

NURŞAH ÖZKAN BAYRAKÇI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2024

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(DOKTORA TEZİ)

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE VERİLEN ÇOCUK
SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN İÇERİĞİ

NURŞAH ÖZKAN BAYRAKÇI

DANIŞMAN
PROF. DR. AYŞE EMEL ÖNAL

SOSYAL PEDIATRİ ANABİLİM DALI
SOSYAL PEDIATRİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2024

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Programında Doktora öğrencisi 2702170008 numaralı **Nurşah ÖZKAN BAYRAKÇI** tarafından **Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL**'ın danışmanlığında hazırlanan “**Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin İçeriği**” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **09/12/2024** tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. E. Gülbin GÖKÇAY
İ.Ü Çocuk Sağlığı Enstitüsü,
Sosyal Pediatri A.D

Jüri

Prof. Dr. Gülsüm Nurhan İNCE
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D

Jüri

Prof. Dr. Perran BORAN
Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D

Jüri

Prof. Dr. Seçil ARICA
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği A.D

Jüri

Doç. Dr. Gonca KESKİNDİRCİ
İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D

Jüri-(Danışman oy hakkı olmaksızın)

Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL
İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Nurşah Özkan Bayrakçı

İTHAF

Doktora tezimi sevgili aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tanımış olduğum ve bu yolculuğu beraber tamamlama fırsatımız olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim, tez sürecinin en başından itibaren çalışmanın planlanmasından bitirme aşamasına kadar pratik çözümleriyle,engin bilgi ve tecrübesiyle, sabrıyla yol gösteren, değerli hocam tez danışmanım Prof Dr Ayşe Emel ÖNAL'a

Bu doktora beni kabul ederek bir hayalimi gerçekleştirme fırsatı sunan,engin bilgi tecrübe ve vizyonuylabir hekim bir hoca nasıl olmalıyı öğreten, her ihtiyaç duyduğumda destekleyen kıymetli hocam Prof. Dr. Gülbin Gökçay'a,

Tez konumu seçerken ve planlarken desteğini esirgemeyen her zaman yapıcı olan emekliliği nedeniyle ayrılmak zorunda kaldığımız, ilk tez danışmanım Prof. Dr. Aygün Dindar'a,

Uzun süren doktora ve tez sürecimde ihtiyaç duyduğumda desteklerini esirgemeyen VKV Amerikan Hastanesi değerli mesai arkadaşlarıma,

Sosyal Pediatri doktora eğitimim boyunca yanımda olan tanımaktan ve birlikte ilerlemekten keyif aldığım dönem arkadaşlarım ve yapıcı ve destekleyici bir tutumla tecrübelerini her daim aktaran önceki dönem mezunlarına,

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini her daim paylaşan çok kıymetli hocalarıma,

Hayatım boyunca en büyük şansım olduklarına inandığım, benim için her zaman her şeyin en iyisini en güzelini isteyen destekleyici, sabırlı ve sevgi dolu saygı değer anne ve babama,

Tanıdığım ilk günden beri beni her anlamda destekleyen, işte hayat arkadaşı böyle olmalı dedirten sevgili eşim Halil İbrahim Bayrakçı'ya ve mucize olduğuna inandığım bitmek bilmeyen enerjisiyle mutluluk ve huzur veren oğlum Alp Bayrakçı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	ii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR	v
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
ÖZET	xv
ABSTRACT.....	xvi
ZUSAMMENFASSUNG / RESUME.....	xvii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMLAMALARI:	4
2.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care):	4
2.1.2. Birincil Bakım (Primary Care) :	4
2.1.3. Genel Pratisyenlik (General Practice/ General Practitioner) / Aile Hekimliği (Family Medicine):	4
2.2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ İÇİN ÖNERİLER:	4
2.2.1. Alma-Ata Deklarasyonu’nun Önemi:	4
2.2.2. Astana Deklarasyonun Önerisi:	5
2.2.3. DSÖ ‘‘Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Ölçüm Çerçevesi ve Göstergeleri’’ Önerisi:	6
2.2.4. DSÖ Çocuk ve Adolesanlar için Birinci Basamak Sağlık hizmeti [9]:	7
2.2.5. Birinci Basamakta Çocuk Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Yapılmış Çalışmalarda Çocuk Sağlığına Holistik Yaklaşım:	14
2.3. ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİ GELİŞİMİ BÜNYESİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN ŞEKİLLENMESİ:	18
2.3.1. Aile Sağlığı Merkezi (ASM):	20
2.3.2. Toplum Sağlığı Merkezi:	21
2.3.3. Entegre Devlet Hastaneleri:	21
2.4. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ, AİLE HEKİMİ VE GÖREVLERİ:	21
2.4.1. Tanımı:	21
2.4.2. Aile Hekimi nasıl olunur?.....	22
2.4.3. Aile Hekiminin Görevleri[11]:	22
2.5. AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI:.....	23
2.6. AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA ŞARTLARI:	24
2.6.1. Aile Hekimlerinin Nüfusu:	24
2.6.2. Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri:.....	24
2.6.3. Aile Hekimliği Ekibi:	25
2.6.4. Aile Hekimlerinin Sözleşmesi:	25
2.6.5. Aile Hekimliği Birimi Sınıflandırması:	26
2.7. ÜLKEMİZDE BİRİNCİ BASAMAKTA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİ:	28

