çalışmada, term doğan 6 aylık bebeklerin %22' sinde demir eksikliği anemisi saptanmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlam çocuk polikliniğinde yapılan bir çalışmada; term anne sütü ile beslenen ve zamanında ek gıdalara geçilen altı aylık bebeklerde, DEA sıklığı % 25 bulunmuştur (96). Bizim çalışmamızda, 4-9 ay arası bebeklerde DEA sıklığı % 15,3'tür ve 4. aydan itibaren 9 aya kadar gittikçe artan sıklıkta görülmektedir. Çalışmamızdaki DEA sıklığı, diğer çalışmalara göre düşük oranda bulunmuştur. Bununla birlikte bu DEA sıklığı bile azınsanamayacak bir yüksekliğe sahiptir.

Süt çocukluğu döneminde demir eksikliği anemisi görülmesinde; bebeğin preterm olması, düşük doğum ağırlıklı olması, inek sütüne erken dönemde başlanması önemli risk faktörleridir (30,94). Ancak bizim çalışmamızda, demir eksikliği anemisi ile bebeğin term veya preterm olması ve ilk altı ayda

inek sütü kullanımı ile arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda ek gıdaya dördüncü aydan önce başlayanlarda anlamlı olmasa da, DEA' nın daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ülkemizde süt ocukluğ döneminde saptanan yüksek DEA insidansları nedeni ile demir proflaksisine 6. ayda değil de daha erken bir dönemde (rneğin Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği gibi 4. ayda) başlaması daha uygun görünmektedir. Ayrıca lkemizde süt ocuklarındaki DEA sıklığını azaltmak için demir proflaksisinin önemi ailelere ısrarla anlatılmalı ve DSÖ'nün önerdiği Şekilde iki yaşına kadar düzenli olarak kullanılması sağlanmalıdır.

Tüm ocuklara günlük en az 200 İ D vitamini verilmesi ve bir yaşına, tercihen iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir (98,99). Çalışmamızda ocukların tümüne 400 ünite/gün D vitamini proflaksisi başlanmış olup, çocuklar ortalama  $20,98\pm 4,83$  ay boyunca D vitamini proflaksisi almıŐlardır. Ülkemizde Pehlivan ve arkadaşlarının ocuk hekimlerinde yaptığı bir çalışmada, % 96'sının bebeklere ilk ay içinde D vitamini önerdiği ve % 60,7'sinin 12 ay, %20,4'ünün 18 ay vitamin desteğine devam ettiği saptanmıştır (177). Toprak ve arkadaşlarının pratisyen doktorlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, bebeklerin %54'ne D vitamini başlandığı ve % 72'sine 12 ay ve daha uzun süre D vitamini devam edildiği belirlenmiştir. Ayrıca doktorlar arasında D vitamini dozunda da çok farklı uygulamalar olduğu saptanmıştır (178). Çalışmalarda, D vitamini dozu ve süresi konusunda farklılıklar olduğu görülmektedir. Ülkemizde D vitamini desteği konusunda kurumsallaŐmıŐ bir politika olmaması nedeniyle, hekimlik uygulamalarında da farklılık görülmesi kaçınılmazdır. Bizim alıŐmamızda izlenen çocuklara yeterli süre ve dozda D vitamini verilmiştir.

Çocukların, yenidoğan döneminden sonra, 2. yaş sonuna kadar süren izlemlerinde karşılaştıkları sağlık sorunları incelendiğinde; en sık karşılaşılan sorununun enfeksiyon hastalıkları olduğu (% 83) görülmektedir. Bunu hematolojik problemler kapsamında demir eksikliği anemisi (% 15,3) izlemektedir. nc sırada % 8.9 sıklıkla kazalar gelmektedir.

İlk iki yaşta en sık görülen hastalığın enfeksiyon hastalıkları olması beklenen bir sonuçtur. Çocukların en sık geçirdikleri enfeksiyon üst solunum yolu enfeksiyonları ve akut otitis mediadır. Bu hastalıkların görüldüğü çocukların sıklığı da toplam atak sayıları da yüksektir. Anne sütü ile beslenen bebeklerde, otitis media ve solunum sistemi enfeksiyonlarının daha az görüldüğüne ilişkin çeşitli yayınlar vardır (108,116,179). Ancak bizim çalışma grubumuzda bebeklerin ilk altı ayda beslenme şekli ile bu enfeksiyonların sıklığı arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Bebeklere ek gıdaların erken dönemde, 6 aydan önce verilmeye başlanmasının bağırsak enfeksiyonlarının riskini arttırdığı bilinmektedir (21). Özalp ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; Hacettepe Çocuk Hastanesi'ne enfeksiyon nedeniyle başvuran 6569 süt çocuğundan anne sütü alanlarda, AGE sıklığı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (180). Erzurum Atatürk Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, ilk altı ay içerisinde ek gıda alan bebeklerin almayanlara göre daha yüksek oranda AGE geçirdiği saptanmıştır (164). Bangladeş' te yapılan çalışmalarda, tek başına anne sütü alma oranlarındaki azalma ile AGE sıklığının yakın ilişkisi olduğu ve ek gıdaya erken başlanmasının ishale bağlı morbiditeyi artırdığı gösterilmiştir (181). Bizim çalışmamızda da doğumda ek gıda başlayanlarda AGE sıklığı % 36,6 iken, ek gıda başlama yaşı altıncı aya kaydıkça sıklığın azaldığı ve 6. ayda yarıya indiği (%16,9) saptanmıştır. Bu bulgular literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

Üriner patolojisi olmayan çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunun insidansı yaklaşık olarak %2-3 kadardır (182). Çalışma grubumuzdaki çocuklarda İYE insidansı % 8,2 gibi yüksek bir düzeydedir. Bu çalışmadaki idrar yolu enfeksiyonu sıklığının yüksek olmasının nedeni, semptomsuz çocukların da idrar taramasından geçirilmesi olabilir.

İdrar yolu enfeksiyonu, ilk iki yaşta spesifik yakınmalarla ortaya çıkmadığı için tanı atlanabilmektedir (17). Bizim çalışmamızda da idrar taramasında İYE saptanan çocukların büyük çoğunluğunun herhangi bir şikayeti olmadığı görülmüştür. Asemptomatik bakteriürinin çeşitli çalışmalarda insidansı, %0,5-2,5 arasında değişmektedir ve kız çocuklarda daha sık görülür (88,183). İsveç' te yapılan bir çalışmada; 3 yıl izlenen 0-1 yaş arası 3581 çocukta suprapubik aspirasyonla alınan idrar örneklerinde, erkeklerde %2,5, kızlar da %0,9 oranında asemptomatik İYE saptanmıştır (88). Ülkemizde Nebigil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, süt çocuklarında asemptomatik İYE sıklığı % 4 ( kızlarda %3,2 erkeklerde %4.2) bulunmuştur (90). Çalışmamızda, asemptomatik bakteriüri sıklığı (%3,5 - kızlarda %5.1, erkeklerde %1,9) Nebigil ve arkadaşlarının çalışmasına yakın bir değerdedir, ancak kız çocuklarda sıklık daha fazladır. İdrar yolu enfeksiyonlarının özellikle yenidoğan dönemi ve onu izleyen ilk aylar hariç kız çocuklarda daha sık görüldüğüne ilişkin bilgi başka kaynaklarca da desteklenmektedir (91).

Çalışmaya alınan çocuklar, aşılandıkları hastalıklardan herhangi birine yakalanmamıştır. Tam aşıllı olmanın bu hastalıklara karşı koruyucu etkisi bu çalışmada da görülmüştür.