2.7.1. Ülkemizde Çocuklara Yönelik Başlatılmış ve Devam Eden Koruyucu Sağlık Hizmeti Programları:	28
2.7.1.1. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı:	28
2.7.1.2. Yenidoğan İşitme Tarama Programı:	29
2.7.1.3. Yenidoğan Görme Taraması:	30
2.7.1.4. Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması:	31
2.7.1.5. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı:	31
2.7.1.6. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı: ..	32
2.7.1.7. Tamamlayıcı Beslenme Programı:	35
2.7.1.8. Demir Gibi Türkiye Programı:	35
2.7.1.9. D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı:	36
2.7.1.10. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı:	37
2.7.1.11. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı:	37
2.7.1.12. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP):	38
2.7.1.13. Çocuk Güvenliği Sağlanması Programı:	40
2.7.1.14. Bebek Çocuk, Ergen İzlemleri Programı:	41
2.7.1.15. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi:	47
2.7.1.16. Hastalık Yönetim platformu (HYP):	47
2.7.1.17. Covid-19 Çocuk Hasta Yönetimi ve Tedavisi Rehberi:	48
2.7.2. Türkiye Çocuk Sağlığı Verileri:	49
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	54
3.1. ÇALIŞMANIN TİPİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ:	54
3.2. ÇALIŞMAYA ALINMA KRİTERLERİ	54
3.3. ANKET FORMUNUN OLUŞTURULMASI VE VERİLERİN TOPLANMASI	54
3.3.1. Anket Formunun İçeriği:	56
3.3.2. Pilot Çalışma	57
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	58
3.5. ETİK KURUL ONAYI	58
4. BULGULAR.....	59
5. TARTIŞMA.....	80
5.1. AİLE HEKİMİNİN ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETİNDE BİRLİKTE ÇALIŞTIĞI EKİP DURUMU:	83
5.2. COVID-19 PANDEMİSİNİN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE VERİLEN ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNE ETKİSİ:	84
5.3. ANNE SÜTÜNÜ KORUMA, EMZİRME ORANLARINI ARTTIRMA GİRİŞİMİ VE BEBEK DOSTU BİRİNCİ BASAMAK:	86
5.4. AİLELERİN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURU NEDENLERİ:	89
5.5. BEBEK VE ÇOCUKLARIN NÖROMOTOR GELİŞİMLERİNİ DEĞERLENDİRME:	91
5.6. KRONİK HASTALIĞI OLAN BEBEK-ÇOCUK İZLEMİNDE AİLE HEKİMLERİNİ ZORLAYAN DURUMLAR:	92
5.7. AİLE HEKİMLERİNİN ÇOCUK HASTALARIN SEVK/KONSÜLTASYONLARINDA YAŞADIKLARI ZORLUKLAR:	94
5.8. AİLE HEKİMLERİNİN FİZİKSEL VE CİNSEL İSTİSMAR VAKALARINA YAKLAŞIM TECRÜBELERİ:	95
5.9. ASM'LERDE ÇOCUKLAR İÇİN BEKLEME ALANLARINDA KİTAP, OYUNCAK VEYA OYUN ALANI:	96

5.10. AİLE HEKİMLERİNİN ÇOCUKLARA ANTİBİYOTİK VE İLAÇ REÇETE ETME DENEYİMLERİ:	97
5.11. AİLE HEKİMLERİNİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DENEYİMLERİ:	100
5.12. AİLE HEKİMLERİNİN TELE-TIP KULLANMA KONUSUNDA GÖRÜŞLERİ:	102
5.13. AİLE HEKİMLERİNİN AŞI KARARSIZLIĞI, KAÇIRILMIŞ AŞILAR VE RUTİNDE OLMAYAN AŞILARLA İLGİLİ ÖNERİLERİ VE DENEYİMLERİ:	103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER:	108
7. KAYNAKLAR	113
HAM VERİLER	126
FORMLAR.....	127
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	134



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1: İlk Beş Yaşta Beslenme Önerileri [9]:	11
Tablo 2. 2: Ailelere Verilebilecek Diş Çürüklerinden Korunma Önerileri (10).....	12
Tablo 2. 3: Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Risk Faktörleri	31
Tablo 2. 4: Gelişimsel Kalça Displazisi Aylara göre Patolojik Muayene Bulguları	32
Tablo 2. 5: Çocukluk Çağı Ulusal Aşı Şeması	39
Tablo 2. 6: Türkiye’de Çocuk Aşılama ile Arındırılmış ve Azaltılmış Hastalıklar	40
Tablo 2. 7: Yaş Gruplarına Göre Kaza Tipleri	41
Tablo 2. 8: Aile Hekimliğinde 0-6 Yaş Bebek ve Çocuk İzlemleri.....	42
Tablo 2.9: TNSA 2018 İki Yaş Altı Bebeklerin Anne Sütü ile Beslenme Durumlarının, Yaşa göre Dağılımı [56]	49
Tablo 2. 10: 0-6 Yaş Çocuklarının Cinsiyete Göre Anne-sütü ile Beslenme Durumu [55]	50
Tablo 2. 11: TÜİK, 0-72 Ay Çocuklarda En Sık Görülen Hastalıkların (%) Dağılımı [57].....	51
Tablo 2. 12: TNSA ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SIY); Bebek ve Çocuk Aşılama Oranları (%)	51
Tablo 2. 13: Türkiye’de Bölgesel 5 Yaş Altı Çocukların, Kitap Sayısı; Oyuncak Çeşidi ve Sayısı [56]	52
 Tablo 3. 1: İl Bazında Aile Hekimliği Birim Sayısına Göre Hedeflene ve Ulaşılan Aile Hekimi Sayısı.....	55
 Tablo 4. 1: Aile Hekimlerinin Demografik Verileri Tablosu	59
Tablo 4. 2: Aile Hekimliği Birimi ve Hizmet Verilen Nüfusun Özellikleri	60
Tablo 4. 3: Aile Hekimlerinin Çocuk Nüfusları ve İzlemlerine Dair Veriler	61
Tablo 4. 4: Aile Hekimlerine Göre Bebeklerin İlk Altı Ay ve 2 Yaşta Emzirme Oranları	62
Tablo 4. 5: Emzirme Oranlarını Arttırmak İçin Aile Hekimlerinin Diğer Önerileri	63
Tablo 4. 6: Anne Sütünün Korunması ve Emzirme Oranlarını Arttırmaya Yönelik Önerilerin, Aile Hekimlerinin Görev Süreleriyle Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4. 7: 0-60 Ay Çocukların ASM’ye En Sık Başvuru Nedenleri:	64
Tablo 4. 8:Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi’nin Bilinme ve Uygulanma Durumunun Aile Hekimlerinin Görev Süreleriyle Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4. 9: Kronik Hastalığı Olan Çocukların İzleminde Aile Hekimlerini Zorlayan Durumlar ve Görev Süreleriyle Karşılaştırması	68
Tablo 4. 10: Fiziksel veya Cinsel İstismar Vakalarında Zorlanılan Durumlar	69
Tablo 4. 11: ASM’lerde Bekleme Alanında Kitap, Oyuncak veya Oyun Alanı İhtiyacı	69
Tablo 4. 12: ASM’lerde Bekleme Alanında Kitap, Oyuncak veya Oyun Alanı İhtiyacı Durumuna Verilen Diğer Yanıtlar	70
Tablo 4. 13: Ailelerin Çocuklarına Antibiyotik Kullanımlarının Aile Hekimlerince Değerlendirilmesi.....	70
Tablo 4. 14: Aile Hekimlerinin Görev Sürelerinin, Ailelerin Antibiyotik kullanımı ve Aile Hekimlerinin Çocuk İlaç Doz Ayarlamalarıyla Karşılaştırması	72
Tablo 4. 15: Aile Hekimlerinin Ailelere Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Önerileri.....	72