Çalışmanın sınırlılıkları:

1. Çalışma geriye dönük hasta izlem kayıtlarının analizi ile yapılmıştır. İzlemin çocuk sağlığı üzerine etkilerini değerlendirmek için bu yöntem uygun bir yöntem olmakla birlikte, bu konu için en uygun araştırma tipi prospektif bir izlem araştırmasıdır.
2. Çalışmaya alınan bebeklerin (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğan bebekler dışında) sağlık bilgileri ve kayıtları hastaların eline verilmediği ve güvenilir hastane kayıtlarına ulaşamadığı için yenidoğan dönemine ilişkin sağlık kayıtları değerlendirmeye alınmamıştır. Bu araştırmanın önemli bir sınırlılığıdır.

3. İzlemede muayene edilen her bebeğin gelişimi, her kontrolde değerlendirildiği halde standart bir gelişim kayıt formu olmadığı için her bebek için standart sayılabilecek bilgilere ulaşılamamıştır. Dolayısı ile bebeklerin gelişimi konusunda yeterli bir analiz yapılamamıştır.
4. Dosya kaydının yetersiz olduğu durumlarda ailelerle birebir iletişime geçilerek bilgi toplanmaya çalışılmıştır. Bu durumda hafıza faktörü elde edilen bilgilerin güvenilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmaya Sosyal Pediatri Çocuk Sağlığı izlemi yapılan 501 çocuk (252 erkek, 249 kız) alınmıştır. Çocukların 2-24 aylık dönemde sağlık izlem ziyareti sayısı ortalama  $10,40 \pm 1,01$ 'dir.
2. Çocukların % 52'si tek çocuktur. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça sahip oldukları çocuk sayısı azalmaktadır.
3. Sezeryanla doğum sıklığı genel olarak çok yüksektir ve preterm bebeklerde (%77,1); term bebeklere (%60,7) göre daha yüksek bulunmuştur.
4. DDA oranı tüm bebeklerde %7, term bebeklerde %2,2'dir. İki yıllık izlemde term ve preterm çocukların hemen hepsinin ağırlık ve boy ölçümleri normal persentil sınırlarında kalmıştır.
5. Çalışmamızda hiç emzirilemeyen çocuk sıklığı tüm bebeklerde %3, term bebeklerde %2,3; preterm bebeklerde %8,3'dür.
6. Tüm bebeklerin % 33,1'inin, term bebeklerin %34,7'sinin; preterm bebeklerin 18,8'inin ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslendiği saptanmıştır.
7. Sezaryen ile doğum yapanlarda ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme sıklığı (%29,8) normal yolla doğanlara göre (%36,3) anlamlı olarak düşük bulunmuştur.
8. Ek gıdaya geçiş zamanı tüm bebeklerde  $4,26 \pm 1,9$ ay, term bebeklerde  $4,4 \pm 1,8$ ay, preterm bebeklerde  $2,9 \pm 2,4$  ay olarak bulunmuştur. Düşük doğum ağırlıklı ve sezaryen ile doğan bebeklerin de ek gıdaya daha erken başladığı belirlenmiştir.
9. Ek gıdaya erken başlamanın, ilk altı ayda formül süt ile beslenmenin ve annenin çalışıyor olmasının emzirme süresini olumsuz etkilediği

saptanmıştır. Çalışan annelerde ev hanımı olan annelere göre ilk altı ay içerisinde formül süt kullanımı daha yüksek oranda saptanmıştır.

10. Ek gıdaya geçiş dönemi erkene kaydıkça çocuklarda AGE görülme sıklığında artma olduğu saptanmıştır. Ek gıdaya altıncı ayda başlayanlarda AGE geçirme sıklığı (%16,8), daha önce başlayanlara (%24,7) göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.
11. Bebeklerin %60,5'inin 16-18 ay süre ile emzirildiği ve %39,5'inin 19-24 ay döneminde de halen emzirilmekte olduğu saptanmıştır. 19-24 ay döneminde hala anne sütü alıyor olma oranı term bebeklerde (%41,9) preterm bebeklere göre (%16,7) yüksek bulunmuştur.
12. Çalışmamızda 19-24 ay döneminde hala anne sütü alıyor olma sıklığının ek gıda başlama yaşı erkene kaydıkça azalma gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca annenin çalışıyor olmasının anne sütü alma süresini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.
13. Çocukların yaşlarına göre tam aşılı olma oranı 1 yaş ve 2 yaş dönemleri için %100'dür. Rutin uygulamada olmamakla birlikte Hib aşısı ile aşılama oranı da 2. yaşta %82'ye ulaşmaktadır. Lise ve üstü eğitim alan annelerde Hib aşısı yaptırma sıklığı, daha az eğitilmiş anne çocuklarına göre daha yüksektir.
14. Çalışmamızda GKD sıklığı %0,02 bulunmuştur. Gelişimsel kalça displazisi saptanan tek olguda 2. ayda yapılan kalça ultrasonografisi normal olarak değerlendirilmiştir.
15. İdrar taramasında çocukların %5'inde idrar yolu enfeksiyonu saptanmıştır ve bunların büyük çoğunluğunun asemptomatik olduğu belirlenmiştir (%60,9). Asemptomatik bakteriüri sıklığı %3,5'tur ve kız çocuklarda (%5,1) erkeklere göre (%1,9) daha sık görülmektedir.
16. Süt çocukluğu döneminde DEA sıklığı %15,3 olarak bulunmuştur. Annelerin demir profilaksisine uyumu %67,6'dır. Demir profilaksisini

düzenli kullanan çocuklarda 24. ayda DEA sıklığı (%0,9) düzensiz kullananlara göre (%8) belirgin olarak düşüktür.

17. Tüm çocuklar ortalama  $20,98 \pm 4,83$  ay boyunca D vitamini profilaksisi almıştır.

18. Çalışmaya alınan çocuklarda en sık görülen sağlık sorunu enfeksiyonlardır. Yeni doğan döneminden sonra, 24. aya kadar olan sürede çocukların %83' ü en az bir kez enfeksiyon geçirmiştir. Enfeksiyon hastalıkları içinde ÜSYE hem görülme sıklığı, hem de atak sayısı bakımından ilk sırada yer almaktadır. Bunu akut otitis media, akut gastroenterit, alt solunum yolu enfeksiyonu, döküntülü hastalıklar ve idrar yolu enfeksiyonu izlemektedir.

19. Yenidoğan döneminden sonra, 2. yaş sonuna kadar süren izlemde sık görülen hastalıklar enfeksiyon hastalıklarından sonra sırası ile hematolojik hastalıklar (demir eksikliği anemisi), kazalar, alerjik hastalıklar ve endokrinolojik hastalıklar gelmektedir.

20. Çocuklarda enfeksiyon hastalıklarına bağlı hastaneye yatış sıklığı % 7.7 olarak bulunmuştur. Bunların %4,8'i ASYE, %1,2'si AGE, %0,98'i İYE ve %0,72'si diğer enfeksiyonlara bağlıdır.

Elde edilen bu bilgiler ışığında;

- Sosyal Pediatri çocuk sağlığı izlem polikliniğinde izlenen çocuklarda yaptığımız bu çalışma, annelerin bebek beslenmesi konusundaki davranış ve tutumlarının yeterli olmadığını göstermiştir. Özellikle çalışan annelerde bu durum belirgin olarak göze çarpmaktadır. Emzirmenin özendirilmesi ve erken dönemde ek gıdaya geçişin önlenmesi, ancak antenatal dönemde ve doğumun hemen sonrasında verilecek olan etkin bilgilendirme yöntemleriyle mümkün olacak gibi görünmektedir. Bu bilgilendirmelere ek olarak ideal bir bebek beslenmesi için, çalışan annelerin doğum ve emzirme izni sürelerinde

yeni ayarlamalar gereklidir. Ayrıca bu konuda istenilen hedeflere ulaşmak için çalışan annelerde emzirmeyi destekleyici yaklaşımların artırılmasının gerekliliği çok açıktır.