Tablo 4. 16: Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Geliştirmek ve Ulaşılabilirliği Arttırmak için Aile Hekimlerinin Tele-Tıp (Tele-Medicine) Entegrasyonu Düşünceleri.....	73
Tablo 4. 17: Ailelerin Aşı Kararsızlığı Yaşamalarına Neden Olan Durumlar.....	74
Tablo 4. 18: Aile Hekimlerinin ‘‘Aşı Kararsızlığı’’ Yaşayan Ebeveynlerle Deneyimleri	74
Tablo 4. 19: Aile Hekimlerinin ‘‘Aşı Kararsızlığı’’ Yaşayan Ebeveynlerle Deneyimleri; Diğer Cevaplar (Aşı Kararsızlığı).....	75
Tablo 4. 20: Aile Hekimlerinin ‘‘Aşı Kararsızlığı’’ Yaşayan Ebeveynlerle Deneyimleri: Diğer Cevaplar (Aşı Karşıtlığı).....	75
Tablo 4. 21: Kaçırılmış veya Eksik Aşıların Uygulamasında Yaşanılan Zorluklar	76
Tablo 4. 22: Ulusal Aşı Programında Olmayan Aşıların Çocuklara Uygulanma Önerisi	76
Tablo 4. 23: Aile hekimlerinin Görev Süreleriyle, Aşı Kararsızlığına Yaklaşım ve Ulusal Programda Olmaya Aşıları Önerme Durumu.....	77
Tablo 4. 24: Aile Hekimlerinin Görev Süresine göre Covid-19’un Çocuk Sağlığına Etkisi:	78
Tablo 4. 25: Covid-19 Pandemisiyle, Ailelerin Tutum Değişikliklerin de Düşünüldükçe, Aile Hekimlerince Çocuk Sağlığı Uygulamalarındaki Değişiklikler	79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1: MOCHA Projesi, Ölçüm Sınıflandırması Şematik Diagramı [10].....	15
Şekil 2. 2: Yenidoğan İşitme Taraması ARB Uygulama Şeması [30].....	29
Şekil 2. 3: Bebeklerde 0-3 Aylık Dönemde Yapılması Gereken Göz Muayenesi Şeması[31].	30
Şekil 2. 4: Okul Öncesi Dönemde Çocuklara (36-48 ayda) yapılan LEA görme testi [32].....	31



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4. 1: Aile Hekimlerinin Branş Dağılımları.....	60
Grafik 4. 2: Aile Hekiminin Çocuk Sağlığı Hizmetinde Birlikte Çalıştığı Ekip Durumu	62
Grafik 4. 3: Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi'nin Aile Hekimlerince Bilinme ve Uygulanma Durumu.....	65
Grafik 4. 4: Aile Hekimlerinin Otizm Spektrum Bozukluğu Taraması Uygulaması	67
Grafik 4. 5: Kronik Hastalığı Olan Çocukların İzleminde En Çok Zorlanılan Durumlar	67
Grafik 4. 6: Çocuk Hastaların Sevk/Konsültasyonlarında Zorluk Yaşanılan Durumlar	68
Grafik 4. 7: Aile Hekimlerinin Çocuk Hastalarda İlaç Dozu Ayarlama ve Reçete Etme Deneyimleri	71
Grafik 4. 8: Aşı Kararsızlığı Yaşayan ve İkna Edilmesi Gereken Ailelerin Durumu	73
Grafik 4. 9: Covid-19 Pandemisinin 0-60 Ay Bebek ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Etkisi	78

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AAFP:	American Academy of Family Physicians
ARB:	Auditory Brainstem Response
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
BCG:	Bacillus Calmette-Guerin
BDH :	Bebek Dostu Hastane
DDD:	Defined Daily Dose
DMFT:	Decayed, Missing, Filled Teeth
DSÖ/ WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organizasitions)
DTP:	Diphtheria- Tetanus- Pertussis
EÇÇ:	Erken Çocukluk Çağı Çürükleri
EUROSTAT:	Avrupa Birliği İstatistik Ofisi
FKU:	Fenilketonüri
GBP :	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
GIDR:	Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi
GKD:	Gelişimsel Kalça Displazisi
HPV:	Human Papillomavirus
HYP:	Hastalık Yönetim Platformu
IPV:	İnactivated Poliovirus Vaccine
KAH:	Konjenital Adrenal Hiperplazi
KF:	Kistik Fibrozis
KKK:	Kızamık Kızamıkçık Kabakulak
KPA:	Conjugated Pneumococcal Vaccine
MOCHA:	Models of Child Health Appraised
NCSS:	Number Cruncher Statistical System
OECD:	Organisation for Economic Co-operation and Development
OPV:	Oral Polio Vaccine
SAHU:	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
SD:	Standart Deviasyon
SMA:	Spinal Müsküler Atrofi

TIDOS:	Three-İtem Direct Observation Screen
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM:	Toplum Sağlığı Merkezi
TUBER:	Türkiye Beslenme Rehberi
TUİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund
WONCA:	World Organization of Family Doctors
YD:	Yeni Doğan



ÖZET

Özkan Bayrakçı N. (2024) Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin İçeriği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Erken çocukluk dönemi (0-60 ay); çocuk gelişimin en hızlı olduğu dönemdir. Bu nedenle bebek ve çocuklara verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Ülkemizde nüfusun %26,9 'unu çocuklar oluşturmaktadır. Onlara sunulan koruyucu sağlık hizmetleri genellikle aile hekimleri tarafından verilmektedir. Bu çalışmada aile hekimlerinden 0-60 ay çocuk sağlığı hizmetlerinde gördükleri sorunları ve bu sorunlara yardımcı olabilecek önerileri değerlendirmeleri istendi.