- Ülkemizdeki sıklığı yadsınamaz bir gerçek olan sezaryen oranlarının bebek beslenmesi üzerine olan olumsuz etkileri çalışmamızda açıkça ortaya konmuştur. Bu nedenle gereksiz sezaryenlerden kaçınmak da hem yenidoğan sağlığı açısından risk olabilecek durumların önlenmesi, hem de anne sütü ile beslenmenin artırılması konusunda aşılması gereken bir sorundur.
- Çalışmamızda yapılan taramalarda (idrar taraması, kan sayımı taraması, GKD taraması) saptanan anlamlı sonuçlar ülkemiz için bu taramaların önemini ortaya koyar niteliktedir. Bu nedenle özellikle üniversite hastanelerinde sıklıkla uygulanan bu taramaların ülke geneline yaygınlaştırılmasının koruyucu çocuk sağlığı hizmetlerinde atılacak önemli bir adım olacağını düşündürmektedir.
- Ülkemizde süt çocukluğu dönemindeki demir eksikliği anemisi sıklığı dikkate alındığında demir profilaksisinin önemi açıkça ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmadan alınan sonuçlar doğrultusunda süt çocuklarında (term sağlıklı çocuklar için) demir profilaksisinin 6 aydan önce (örneğin 4 ay) başlanması ve iki yaşına kadar devam edilmesinin gerekli olduğu kanaatine varılmıştır.
- Çalışmada anne eğitiminin doğurganlık hızında azalma ile olan ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca Hib aşılması ile ilgili saptadığımız sonuçlar anne eğitiminin aşılama da çok önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal Pediatri Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran çocuklarda yapılan bu çalışmada, annelerin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin yüksek olduğu göz önüne alınırsa annenin eğitim düzeyinin ideal

sağlık hizmetine ulaşmak için önemli bir araç olduğu da söylenbilir. Bu bilgiler bize çocuğun sağlık ve bakımında anne eğitiminin önemini göstermektedir.

- Mevcut dosya kayıt sistemi yeterli ve sağlıklı veri toplayabilmek için çok uygun değildir. Özellikle gelişimin standart bir şekilde kaydı mümkün olamamakta, dolayısı ile verilerin toplanması ve analizi yapılamamaktadır. Bu nedenle hasta bilgilerinin daha sağlıklı ve eksiksiz kayıt edilebilmesi için standart hasta kayıt formlarının hazırlanması ve kullanılması uygun olacaktır.

Çocukların sağlık düzeyinin yükseltilmesi için annelerin eğitime özel önem gösterilmesi ve ideal birinci basamak ocuk sağlığı hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaştırılması gerekir. Bu, bizleri daha parlak bir geleceğe taşıyacak olan çocuklarımıza en büyük borcumuzdur.

## ÖZET

### Sosyal Pediatri Polikliniğinde Sağlık İzlemi Yapılan Çocukların 24 Aylık İzlemlerinin Sonuçları

Sağlık izlemi, çocuk sağlığı alanında birinci basamak hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Özellikle 0-24 ay arası dönem, sağlık izlemleri açısından, temel koruyucu sağlık uygulamalarının yapıldığı önemli bir süreci kapsar. Biz çalışmamızda Sosyal Pediatri Polikliniğinde sağlık izlemi yapılan çocukların, ilk 24 aylık sağlık izlem sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık. Bu bağlamda çocukların sosyodemografik özellikleri, beslenme ve büyüme durumları ile aşılama durumları değerlendirilmiştir. Ayrıca tarama uygulamalarının (kan sayımı taraması, gelişimsel kalça displazisi taraması, idrar taraması) analizi yapılmış ve ailelerin profilaktik vitamin uygulamalarına ( D vitamini profilaksisi ve demir profilaksi) uyumları da incelenmiştir. Ek olarak çocukların yeni doğan döneminden sonra, 24. aya kadar geçirdikleri sağlık sorunlarına ait bilgiler de değerlendirilmiştir.

Çalışmaya, Sosyal Pediatri Polikliniğinde izlenmekte olan çocuklardan, ilk 2 yaşta sağlık izlem ziyaretleri düzenli olarak yapılmış 501 çocuk alınmıştır. Dosyalarda bulunmayan bilgiler için ailelerle telefonla veya yüz yüze görüşülerek eksik bilgiler tamamlanmıştır.

Araştırma grubunun 252'si (%50,3) erkek, 249'u (%49,7) kız çocuklardan oluşmaktadır. Bebeklerin 453'ü (%90,4) term, 48'i (%9,6) pretermdir. İki-24 aylık dönemdeki sağlık izlem ziyareti sayısı ortalama  $10,40 \pm 1,01$ 'dir. Çocukların iki yaşına kadar olan izlemlerinde, hemen tümünün boy ve vücut ağırlığı ölçümleri normal persantil değerlerinde seyretmiştir.

Çocukların %3'ünün hiç anne sütü almadığı, ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenenlerin grubun %33,1'ini oluşturduğu ve 19-24 ayda anne sütü almaya devam eden çocuk sıklığının da % 39,5 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bebeklerin, ek gıdaya başlama zamanı ortalama  $4,26 \pm 1,9$  ay'dır. Preterm, düşük doğum ağırlıklı ve sezaryen ile doğan bebeklerin ek gıdaya daha erken başladığı belirlenmiştir. Ek gıdaya erken başlamanın, ilk altı ayda formül süt ile beslenmenin ve annenin çalışıyor olmasının emzirme süresini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Çalışmada dosya verileri incelenen 501 çocuğun tümünün de yaşına göre tam aşılı olduğu belirlenmiştir. Bu çocukların izlemi *Hemophilus influenzae tip b* (Hib) aşısının henüz rutin olarak uygulanmadığı döneme ait olmakla birlikte, 2 yaşın sonunda çocukların % 82'sinin Hib'e karşı aşılandığı saptanmıştır.

Çalışmaya alınan çocukların tümüne demir ve D vitamini profilaksisi başlanmıştır. Ancak demir profilaksisini düzenli alanların sıklığı % 67,8'dir.

Bu çocuklarda 24. ayda demir eksikliği anemisinin sıklığı belirgin olarak azalmıştır. Çocukların % 92,8'i gelişimsel kalça displazisi açısından ultrasonografik olarak incelenmiş, hiç birinde patoloji saptanmamıştır. Ancak bu çocuklardan birinde 5. ayda yapılan fizik muayene ile gelişimsel kalça displazisi tanısı konmuştur. Çocukların tümüne 4-9 aylar arasında tam kan sayımı yapılmış, bunların da %15,3'ünde demir eksikliği anemisi saptanmıştır. İdrar taraması yapılan 455 çocuktan %3,5'inde asemptomatik bakteriüri saptanmıştır.