Türkiye’de aile hekimliği sisteminde görev yapan 26.476 aile hekimi evren olarak kabul edildi. Tabakalı örneklem ile her ilden en az bir olacak şekilde, toplamda 564 aile hekimine Google anket ile ulaşılarak örnek büyüklüğü tamamlandı.

Hekimlerin çocuk nüfus ortalaması $245 \pm 181,37$ idi. Aile hekimlerinin %46’sının çalıştıkları ilçelerde ekip (diş hekimi, sosyal hizmet görevlisi gibi) vardı fakat beraber çalışmıyorlardı. Kronik hastalığı olan çocukların takibinde hekimlerin %63,65’i branş doktoruna ulaşamama, %74,11’i ailelerin randevu alamamasına bağlı zorlanıyorlardı. Hekimlerin %18,44’ü ‘‘Bebek Çocuk Ergen ‘‘ protokolleri kitapçığını bilmiyor sadece % 27,84’ü ‘‘Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberini’’ uyguluyor, %63,12’si fiziksel veya cinsel istismar vakası deneyimi olmadığını, % 71,28’i ailelerin çocukları ateşlendiğinde antibiyotik istekleri olduğunu, %72,52’si çocuk ilaç dozlarını ayarlamakta zorlanmadığını, % 57,09’u çocuklara günde iki kez dişlerini fırçalamaları gerektiğini tavsiye ettiğini, %20,92’si çocuklara düzenli diş kontrolü yaptığını ve %49,6’sı aile hekimliği sistemine Tele-Tıp entegrasyonu yapılamayacağını belirtiyordu. Ailelerin çocuklarını en sık ASM’ye getirme nedenleri %88 oranında aşılamaydı.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkemizde çocuk sağlığında daha etkin olabilmesi için sevk zincirinin kolaylaştırılarak başlatılması gerekmektedir. Bunun için aile hekimlerinin sıraladığı sorunların ve çözümlerin dikkatle takip edilmesi, eksiklerin giderilmesi, birinci basamağın ekiple desteklenmesi, halkın sağlık okur yazarlığının artırılması ve sağlık çalışanlarının eğitim desteğinin efektif olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak Sağlık hizmetleri, Aile Hekimliği, Anne-Çocuk Sağlığı, Sağlık hizmetleri Kalitesi, Koruyucu Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

Özkan Bayrakçı N. (2024) Content of Child Health Services Provided by Family Health Centers. Istanbul University Health Sciences Institute, Department of Social Paediatrics. Doctoral Thesis. Istanbul.

Child development occurs fastest in early childhood (0-60 months). Accordingly, primary health care services provided to babies and children need continuous improvement.

Children constitute 26.9% of the Turkish population. Preventive health services are mostly provided by general practitioners (GPs), who were asked about problems in providing health services in early childhood. Ideas for solutions were also sought.

26,476 GPs in Turkey formed the population. A stratified sample of 564 family physicians were contacted, at least one from each province.

The average paediatric population per GP was 245 ± 181.37 . Despite 46% team working by GPs, collaboration was considered problematic. Obtaining chronic disease follow-up by specialists was deemed an issue by 63.65%. 74.11% reported problems with secondary care referral systems. 18.44% were unfamiliar with the "Infant Child Adolescent" protocol booklets and only 27.84% applied the "Development Monitoring and Evaluation Guide". 63.12% had no experience in child abuse cases. 71.28% reported family insistence on antibiotic treatment. 72.52% confidently adjusted paediatric doses. 57.09% advised twice daily tooth-brushing, and 20.92% undertook regular paediatric dental check-ups. Integrating telemedicine into practice seemed unfeasible for 49.6% in primary health care. Vaccination was the most common reason families brought their children to ASM, and the rate of 88% is presented effectively.

Simplification is needed for more effective paediatric primary care. The following solutions are called for: Acting on GPs' views, team working, public health awareness and effective professional healthcare training.

Key Words: Primary Health Care, Family Health Center, Maternal-Child Health, Quality of Primary Care, Preventive Health Services

ZUSAMMENFASSUNG / RESUME

Özkan Bayrakçı N. (2024) Inhalt der von Familiengesundheitszentren bereitgestellten Kindergesundheitsdienste. Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Istanbul, Abteilung für Sozialpädiatrie. Doktorarbeit. Istanbul.

Die kindliche Entwicklung erfolgt am schnellsten in der frühen Kindheit (0–60 Monate). Dementsprechend müssen die primären Gesundheitsdienste für Babys und Kinder ständig verbessert werden.

Kinder machen 26,9% der türkischen Bevölkerung aus. Präventive Gesundheitsleistungen werden meist von Allgemeinmedizinern erbracht, die zu Problemen bei der Gesundheitsversorgung in der frühen Kindheit befragt wurden. Gesucht wurden auch Lösungsideen.

26.476 Hausärzte in der Türkei bildeten die Grundgesamtheit. Es wurde eine geschichtete Stichprobe von 564 Hausärzten kontaktiert, mindestens einer aus jeder Provinz. Die durchschnittliche pädiatrische Population pro Hausarzt betrug $245 \pm 181,37$. Obwohl 46 % der Teams aus Hausärzten arbeiteten, wurde die Zusammenarbeit als problematisch angesehen. Für 63,65 % der Befragten war die Nachsorge chronischer Krankheiten durch Spezialisten ein Problem. 74,11 % berichteten von Problemen mit Überweisungssystemen für die Sekundärversorgung. 18,44 % waren mit den Protokollbroschüren “Infant Child Adoleszente“ nicht vertraut und nur 27,84 % wandten den “Leitfaden zur Entwicklungsüberwachung und -bewertung“ an. 63,12 % hatten keine Erfahrung mit Kindesmissbrauchsfällen. 71,28 % gaben an, dass die Familie auf einer Antibiotikabehandlung bestand. 72,52 % passten die pädiatrischen Dosen sicher an. 57,09 % rieten zum zweimal täglichen Zähneputzen und 20,92 % führten regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Kindern durch. Für 49,6 % schien die Integration der Telemedizin in die Praxis nicht machbar. Die Impfung war der häufigste Grund für eine pädiatrische Konsultation (88 %).

Für eine effektivere pädiatrische Grundversorgung ist eine Vereinfachung erforderlich. Folgende Lösungen sind gefragt: Eingreifen auf die Ansichten der Hausärzte, Teamarbeit, öffentliches Gesundheitsbewusstsein und eine effektive professionelle Ausbildung im Gesundheitswesen.

Schlüsselwörter: Primäre Gesundheitsversorgung, Familiengesundheitszentrum, Mutter-Kind-Gesundheit, Qualität der primären Gesundheitsversorgung, präventive Gesundheitsdienste,

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bebekler ve çocuklar henüz kendi haklarını savunacak ve sağlık anlamında yeterince söz sahibi olabilecek yaşta değillerdir. Bu nedenle çocuk sağlığının dikkatle takip edilmesi ve daha kaliteli hale getirilmesi, onların savunuculuğunun yapılması çocuk sağlığıyla ilgilenen tüm hekimlerin görevidir.

Bebeğin doğumuyla başlayan ilk çocukluk yaşlarında beyin ve nörolojik gelişim çok hızlıdır, birçok sinaptik bağlantı bu dönemde hızla kurulur bu nedenle önem ve özen gösterilmesi gereken bir dönemdir (1).

Erken çocukluk dönemine yapılan her bir dolarlık yatırımın, on üç dolara kadar dönebildiği, ülkelerin refah düzeyini arttırdığı, fırsat eşitliği sağladığı ve fakirliği önleyebildiği ve daha da önemlisi çocuklara yaşam hakkı sunduğuna dair görüş birliği vardır (1).

Eurostat (Avrupa Birliği İstatistik Ofisi) verilerine göre; Avrupa'da nüfusun % 18.2'si, ülkemizde ise %26.9'unun çocuklardan oluştuğu gösterilmektedir (2). Ülke nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturan bu çocuk nüfusunu çoğu zaman ilk gören bazen tek gören hekimler birinci basamakta görev yapan aile hekimleridir.

Bu nedenle erken çocukluk dönemine dair yapılabilecek yatırımların başında birinci basamak sağlık hizmetleri gelmektedir. İki tarihi deklarasyon olan Alma-Ata ve Astana'da Birinci Basamak Hizmetlerinin önemi tekrar tekrar vurgulanmıştır (3,4).

1978 yılında Alma-Ata deklarasyonunda neden birinci basamak sağlık hizmetlerine yatırım yapılması gerektiği vurgusu yapılmıştır. Kırk yıl sonrasında Astana deklarasyonunda ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha kaliteli, kişiye özel, entegre, teknolojik hale getirilmesi gerektiği ve bunun için diğer paydaşlarla (sosyal, ekonomik, politik vs. bileşenlerle) nasıl desteklenmesi gerektiğinin altı çizilmiştir (3,4).

Uzun yıllardır birinci basamağı güçlü bir şekilde kullanan İngiltere’den yapılan bir çalışmada, toplumun %20’sini oluşturan çocuk nüfusuna rağmen Kalite Sonuçları Çerçevesi (UK Quality Outcomes Framework) kalite belirteçlerinin %3’ünden azının çocuklarla ilgili olduğu sonucuna varılmış ve planlanan bir çalışma ile aile hekimlerinden bu durumu değerlendirmeleri istenmiştir. Yapılan bu kalitatif çalışma, aile hekimlerinin çoğunun çocuklara özgü kalite belirteçlerinin getirilmesi gerektiğini vurguladıkları ve bunun için destekleyici ve istekli oldukları bulunmuştur (5).

Yine başka bir çalışma olan ve Avrupa’dan 30 ülke verilerinin yer aldığı, çocuk sağlığının geliştirilmesine dair modellemelerin yapıldığı MOCHA (Models of Child Health Appraised) projesinin çıkış noktası halkın çoğunluğunun ilk başvuru yeri olan birinci basamak sağlık sistemlerinde çocuklara verilen hizmetin onlara ve ebeveynlerinin sosyo-kültürel yapısına özel, dinamik ve çocukların görünür olduğu bir yapıda şekillendirilmesi gerektiği yönündeydi. Ayrıca birinci basamakta çocuk sağlığı alanında çok az çalışma olduğu vurgusu yapılmıştır (6).

Türkiye’de çocuk sağlığı alanında yapılan birinci basamak çocuk sağlığı araştırmaları Ulakbim- Tübitak veri tabanında ‘‘Birinci Basamak(ta) çocuk sağlığı ‘‘ kodu ile yapılan taramada 426 çalışmaya ulaşıldı. Bu çalışmalar genel olarak tek bir merkezin verileri kullanılarak (doğum veya ölüm oranları, morbidite sıklığı, ihmal-istismar vakalarına yaklaşım, büyüme gelişme izlem verileri, aşı kararsızlığı, reddi vs) sayısal verilerin sunulduğu çalışmalardı. Pubmed ve Google Scholar arama motorlarıyla geriye dönük 10 yıllık bir dönem tarandığında ise gelişmekte olan diğer ülke çalışmalarının da ülkemizde yapılan çalışmalara benzer olduğu gözlemlendi.

Ülkemizde çocuk sağlığı takiplerinin önemli bir bölümü birinci basamakta, aile hekimleri aracılığıyla yapılmaktadır. Bu takiplerde Sağlık Bakanlığı tarafından, yeni doğan döneminden başlanarak adolesan dönemi sonuna kadar çok kapsamlı olarak, hazırlanan ‘‘Bebek çocuk ve ergen izlem protokolleri’’nin yol gösterici olması hedeflenmektedir. Ayrıca kalite takibi olarak belirlenen parametreler performans sistemiyle sıkı takip edilmektedir. Performans sistemi uygulanabilirliği artırdığı için iyi bir denetim yöntemi olabilir fakat rakamsal veriler her zaman verilen hizmetin

yeterliliğini, kalitesi ve yaşanan sorunlar hakkında sağlıklı bilgiyi vermemekte ayrıca çocuk sağlığının sınırlı bir bölümünü temsil etmektedir.

Bu çalışmayı “Çocuk sağlığının geliştirilebilmesi, yaşanan zorlukların ve çözüm önerilerinin tartışılabilmesi için aile hekimleri ile iş birliği içerisinde planlanacak çalışmalara ihtiyaç vardır” hipoteziyle planladık.