Çocukların yenidoğan döneminden sonra, 2. yaş sonuna kadar süren izlemlerinde en sık karşılaştıkları sağlık sorununun enfeksiyon hastalıkları olduğu, % 83'ünün en az bir kez enfeksiyon geçirdiği belirlenmiştir. En sık geçirdikleri enfeksiyon üst solunum yolu enfeksiyonudur. İkinci sıklıkta karşılaşılan sağlık sorunu demir eksikliği anemisidir. Çocukların aşılandıkları hastalıklardan herhangi birine yakalanmadığı saptanmıştır. Tam aşıli olmanın bu hastalıklara karşı koruyucu etkisi bu çalışmada da görülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışma, sağlık izlem ziyaretleri düzenli yapılmış olsa da annelerin bebek beslenmesi konusundaki bilgi ve davranışlarının yetersizliğini göstermektedir; altı ay boyunca yalnızca anne sütü verenlerin sıklığı düşüktür, ek gıda başlama zamanı 4 aya kadar inmektedir. Her ne kadar büyüme geriliği saptanmamış olsa da, bebeklerin yeterince anne sütü alamamış olması çeşitli sağlık sorunlarına da yol açmış olabilir. Süt çocukluğu döneminde görülen demir eksikliği anemisi sıklığı ve yüksek enfeksiyon hastalığı insidansının beslenme ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu araştırma tarama uygulamalarının ve demir profilaksisinin önemini ortaya koymaktadır.

Bu sonuçlar göstermektedir ki, anne sütü ile beslenme konusunda yapılan eğitimlerin artırılması ve annelere emzirme konusunda tutum kazandırılmaya çalışılması gerekir. Aynı zamanda düzenli profilaktik uygulamaların ve tarama uygulamalarının etkinliği dikkate alınarak aksatılmaksızın sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Çocuk sağlığı izlemi, büyümenin değerlendirilmesi, taramalar, profilaktik vitamin uygulamaları, anne sütü.

## SUMMARY

### Results of 24 Months Supervision of Children in Social Pediatrics Polyclinic

Health supervision is the basis of child health area. Basic protective health applications are made especially in 0-24 months period. Our purpose was to evaluate the first 24 months health supervision results of children followed in Social Pediatrics Polyclinic. Sociodemographic characteristics, nutrition, growth and vaccination of children were evaluated. Analysis of screening applications (blood count, developmental dysplasia of the hip, urine screening) was made and it was evaluated if families obeyed prophylactic vitamin application (vitamin D prophylaxy and iron prophylaxy). Additionally information on health problems of children from birth to 24 months were evaluated.

501 children whose health supervision visits were regular until 2 years old in Social Pediatrics Polyclinic were taken into our study. Missing information in the files was obtained from families through phone calls or face to face interviews.

252 males (50,3 %) and 249 females (49,7 %) were in study group. 453 babies (90,4%) were term and 48 babies (9,6 %) were preterm. Number of health supervision in two-24 month period is  $10,40 \pm 1,01$ . Height and weight measurements of all children until 2 years old were in normal persantile value.

3% of children had never been breastfeed. 33,1% of children were exclusively breastfeed within the first six months and 39,5% of children continued to be breastfeed in 19-24 months. Babies started weaning approximately in  $4,26 \pm 1,9$  months. It was determined that preterm, low birth weight babies and ceasarean babies started weaning earlier. It was determined that starting weaning earlier, feeding the baby with formula milk in the first six months and working mothers had negative influence on duration of breastfeeding.

It was determined that 501 children were properly vaccinated according to their ages. *Haemophilus influenzae type b* (Hib) vaccination was not a routine during children supervision, however, it was determined that 82% of children were vaccinated for Hib at the end of age 2.

Iron and vitamin D prophylaxy was started in all children in the study. However, 67,8% of them took iron prophilaxy regularly. The incidance of iron deficiency anemia in these children decreased significantly in 24 months. 92,8% of children were evaluated according to developmental dysplasia of the hip ultrasonographically and no pathology was detected. However, after the physical examination, one of these children had developmental dysplasia

of the hip in the 5<sup>th</sup> month. All the children had blood count screening between 4-9 months and 15,3% of them had iron deficiency anemia. 3,5% of 455 children had asymptomatic bacteriaurea during urine screening.

It was determined that the most frequent health problem of children from birth to the end of age 2 was infection and 83% of them had at least one infection. The most frequent infection was upper respiratory infection. The second frequent health problem was iron deficiency anemia. Children did not catch any disease related to their vaccinations. The protective effect of vaccinations was seen also in this study.

As a result, it was determined that mothers do not have enough information on baby feeding even though health supervision visits were regular. The incidence of only breastfeeding during the first six months is low. Weaning is as early as 4 months. Even though there was no growth retardation, the fact that babies did not get enough mother milk may have led to many health problems. It was thought that iron deficiency anemia frequency in milk sucking period and high infection disease incidence may be related to nutrition. At the same time this research shows the importance of screening applications and iron prophylaxy.

These results show that people should be educated more on the importance of mother milk and mothers should be taught on breastfeeding. At the same time prophylactic applications and screening should be continued reg

Key Words: Child health supervision, assessment of growth, screenings, prophylactic vitamin application, breastfeeding.

## VII. KAYNAKLAR

1. Oran O, Tekşam Ö. Dünyada ve Türkiye’de çocuk sağlığı ve ölüm nedenleri. *Katkı Pediatri Dergisi Sosyal Pediatri I.* 2003; 25(1):27-36
2. Dworkin PH. Preventive health care and anticipatory guidance. *Handbook of Early Childhood Intervention.* 2. Baskı (Ed. Shonkoff JP, Meisels SJ.)’da Cambridge University Pres, New York- Cambridge 2000 s.327-335.
3. Sectish TC. Preventive pediatrics, *Nelson Textbook of Pediatrics* 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, JensonHB.)’ da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.14-20.
4. Yurdakök K. Sosyal pediatri. *Katkı Pediatri Dergisi Sosyal Pediatri. I.* 2003; 25(1):5-11.
5. Schor EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics.* 2004,114:210-216
6. Ertem İÖ. Gelişimin izlenmesi ve desteklenmesinin önemi. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Sosyal Pediatri Özel Sayısı.*2006; 2(2):44-50.
7. Güneş M. Çocuk hekimliğinde aile merkezli yaklaşımlar. *Gelişimsel Pediatri* (Ed. Ertem İÖ.)’de, Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, Ankara 2005.s.453-465.
8. Inkelas M, Schusler MA, Olson LM, Park CH. ve Halfon N. Continuity of primary care clinician in early childhood. *Pediatrics* 2004;113:1917-1925
9. Yurdakök K, Alanay Y. Dünyada ve Türkiye’de çocukların durumu. *Katkı Pediatri Dergisi Sosyal Pediatri I.*2003; 25(1):13-26
10. Köse R. Türkiye’de anne ve çocukların durumu. 4. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitapçığı. 16-19 Ekim 2007 Adana.s.17-22.

11. <http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08.pdf>. UNICEF The States of The World's Children 2008. Erişim tarihi: 15/01/2008.
12. Buzgan T. Türkiye'de rutin aşı uygulamaları. 2. Ulusal Aşı Sempozyumu. Özet Kitabı.s.43-47 30 Ekim-3 Kasım 2007. Ankara.
13. Özmert EN. Çocuk sağlığı izlemi. Katkı Pediatri Dergisi Sosyal Pediatri I. 2003; 25(1):115-132.
14. Freed GL, Clark SJ, Pathman DE ve Schectman R. Influences on the receipt of well-child visits in the first two years of life. Pediatrics 1999;103:864-869.
15. Torjesen K. ve Olnes K. Child health in developing world, Nelson Textbook of Pediatrics 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson H.B.)'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.12-14.
16. Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi. Türk Pediatri Arşivi. 2007; 42:6-11
17. Beyazova U. Sağlam çocuk izlemeleri. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Sosyal Pediatri Özel Sayısı. 2006;2(2):4-11.
18. Türmen T. Dünyada çocuk sağlığı. 43. Türk Pediatri Kongresi, 16-20 Mayıs 2007; Bodrum. Kongre Kitapçığı s. 23-25.
19. Bulletin of the World Health Organization 2005
20. Gülnar SB. Dünyada ve Türkiye'de çocukların durumu. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Sosyal Pediatri Özel Sayısı.2006; 2 (2):1-3.
21. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm> Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)-2003 verileri. Erişim Tarihi: 12/01/2008.
22. TÜİK ölüm istatistikleri. Beş yaş altı çocuk ölüm nedenleri 2005
23. Yurdakök K. Uluslararası çocuk hakları sözleşmesi. Katkı Pediatri Dergisi Sosyal Pediatri I. 2003.;25(1): 37-42.
24. [www.unicefturk.org](http://www.unicefturk.org) Erişim tarihi: 20/01/2008.

25. Bülbul, SH. Bin yıl kalkınma hedefleri. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi 2005; 48: 1-7.
26. [www.ekutup.dpt.gov.tr](http://www.ekutup.dpt.gov.tr) Erişim tarihi: 19/01/2008.
27. Bülbul SH. Bin yıl kalkınma hedefleri. 4. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kongre Kitapçığı. 16-19 Ekim 2007 Adana. s.39-40.
28. Bradley RH, Vandell DL. Child care and the well-being of children. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161(7) :669-676.
29. American Academy of Pediatrics. Family pediatrics: report of the task force on the family. Pediatrics 2003; 111; 1541-1571.
30. Green M, Palfrey SJ, Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children and adolescents, 2. Baskı, Arlington VA. National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.
31. Kogan MD, Schuster MA, Yu SM, Park CH, Olson LM, Inkelas M, Bethell C, Chung PJ. ve Halfon N. Routine assessment of family and community health risk: parent views and what they receive. Pediatrics 2004;113:1934-1943.
32. Palfrey JS, Sofis LA, Davidson EJ, Liy J, Freeman L ve Ganz ML. The pediatric alliance for coordinated care: evaluation of a medical home model. Pediatrics 2004;113:1507-1516.
33. Herrod HG. Do First Years Really Last a Lifetime? Clin Pediatr (Phila) 2007;46:199-205.
34. Overby KJ, Pediatric health supervision, Rudolph' s Fundamentals of Pediatrics 3. Baskı (Ed. Rudolph AM, Kamei RK, Overby KJ.)'da McGraw-Hill, California. 2002 s:1-70.
35. Özmert EN, Çevre ve çocuk sağlığı. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Sosyal Pediatri Özel Sayısı. 2006; 2; 59-63.
36. Halfon N, Inkelas M, Mistry R ve Olson LM. Satisfaction with health care for young children. Pediatrics 2004;113: 1965-1972.

37. Bethell CD, Read D ve Brockwood K. Using existing population- based data sets to measure the American Academy of Pediatrics Medical Home for all children and children with special health care needs. *Pediatrics* 2004;113: 1529-1537.
38. Christakis DA, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL ve Connell FA. Continuity of care is associated with high- quality careby parental report. *Pediatrics* 2002;109;54-61.
39. Nelson CS, Higman SM, Sia C, McFarlane E, Fuddy L ve Duggan AK. Medical Homes for at- risk children: parental reports of clinician-parent relationships, anticipatory guidance and behaviour changes. *Pediatrics* 2005; 115:48-56.
40. Christakis DA, Kazak AE, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. What factors are associated with achieving high continuity of care? *Fam Med* 2004;36(1):55-60.
41. <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/slaitis/nsech.htm> The National Survey of Early Childhood Health: Parents' views on preventive care for infants and toddlers. Erişim Tarihi: 10/01/2008.
42. Gökçay G, Neyzi O, Bulut A. Sosyal Pediatri. *Pediatri* ( Ed. Neyzi O, Ertuğrul T. 3. Baskı)' de Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2002 s.35-71.
43. Gür E. Sağlıklı çocuk izlemi. *Klinik Çocuk Forumu*. 2006;6(5):1-4.
44. Olson LM, Inkelas M, Halfon N, Schuster MA, O'Connor KG, Imstry R, Overview of the content of health supervision for young children: Reports from parent and pediatricians. 2004, 113: 1907-16.
45. Byrd RS, Hoekelman RA ve Auinger P. Adherence to AAP guidelines for well-child care under managed care. *Pediatrics* 1999;104:536-540.
46. Garfield CF ve Isacco A. Fathers and the well-child Visit. *Pediatrics* 2006;117:637-645.

47. Mc Carthy PL. The well child. Nelson Textbook of Pediatrics 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson H.B.)'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.20-22.
48. Stoll BJ, Kliegman RM. The Newborn infant. Nelson Textbook of Pediatrics 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB.)'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s. 523-531.
49. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Committee on quality improvement, subcommittee on developmental dysplasia of the Hip. Pediatrics 2000;105: 896-905.
50. Sultan C, Paris F, Jeandel C, Lubrosso S, Galifer RB. Ambiguous genitalia in the newborn. Semin Reprod Med 2002; 20: 181-188.
51. Elder JS. Urologic disorders in infant and children. Nelson Textbook of Pediatrics 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB.)'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.1783-1844.
52. Renshaw TS. Screening School Children Scoliosis. Clin Orthop.1988;229:26-33.
53. Bernstein D. Systemic Hypertension. Nelson Textbook of Pediatrics 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB.)'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.1592-1594.
54. Hall DMB ve Stewart-Bromn S. Screening in Child health. British Medical Bulletin. 1998; 54(4):929-943.
55. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. Lancet 2007 Jun 2;369(9576):1891-9.
56. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. Arc Dis Child 2000;82:197-201
57. Cole TJ. Assessment of growth. Clinical Endocrinology and Metabolism. 2002;16(3):383-398.

58. Bundak R. Normal Büyüme. *Pediatric Endocrinology* (Ed. Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S.)' de, Kalkan Matbaacılık, Ankara 2003 s.39-64.
59. Yalçın SS. Büyümenin izlenmesi programında Yenilikler. 4. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kongre Kitapçığı, 16-19 Ekim 2007 Adana s.95-102.
60. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height- for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index- for- age: Methods and development. World Health Organization, Genova. 2006.
61. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatrica Supplement* 2006;450:5-101.
62. Bloem M. The 2006 WHO child growth standarts. *BMJ*. 2007;334:705-706.
63. Neyzi O, Binyıldız P, Alp H. Türk çocuklarında büyüme standartları. *Ist Tıp Fak Mecmuası* 1978;41(suppl 74) 1-41.
64. Bundak R, Neyzi O. Büyüme. *Pediatric* (Ed. Neyzi O, Ertuğrul T. 3. Baskı)' de Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002 s.85-100.
65. Neyzi O, Furman A, Bundak R, Gunoz H, Darendeliler F ve Bas F. Growth references for Turkish children aged 6 to 18 years. *Acta Paediatrica*. 2006;95:1635-1641.
66. Needlman RD. Growth and development. *Nelson Textbook of Pediatrics* 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB.)'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.23-66.
67. Thalange NK, Foster PJ, Gill MS, Price DA, ve Clayton PE. Model of normal prepubertal growth. *Archives of Disease in Childhood*, 1996;75: 427-431.