Çalışmamızda aile hekimlerinin 0-60 ay çocuk sağlığı hizmetleriyle ilgili uygulamalarında gördükleri sorunları ve bu sorunlara yardımcı olabilecek önerileri değerlendirmelerini ve Covid 19 gibi, olağanüstü şartların, çocuk sağlığı hizmetlerine etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Tanımlamaları:

2.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care): Alma-Ata deklarasyonunda şu şekilde tanımlanmıştır; Herkesin sağlık hizmetlerine eşit olarak ulaşabildiği ve katkı sunabildiği, sektörler arası işbirliğinin sağlandığı, uygun teknolojilerin kullanıldığı, maliyetlerin karşılanabildiği sağlık sisteminde ana rolü oynayan bakım hizmetleridir(4).

Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte DSÖ modeline göre en az iki kişiden; hekim ve hemşireden oluşan aile hekimliği 30 farklı profesyonelin dahil olduğu (diş hekimi, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, konuşma ve dil terapisti, diyetisyen, eczacı, idari personel ve yöneticiler) multidisipliner bir yapıya dönüşebilir (7).

2.1.2. Birincil Bakım (Primary Care) : Dünya sağlık örgütünün yaptığı tanımlamaya göre ihtiyaç duyulduğunda ilk temas edilen, kapsamlı bakım hizmeti sunan, kolay ulaşılabilir ve sürekli bakım ihtiyaçlarını sağlayan gerekli durumlarda diğer uzmanlarla koordinasyonu sağlayan bakım hizmetidir (7).

2.1.3. Genel Pratisyenlik (General Practice/ General Practitioner) / Aile Hekimliği (Family Medicine): Her yaştan ve cinsiyetten bireylere aileleri ve toplumları bağlamında kapsamlı ve sürekli bakımı sunan birinci basamak sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler; hastalıkları önleme, tarama, erken tanı, mevcut hastalığın teşhis ve tedavisi, komplikasyonların yönetimi, rehabilitasyonu, palyatif bakım ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir (7).

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi için Öneriler:

2.2.1. Alma-Ata Deklarasyonu’nun Önemi:

Sağlık alanında “Dünya tarihinde birinci basamak sağlık alanında yapılmış en büyük reform nedir?” sorusuna şüphesiz Alma-Ata Deklarasyonu cevabı verilebilir. Dünya liderlerinin, sağlık otoritelerinin ve uluslararası organizasyonların katılımıyla 1978 yılında “Birinci Basamak Sağlık Bakımı” ile ilgili küresel ölçekte kararlara imza atılmıştır. Aradan geçen 40 yıla rağmen hala bu deklarasyonu unutulmaz yapan şey;

kaliteyi ve koruyucu sağlığı ön planda tutarak, toplum odaklı ve hem fiziksel hem de finansal olarak tüm bireyler için ulaşılabilirliği bir standart olarak benimsemiş olmasıdır. Bu nedenle Alma-Ata deklarasyonu, 20. yüzyılın kalan sürecinde, Dünya Sağlık örgütü ve sağlıkla ilgili diğerkarar alıcılar için birinci basamak sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesinde hep en önemli olmuştur (4).

Bu sayede tüm dünyada sağlık alanında çok büyük ilerlemeler sağlandı. İnsan ömrü uzadı, ölüm oranları düşürüldü ve hastalıklar değişt i, teknoloji hızlandı. İklim, çevre, besinde yaşanan değişikliklerle ve yeni paydaşlar eklendi. İnsanların okur yazarlığının artışıyla kolay ulaşılabilen bilgi, birikim sayesinde kendi sağlıklarıyla ilgili karar alma süreçlerine katılım ve beklentiler değişt i (4).

2.2.2. Astana Deklarasyonun Önerisi:

Astana'da 2018 yılında ikinci birinci basamağın güçlendirmenin önemine vurgu yaparak, sağlığı güçlendirmenin, sosyal ve refah bir toplum için en kapsayıcı ve etkin yol olduğuna değinildi. Ayrıca küresel sağlığın sürdürülebilirliğinin tek yolunun birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımlarla olacağı vurgusu yapıldı (3).

Sağlık alanında bu kadar ilerlemeye ve herkes için eşitlik vurgusuna sürekli değinilmesine rağmen devam eden fakirliğe, kronik hastalık yükündeki artışa, alkol ve sigara kullanımına, sağlıksız yaşam tarzına (beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite vs.), doğ al felaketler, iklim değişimi, salgınlar, savaşlar ve sağlıkta şiddetin olumsuz etkilerine dikkat çekildi ve antimikrobiyal direncinin devam ettiğı belirtildi. Ayrıca önleyici, koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin herkes için kapsayıcı ve erişilebilir olması gerektiğine değinildi (3).

Yukarıda değinilen sorunların çözümü için; öncelikle birinci basamağa yapılması gereken altyapıların neler olduğunun belirlenmesi; hastalık yönetiminin ve tedavisinin yapıldığı, bulaşıcı hastalıkların önleendiğı, koruyucu ve geliştirici bakım kapsamında; aşılamanın arttırıldığı, özellikle dönemlerde daha yakından takiplerle her bir bireye özgü sağlığın desteklendiğı, mental, seksüel ve üreme sağlığına gerekli özenin gösterildiğı kronik hastalıkların yapılan taramalarla önleendiğı, yüksek kaliteli, kapsamlı, verimli,

erişilebilir, toplumların kültürlerine hassas ve bilime uygun bir yapı kurulması gerektiği vurgusu yapıldı (3).

Bu yapının kurulumu için gerekli olan sağlık personelinin güçlendirilmesi ve gelişimine katkı sağlanması bunun için; eğitim ve öğreniminin desteklenmesi, motive edilmeleri ve o ülkede, o bölgede çalışmaya devam etmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması (özellikle kırsal, az gelişmiş ve ücra bölgelerde çalışanlara bu noktada daha hassas davranılmalı) gerekliliği hatırlatıldı. Gelişmekte veya az gelişmiş ülkelerin sağlık çalışanlarının, göçünün halkın ihtiyaçlarına cevap verilemez boyutlara gelmemesi için erken dönemde gerekli önlemlerin alınması gerektiği vurgulandı (3).