68. Regalado M, Halfon N. Primary care services promoting optimal child, development from birth to age 3 years. Arch.Pediatr Adolesc. Med.2001; 155:1311-1322.
69. Glascoe FP. Screening for developmental and behavioral problems. Ment Retard Retard Dev Disabil Res Rev. 2005; 11:173-179.
70. Halfon N, Regalado M, Sareen H, Inkelas M, Reuland CHP, Glascoe FP ve Olson LM. Assessing Development in the Pediatric Office. Pediatrics 2004;113:196-1933.
71. Regalado M. ve Halfon N. Health promotion and disease prevention-developmental and behavioral surveillance. Pediatrics (Ed. Osborn LM, DeWitt TG, First LR, Zenel JA.)' de Elsevier Mosby California. 2002 s:224-233.
72. Coşkun T. Fenilalanin. Amino asit metabolizması ve bozuklukları. (Ed. Coşkun T).’ ında. Alp Ofset matbaacılık Ankara . 2003 s.182-236.
73. Çamurdan A D. Taramalar. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Sosyal Pediatri Özel Sayısı. 2006; 2(2):12-26.
74. Küçükkasap T. Fenilketonüride ailenin bilgi düzeyinin hastalığın metabolik kontrolü üzerine etkisinin araştırılması ve uygun bir eğitim modeli geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi. Ankara 2006.
75. Ataş A, Çakmak A, Karazeybek H. Konjenital hipotiroidizm. Güncel Pediatri. 2007. 5(3):70-76.
76. Yordam N, Ozon A, Alikashioglu A, Gonc N, Kandemir N. Results of neonatal screening for congenital hypothyroidism in Turkey: Hacettepe experience. Horm Res 2003;60(suppl 2):100.
77. Yordam N, Calikoglu AS, Hatun S, Kandemir N, Oguz H, Tezic T, Özalp I. Screening for congenital hypothyroidism in Turkey. Eur J Pediatr 1995;154(8):614-6.

78. Şirin H, Özbaş S, Meşe H, Altunsu AT, Köse MR. Neonatal tarama programı sonuçları. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitapçığı. 16-19 Ekim 2007 Adana.s.246.
79. Jr. Haddad J. Hearing Loss. Nelson Textbook of Pediatrics 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB.) 'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.2129-2135.
80. Genç GA, Ertürk BB, Belgin E. Yenidoğan işitme taraması: başlangıcından günümüze. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48(2):109-118.
81. Schilt M. Hip sonography for newborn screening. Schweiz Rundsch Med Prax. 2004 Apr.7;93(15):597-614.
82. American Academy of Pediatrics Committee on quality improvement, subcommittee on developmental dysplasia of the hip. Clinical practice guideline: Early detection of developmental dysplasia of the hip. Pediatrics 2000; 105:896-905.
83. Thompson GH. The Hip. Nelson Textbook of Pediatrics 17. baskı (Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB.)'da WB Saunders Company, Philadelphia 2004 s.2273-2280.
84. Eidelman M, Katzman A, Freiman S, Peled E, Bialik V. Treatment of true developmental dysplasia of the hip using Pavlik's method. Journal of Pediatric Orthopaedics B. 12(4):253- 258, July 2003.
85. Rosenberg N, Bialik V, Norman D, Blazer S. The importance of combined sonographic and clinical examination of instability of the neonatal hip. Int Orthopaedics 1998;22:185-8.
86. Bilgen S, Sarıözen B. Gelişimsel kalça displazisi. Güncel Pediatri 2005; 2: 18-21.
87. Smellie JM, Poulton A, Prescod NP, Retrospective study of children with renal scarring associated with and urinary infection. Br Med J. 1994;308:1193-1196.

88. Rushton HG. Urinary tract infections in children. Epidemiology, evaluation and management. *Pediatr Clin North Am.* 1997;44(5):1133-1169.
89. Ma LC, LI PS. ve Wong SN. Is Bag urine culture useful in monitoring urinary tract infection in infants? *J Paediatr Child Health.* 2002.;38:377-381.
90. Nebigil I, ve Tümer N. Asymptomatic urinary tract infection in childhood. *Eur J Pediatr.* 1992;151:308-309.
91. Downs SM, American Academy of Pediatrics Committee on quality improvement, urinary tract subcommittee. Technical Report Summary: Urinary tract infections in febrile infants and young children. *Pediatrics.*1999;103:54-60.
92. Provan D. Mechanism and management of iron deficiency anemia. *Br J Haematol.* 1999;105(1):19-26.
93. Wu AC, Lesperance L, Berstein H. Screening for iron deficiency. *Pediatrics in Review.* 2002;23(5):171-177.
94. Mudra Kohli–Kumar. Screening for anemia in children: AAP Recommendations- A Critique. *Pediatrics.* 2001; 108(3): 56-57.
95. Lannotti LL, Tielsch JM, Black MM ve Black RE. Iron supplementation in early childhood: health benefits and risks. *Am J Clin Nutr* 2006;84:1261–76.
96. Akşit S. Bebeklik dönemine eser elementler. 42. Türk Pediatri Kongresi Kongre Kitapçığı.s.99-104. Belek Antalya 15-20 Mayıs 2006.
97. [www.sağlık.gov.tr](http://www.sağlık.gov.tr) Erişim Tarihi: 10/01/2008.
98. American Academy of Pediatrics. Clinical Report: Prevention of rickets and vitamin D deficiency : New Guidelines for Vitamin D. *Pediatrics* 2003;11; 908-911.
99. Hochberg Z, Bereket A, Davenport M, Delemarre-Van de Waal HA, De Schepper J, Levine MA, Shaw N, Schoenau E, van Coeverden SC,

- Weisman Y, Zadik Z. European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) bone club. Consensus development for the supplementation of vitamin D in childhood and adolescence. *Horm Res* 2002;58:39-51.
100. Hatun Ş. Günümüzde D vitamini yetersizliği sorunu. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Vitamin ve Mineraller Özel Sayısı*. 2006;2(11): 42-46.
101. Orhon FŞ. Rutin bağışıklama programı ve aşılama özellikleri. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Sosyal Pediatri Özel Sayısı*. 2006; 2(2):27-34.
102. Bethell C, Peck C. ve Schor E. Assessing health system provision of well- child care: The promoting healthy development survey. *Pediatrics* 2001;107:1084-1094.
103. Bethell C, Reuland CHP, Halfon N ve Schor EL. Measuring the quality of preventive and developmental services for young children: National estimates and patterns of clinicians' performance. *Pediatrics*. 2004;113:1973-1983.
104. Williams DP ve Christensen NK. Principles of Nutrition. *Pediatrics* (Ed. Osborn LM, DeWitt TG, First LR, Zenel JA.)' de Elsevier Mosby California. 2002s.145-152.
105. Doğan DG, Ertem İÖ. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yeme sorunları. *Gelişimsel Pediatri* (Ed. Ertem İÖ.)' de, Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, Ankara 2005.s.230-246.
106. Saner G, Demirkol M, Gökçay G, Günöz H, Hüner G, Garibağaoğlu M. Beslenme ve beslenme bozuklukları. *Pediatri cilt 1* (Ed. Neyzi O, Ertuğrul T.)'de 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri.İstanbul.2002. s.167-248.
107. Beaudry M, Dufuor R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J. Pediatr* 1995;126:191-197.

108. Coşkun T. Anne sütünün ile beslenmenin yararları. Katkı Pediatri Dergisi. Sosyal Pediatri II. 2003;25(2):199-202.
109. Fewtrell MS, Lucas A ve Morgan JB. Factors associated with weaning in full term and preterm infants. Arch. Dis. Fetal Neonatal Ed.2003;88:296-301.
110. Foote KD, Marriott LD. Weaning of infants. Arch Dis Child. 2003;88(6):488-492.
111. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk, section on breastfeeding. Pediatrics 2005;115: 496-506.
112. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. Pediatrics. 1998;101(1): 9-18.
113. Collaborative Group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and Breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet. 2002;360:187-195.
114. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of fractures in elderly women. Int J Epidemiol. 1993;93(22):684-691.
115. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>  
Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Erişim Tarihi: 15/01/2008.
116. [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010914\\_21](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010914_21). Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO european region. Erişim Tarihi: 15/01/2008.
117. Callen J ve Pinelli J. A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration and barriers to breastfeeding in preterm infants. Advances in neonatal care. 2005;5(2):72-88.