Bilgi ve teknolojinin yardımıyla sağlık verilerinin daha kaliteli bir şekilde toplanması, bilgi sürekliliğinin sağlanması, hastalık sürveyan takibi, şeffaflık, hesap verilebilirlik ve performans izlem iyileştirmelerinin zamanında yapılması hedeflendi. Gelişmiş teknolojik araçlarla bireylerin ve toplulukların sağlık ihtiyaçlarının hızla belirlenmesi verilen sağlık hizmetlerinin ve sunumun çeşitlendirilmesi, erişilebilirliğin artırılması, sağlıkta kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin artırılmasının önemine vurgu yapılarak, halkın sağlık okur yazarlığının artırılmasına ve bu sayede kendi sağlıklarıyla daha ilgili ve bilgili olmaları için cesaretlendirilmeleri gerektiğine karar verildi (3).

2.2.3. DSÖ “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Ölçüm Çerçevesi ve Göstergeleri” Önerisi:

2022 yılında “Birinci basamak sağlık hizmeti ölçüm çerçevesi ve göstergeleri” adıyla yeni bir kılavuz yayınlandı. Birinci basamak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik her bir adım detaylandırılarak, devletlerin ve hükümetlerin yapmaları gereken düzenlemeler ve nasıl değerlendirmeleri gerektiği belirtildi (8).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin; diğer sağlık hizmetleriyle entegre edildiği, farklı sektörlerle nasıl iş birliği yapılacağı anlatıldığı, politikalarla ve faaliyetlerle güçlendirildiği, halkın kendi sağlık kararlarına aktif olarak katıldığı ve sağlık hizmetlerinin kalite kriterlerine göre yakından takip edildiği, eşitliğe ve güçlendirmeye önem veren bir yapı inşa edilmesi hedeflenmektedir. Astana’da alınan kararlara ek olarak; teletıp uygulamalarının sağlık sistemlerine kapsamlı bir şekilde entegre edilmesi gerektiğine değinildi(8).

Ayrıca ‘‘Bakım Modeli’’ kategorisinde birinci basamak sağlık sistemlerinin ilk başvuru merkezi olmalarının sağlanması ve takiplerin duruma özel olarak kategorize edilmesi gerekliliği; henüz semptomların ayrışmadığı dönemde, zaman içerisinde bakımı özen gerektiren; bebek-ocuk izlemleri, gebe takipleri, aşılar gibi durumlar ve sürekli takip gerektiren bulaşıcı ve kronik hastalıklar, ruh sağlığı hizmetlerinin ayrı ayrı kalite kriterleriyle takip edilmesinin önemi vurgulandı (8).

Bir diğer önem verilen konu da salgın gibi olağan üstü hal durumlarına karşı hazırlık yapılması gerektiğiydi. Tüm dünyayı hazırlıksız yakalayan Covid-19 pandemisinde olduğu gibi yetersiz enfeksiyon önleme, kontrol durumu ve yetersiz bakım hizmetleri bulaş hızına nasıl katkıda bulunduğu örnek gösterilerek bu doğrultuda ülke ve dünya çapında nasıl hazırlık yapılması gerektiğine değinildi. Özellikle zayıf sağlık sistemi olan ülkelerde Covid-19 salgın haline geldikten sonra sağlık çalışanlarını çok hızlı bir şekilde enfekte etmiş ve kontrol altına alınması için maddi-manevi çok ciddi bedeller ödenmiştir (8). Bu olağan üstü durumlara daha kaliteli ve hazırlıklı bir birinci basamak için sağlık parametrelerinin kalitatif, hatta kantitatif olarak sürekli takip edilmesi önerilmektedir (8).

2.2.4 DSÖ ocuk ve Adolesanlar için Birinci Basamak Sağlık hizmeti :

DSÖ tarafından çıkarılan bir diğer yayın ise İlgi Ertem’in editörlerinden olduğu 2022 yılında çıkarılan cep kitabıydı; tüm diğer önerilere ek olarak birinci basamakta her ocuk muayenesinde çocuklara, adolesanlara, ailelere ve bakıcılara danışmanlık yapılması gerektiği tavsiye edilmekteydi (9).

Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi noktasında; ailelerin ve çocukların güçlendirilerek, kendi sağlıklarıyla (sağlıklı beslenme, erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi, ağız ve diş sağlığı, ruh sağlığı gibi) ilgili kontrolü arttırmaları ve sağlıklı davranışların yerleştirilmesi önemsenmiştir (9).

Birincil koruma: Bir hastalığın veya olumsuz olayların ortaya çıkmadan önce önlenmesidir (aşılama, kilo vermenin sağlanması gibi).

İkincil koruma: Erken dönemde teşhis edilerek ilerleme olasılığı olan bir durumun oluşması engellenir veya yavaşlatılır (Metabolik hastalık taramaları ve kanıta dayalı tarama programları).

Üçüncül Koruma: Bilinen bir hastalığı veya durumun olumsuz etkisini tedavi ederek azaltmayı, yaşam kalitesini arttırmayı ve komplikasyonları azaltmayı veya rehabilitasyonla kaybolan bir fonksiyonu yerine getirmenin hedeflendiği 3 farklı korunma yolu mevcuttur. Bu her üç koruma yönteminin yolu ve yöntemi birbirinden farklı olmakla ideali hastalıkların henüz etkisi ortaya çıkmadan önlenmesi olan birinci yöntemdir (9).

Bu nedenle birinci basamakta çalışan sağlık personelinin önceliği koruyucu sağlık alanına verilmesi gerektiği; sağlıklı diyet, aktivite, aşılar, düzenli sağlık kontrolleri noktasında ailelerin farkındalığının artırılması, çocuğun gelişimini değerlendirirken bakım verenlerin ekstra bir desteğe ihtiyacı var mı, çocukların biyopsikososyal gelişimini sekteye uğratacak riskler (fakirlik, bakıcının psikolojik durumunun takip edilmesini, madde kullanımı ve aile içi şiddet gibi) var mı değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (9).

Bir diğer üzerinde durulan konu ise; verilen hizmetin kalitesini arttıracak bu nedenle elzem olan ailelerin çocuklarının sağlığı ve çocuk yetiştirme becerileriyle ilgili endişelerini, deneyimlerini anlatabilecekleri bir zaman dilimi ayrılması gerektiği ve ailelerin ebeveynlik becerilerini geliştirmeye yönelik bilgilerin paylaşıldığı, beslenme ve güvenlik konularının muhakkak konuşulması tavsiye edilmektedir (9).