118. Rogers IS, Emmett PM, Goloding J. The incidence and duration of breast feeding. *Early Human Development*. 1997;49:45-74.
119. Akıncı Z. 0-12 ay arası sağlıklı bebeklerde büyümenin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara 1997.
120. Ardal D. Ankara il sınırları içinde inek sütüne dayalı bebek mamaları'nın kullanım durumu. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Süt Teknolojisi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 1998.
121. Arslan P. 0-1 yaş grubu çocukların beslenme şekillerinin ağırlık ve boy uzunluğu üzerine etkisi. *Beslenme ve diyet dergisi*. 1988;17:191-206.
122. Akgün TY. Anne sütü ile beslenme durumu ve bu durumu etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2006.
123. Yılmaz G, Gürakan B, Akgün S, Özbek N. Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Turk J Pediatr*. 2002;44(1):30-34.
124. Bildirici Y. Anne sütüyle Beslenme Sıklığı, süresi ve ek gıdaya geçişi etkileyen faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara 1994.
125. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2005;48:226-233.
126. Polat S, Mert E, Hallıoğlu O. İlk altı ayda beslenme şekli ile büyüme arasındaki ilişki ve emzirmeyi etkileyen durumlar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;3:281-286.
127. Tokatlı A. Ek besinlere Geçiş (Weaning) Dönemi. *Katkı Pediatri Dergisi*. Sosyal Pediatri II. 2003;25(2):253-259.
128. Dölen İ. Normal Doğum mu? Sezaryen mi?. 4. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi kongre kitapçığı. s:105-111. 16-19 Ekim 2007. Adana

129. Tunçel EK, Dünder C. Canbaz S, Peşken Y. Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2006;1081):1-6
130. Şanlıer N, Aytekin F. Sıfır-üç yaş grubunda çocuğu bulunan annelerin beslenme ve ishal konusunda bilgi ve davranışlarının incelenmesi. GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi.2004;24(3):81-100
131. Berovic N. Impact of sociodemographic features of mother on Breastfeeding in Croatia: Questionnaire study. CMJ. 2003;44(5):596-600
132. Hwang WJ, Chung WJ, Kang DR, Suh MH. Factors affecting breastfeeding rate and duration.(özet) J. Prev Med pub Health.2006;39(1):74-80
133. Hanedan S, Aktay N, Şengül A, Hatipoğlu N, Yılmaz Ç, Öztürk S, Kavuncuoğlu S. Preterm bebeklerde beslenme konusunda annelerin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi (Özet) Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi (Logos) 2004;10(2):97-101
134. Şahin S. Süt çocuğu beslenmesinde ailelerin tutumları, gerisindeki sosyal faktörler ve sonuçların irdelenmesi. Okmeydanı Tıp Dergisi.2003,20(2):34-37
135. Alikışifoğlu M, Erginöz E, Taşdelen Gür E. Batlaş Z. Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. J. Hum Lact. 2001;17(3):220-226
136. Cin A, Özkaya B, Ergin S, Yaprak I, Kansoy S, Engindeniz E. 0-24 aylık bebeklerin beslenmesi ve annelerin anne sütü ve bebek beslenmesine ilişkin bilgi-tutum ve davranışları. Optimal Tıp Dergisi.2000;13(1):3-9
137. Uşkun E, Örmeci AR, Öztürk, M. Bir Üniversite hastanesine başvuran çocuklarda anne sütü alma durumu. Göztepe Tıp Dergisi.2001;16(4):228-233

138. Karatoprak N, Yazar S, Sönmez, EÖ, Nuhoğlu Ç, Yavrucu S. Özgüner A. Anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi(Logos)2003;3(1):44-48
139. Antoniou E, Dagalas M, Iatrakis G, Kouronis G, Greatsas G. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Greece. Clin Exp Obstet Gynecol.2005;32(1):37-40
140. Chertok IR, Shoham-Vardi I, Hallak M. Four-month breastfeeding duration in postcesarean women of different cultures in the Israeli Negev.J. Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(2):145-160
141. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibbert PL, Lucas A, Kleinman RE. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is evidence to support current recommendations?. Am J Clin Nutr.2007;85(2):635-638
142. Dallar Y, Er P, Şıklar Z. Annelerin bebek beslenmesi konusuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. Ege Pediatri Bülteni. 2002; 9:175-180
143. Özcebe H, Bertan M, Doğan BG. Anne sütü ile beslenme ve Ankara'da bebek dostu hastaneleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1991;34:305-316
144. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Factors associated with duration of breastfeeding. J. Pediatr (Rio J) 2007;83(3):241-246
145. Hla MM, Novotny R, Kieffer EC, Mor J, Thiele M. Early weaning among Japanese women in Hawaii. J Biosoc Sci. 2003;35(2):227-241
146. Vega Lopez MG, Gonzalez Perez GJ. Maternal factors relating to breastfeeding duration in areas around Guadalajara, Mexico. Bull Pan Am Health Organ. 1993;27(4):350-359
147. Ardal D. Ankara il sınırları içinde inek sütüne dayalı bebek mamaları'nın kullanım durumu. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Süt Teknolojisi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.1998

148. Karaçam Z. Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero four months: a community- based study Turkish women(özet). J. Clin Nurs.2007.14
149. Yurdakök M ve Coşkun, T. Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Dergisi'nde yayınlanan yazılardan seçmeler. Sosyal Pediatri. 1998. s:94-100
150. Ryan AS, Wenjun Z ve Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. Pediatrics. 2002;110:1103-1109
151. Navarro Estrella M, Duque-lopez MX, Trejo y Perz PA. Factors associated with short duration of breast-feeding in Mexican working women(özet) Salud Publica Mex.2003. 45(4):276-284
152. WT Lee, Wnong E, Lui SS, Chan V, Lau J. Decision to breastfeed and early cessation of breastfeeding in infants below 6 months old a population based study of 3204 infants in Hong Kong.
153. Callen J ve Pinelli J. Incidence and Duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe and Australia: A literature Review. BIRTH.2004;31(4):285-292
154. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 Literature Review. JOGNN IN REVIEW.2001;31(1):12-32
155. CT L, Diallo A, Simondon F, Simondon KB. Early short-term infant food supplementation, maternal weight loss and duration of breastfeeding:a randomised controlled trial in rural Senegal.Eur. J. Clin Nutr. 2006;60(2):265-271
156. Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS. Do infant formula samples shorten duration of breast-feeding?(özet). Lancet. 1983;21;1(8334):1148-1151
157. Riva GE, Banderali G, Scaglioni S, Veehof S, Sala M, Agostoni RC. Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. Acta Paediatrica 2004;93(4):492-497

158. Abada TS, Trovato F, Lalu N. Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. *Soc Sci Med.*2001;52(1)71-81
159. Evans CJ, Lyons NB, Killien MG. The effect of infants formula samples on breastfeeding practice. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1986;15(5):401-405
160. Bliss MC, Wilkie J, Acredolo C, Berman S, Tebb KP. The effect of discharge pack formula and breast pumps on breastfeeding duration and choice of infant feeding method. *Birth.* 1997;24:90-97
161. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from national survey. *Obstet Gynecol.* 2001;97:290-295
162. Binns CW, Graham KI, Scoot JA ve Oddy EH. Infants who drink cows milk: A cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2007;43:607-610
163. Ertem İÖ, Akıncı Z, Ulukol B, Gülnar S. Socioeconomically advanteged infants attending a University well-child clinic in Ankara: are they breasft-feeding optimally? (özet) *Turk J. Pediatr.* 2001;43(3):223-230
164. Altay ND. İnfant Dönemi bebeklerde beslenme epidemiyolojisi ve enfeksiyon hastalıkları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2007
165. Kılıç İ Ö. Çocukluk yaş grubunda aşılama durumu. Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Ankara 1998
166. Falliner A, Schwinzer D, Hahne HJ, Hassenpflug J. Comparing ultrasound measurements of neonatal hips using the methods of graf and Tejersen *Lournal of bone and Joint Surgery.*2006;88(1):104-114

167. Bache CE, Clegg J, Herron M. Risk faktors for developmental dysplasia of the hip: Ultrasonografic Findings in the Neonatal Period. Journal of Pediatric Orthopaedics B. 2002;11(3):212-218
168. Lowry CA, Donoghue VB, O'Herlihy C, Murphy JF. Elective caesarean section is associated with a reduction in developmental dysplasia of the hip in term breech infants. Journal of Bone and Joint Surgery. 2005;87(7):984-992
169. Sürenk k F. Doğumsal Kalça ıkığı. 43. Türk Pediatri Kongresi Kongre Kitapçığı s. 105-106. Bodrum. 16-20 Mayıs 2007
170. Şahin F, Aktürk A, Beyazova U, akir B, Boyunaga O, Tezcan S, Bölükbaşı S, Kanatlı U. Screening for developmental dysplasia of the hip: results of a 7 year follow-up study. Pediatr Int. 2004;46(2):162-166
171. Savcı A.A. Konya Bölgesinde Gelişimsel kalça displazisi tanısında yenidoğanlarda kalça ultrasonografisi (Graf yöntemi) ile tarama çalışmasının etkinliği. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Cerrah  bilimler B l m  Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Konya 2006
172. Bilenco N, Yehiel M, Inbar Y, Gazala E. The association between anemia in infants and maternal knowledge and adherence to iron supplementation in southern Israel. Isr Med Assoc J. 2007;9(7):521-524
173. Geltman PL, Meyers AF, Mehta SD, Bruqnara C, Villon I, Wu YA, Bauchner H. Daily multivitamins with iron to prevent anemia in high-risk infants: a randomized clinical trial. Pediatrics. 2004;114(1):86-93
174. Yurdakök K, Temiz F, Yalçın SS, G mr k F. Efficacy of daily and week iron supplementation on iron status exclusively breast-fed infants. J. Pediatr Hematol Oncol. 2004;26:284-285
175. Vatandaş N, Atay G, Tarcan A, Karna S,  zbek N. Hayatın ilk yılında demir profilaksisi ve anemi. ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2007;50:12-15

176. Berçem İ, İçağasioğlu D., Cevit, Ö., Ergür, A.T., Berçem, G., Gültekin, A., Sütçü, The prevalence of iron deficiency and iron deficiency anemia in Adolescents
177. Pehlivan İ, Toprak DG, Hatun Ş. Ülkemizdeki çocuk hekimlerinin D vitamini desteği ve raşitizm konusundaki tutumları. Çocuk Dergisi 2004; 4(1):42-45
178. Toprak DG, Hatun Ş. D vitamini yetersizliği ve D vitamini desteği konusunda pratisyen hekimlerin tutumları.Sted 2004; 13(1):16-18
179. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-1039
180. Özalp İ, Tuçbilek E, Çevik N, Oran O, Kırık E, Kitapçı, F. Anne sütünün enfeksiyonlardan koruyucu etkisi. Çocuk Hast Der. 1986;1:6-10
181. Mihrshahi S, Ichikawa N, Shuaib M, Oddy W, Ampon R, Dibley MJ, Kabir AK, Peat JK. Prevalence of exclusive breastfeeding in Bangladesh and its association with diarrhoea and acute respiratory infection: results of the multiple indicator cluster survey 2003.(Özet) J. Health Popul Nutr. 2007;25(2):195-204
182. Hoberman A, Wald EH. Urinary tract infections young febrile children. Pediatr Infect Dis J. 1997;16:11-17
183. Nicolle LE, Asymptomatic bacteriuria: when to screen and when to treat. Infect Dis Clin North Am. 2003; 17(2):367-94

## VIII. EKLER

### EK-1:ÇOCUKLARIN İZLEM VERİLERİNİ DEĞERLENDİRME BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:..... Cinsiyeti : 0  Kız 1  Erkek

Doğum tarihi:.....Doğduğu yer : 0  AÜTF 1  Diğer(.....)

Gestasyon yaşı: 0.  Term 1  Preterm (.....hafta)

Doğum şekli: 0  Normal vaginal yol 1  Sezaryan

Doğum ağırlığı..... gr

Anne yaşı (doğumda) .....yıl Baba yaşı(doğumda).....yıl

Annenin işi: 0  ev hanımı 1  Çalışan (.....)

Annenin öğrenim durumu: 0  İlkokul 1  Ortaoku 2  Lise 3  Üniversite

Akraba evliliği: 0  Yok 1  Var

Annenin sağlık durumu: 0  Sağlıklı 1  Kronik hastalık (.....)

Ailenin kaçınıcı çocuğu:.....

Ölen kardeş sayısı: 0  Yok 1  1 2  2 3  3 ve üzeri

Ölüm nedenleri(.....)

Kalça muayenesi : 0 Normal 1  Gelişimsel kalça displazisi şüphesi

Kalça USG : 0 Normal 1  Yapılmamış 2  Gelişimsel kalça displazisi

Anne sütü alma süresi: 0  0-2ay 1  3-4 2  5-6 3  7-9 ay  
4  10-12ay 5  13-15 ay 6  16-18 ay  
7  19-23ay 8  ≥24ay ve üzeri

Ek gıdaya başlama yaşı: 0  Doğumda 1  1.ay 2  2.ay 3  3. ay  
4  4.ay 5  5.ay 6  6.ay

İlk 6 ayda verilen gıdalar: 0  Gıda verilmemiş 1  Formül süt 2  İnek sütü  
3  Yoğurt 4  Meyve suyu 5  sebze püreleri  
6  Çorba 7  pirinç unu 9) diğer

İnek sütü başlama zamanı: 0  İlk 6 ay 1  6-12 ay 2  >12ay

İdrar taraması: 0  yapılmış 1  yapılmamış

Rutin idrar incelemesi yapıldığında

a) Bebeğin yaşı: ..... ay

b) Şikayeti: 0  Yok 1  Ateş 2  Huzursuzluk 3  Kilo alamamak  
4  İştahsızlık 5  Diğer

c) İdrar kültürü : 0  üreme yok 1  kontaminasyon 2  anlamlı üreme var

d) Üriner enfeksiyon 0  Yok 1  Var

İlk kan sayımı taraması yapıldığında:

a) Yaşı:.....

b) Hb.....HCT.....MCV..... RDW.....

c) Anemi: 0  Yok 1  Var

d) Fe başlama zamanı..... 15. Verilen Fe miktarı..... mg/kg/gün

d) İkinci(24.ay) kan sayımı taraması: Hb.....HCT.....MCV..... RDW.....

e) Fe kullanımı: 0  Düzenli 1  Düzensiz

İzlem sonrası Anemi: 0  Yok 1  Var

Toplam Dvit3 kullanım süresi:.....

Geçirilen toplam hastalık sayısı: .....

Hastalıklar: .....

Hastanede yatış var mı? 0  yok 1  var(.....)