Ailelerin güçlendirilmesinde çocukların ve ailelerinin kendi iç kaynakları ve problem çözme becerileri ölçüsünde sorunlarla yüzleşebilecekleri unutulmamalıdır; bu çok ama çok önemli bir konudur, ayrıca mutlaka verdikleri bakımda ebeveynlerin güçlü yönlerine vurgu yapılarak desteklenmeleri, motive edilmeleri gerekmektedir (9).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının muhakkak çocuğun yaşına uygun ve anladığından emin olarak kendi sağlık durumuyla ilgili bilgilendirilmeleri hastalıklarıyla ilgili tanı,

tedavi ve bakımla ilgili kararlara (bilgi paylaşımı, onay ve bilgilendirilmiş onam gibi) katılabilmelerini sağlamak tavsiye edilmektedir.

Ayrıca sağlık çalışanlarının; çocuklarda ihmal ve istismar risklerini değerlendirmeleri ve çocuğun muayenesinde kötü hijyen, verilen ifadeyle ve yaşla uyumsuz yaralanmalar ve morluklar gibi bulguları tanıyarak, ihmal ve istismar vakalarına yaklaşımla ilgili güçlendirilmeleri gerekliliğine değinilmektedir (9).

Bir diğer önemsenen konu, sosyal hizmetlerle ve okul yönetimiyle yakın ilişkide alışılmasıydı; ihtiyaç halinde çocukların psikolog ve psikiyatriye yönlendirilmesini, okuldan ayrılan çocukların tekrar okula başlatılması ve akran zorbalığı gibi konuların çözümünde çocukların güçlendirilmeleri ve ailelerin farkındalıklarının arttırılmasında rol alınması tavsiye edilmektedir.

ocuk sağlığı izlemlerinde; kronik hastalığı olan veya sadece hasta olan çocukların muayene ve ilaç gibi ihtiyaçlarını çocukların anlayabileceği bir dilde, soru sormaları ve cevaplayabilmeleri yönünde cesaretlendirilmelerini tavsiye etmektedir.

zerinde çok durulan bir başka konu ise 0-60 ay çocuğu olan ailelere ve bakım verenlere uygulanması gerekenler verilen danışmanlıkta çocuğun yaşına ve ihtiyaına göre mümkünse her ziyarette unutulmadan hatırlatılmalıdır.

Temel konular zet haliyle bu konuları içermelidir (9):

1. Erken ocukluk dönemi; hamilelik döneminden başlayarak özellikle ilk üç yaşta dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde çocuğun bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimi, alıcı ve ifade edici dil gelişimi, çevresiyle olan ilişkisi, kaba ve ince motor hareketlerin gelişim süreci, oyun oynama, öz bakım ve diğer aktivitelerle yaşamaya adaptasyonla ilgili tüm gelişimlerinin yaşına uygun olarak takip edilmesi ve çocuğun gelişiminde geri kalan bir basamağın erken dönemde tespit edilerek sorunun hızlıca çözümü gerekir.
- Erken ocukluk döneminde gelişme geriliklerinin en sık nedenleri; bakım verenlerin ilgi eksikliği veya ihmali, demir eksikliği anemisi, beslenme

yetersizliği, nörolojik gelişimin yeterince desteklenmemesidir. Bu nedenle bu durumların üzerinde özellikle durulmalıdır.

2. Aşılamalar, ilk olarak aşılamaya kontrendike bir durumun olmadığından emin olmak gerekmektedir. Ulusal aşı şemasına göre uygun zamanda yapılması, gelişebilecek yan etkilerle ilgili ailenin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ailelerin aşı tereddüdü ve varsa sorularını dikkatle dinleyerek, endişelerini geçiştirmeden, olasılıkları inceleyerek bakım verenin eğitim durumuna uygun, anlayabilecekleri bir üslupta, yeterli ve doğru şekilde cevaplanması çok önemlidir.

➤ Aşı yapılması esnasında çocuğun ağrı ve acıyı daha az hissetmesi için sağlık çalışanlarının uygulayabileceği öneriler:

- Çocuğun yaşadığı kaygıyı azaltmak için sağlık çalışanı sakin ve güven verici olmalı
- Aşının çocuğun yaşına göre ailenin kucağında dik oturur pozisyonda uygulanabileceği
- Aile aşı uygulanma süresince hep çocuğun yanında olmalı
- İnfantil dönemdeki bebekler (0-12 ay) aşı uygulama esnasında, ya da aşidan hemen önce veya sonrasında emzirilebileceği tavsiyesinde bulunmaktadır.

3. Yeni doğan dönemden itibaren gerekli sağlık taramalarının (metabolik- endokrin hastalıklara yönelik, duyma ve görme testleri, doğumsal kalça displazisi, doğumsal kalp hastalıkları gibi) yapılması gerekmektedir.

4. Beslenme ve vitamin takviyesi önerileri;

- İlk 6 ay sadece anne sütü için annenin desteklenmesi gerektiği, hastalık durumunda daha fazla emzirmesinin hatırlatılması gerektiği ayrıca 6. aydan itibaren tamamlayıcı beslenmeyle beraber anne sütü en az 2 yaşına kadar devam edilmesi gerekmektedir. Tablo 2.1’de özetlenmektedir.
- Emzirme mümkün değilse, formula beslenmenin nasıl yapılması gerektiği
- Yenidoğana doğumda K vitamini 1 mg İM olarak uygulanmadı ise hemen doğum sonrası oral olarak 2 mg olarak verilir. 2. doz olarak 4-7 gün içerisinde bir kez daha 2 mg oral olarak verilir. Bir ay sonra da 3. doz K vitamini yine oral 2 mg olarak verilir.
- D vitamini 400 IU/ gün en az 12 ay devam edilmesi gerekmektedir. Bir yaş sonrasında 600 IU/gün ile devam edilir.

Tablo 2. 1: İlk Beş Yaşta Beslenme Önerileri (9) :

İlk Beş Yaşta Beslenme Önerileri:
Doğum – İlk 6 Ay: • Doğar doğmaz ilk olarak bebek ten-tene temasla anne vücuduna koyulur, sonrasında en kısa sürede (ilk bir saati geçmeyecek şekilde) bebek emzirilir. • Bebeğin her istediğinde en az bir gün içerisinde 8 kez (ne kadar çok emzirilirse o kadar süt üretimi olur) • Bebeğe ekstra hiçbir gıda verilmez, anne sütü bebeğin ihtiyaç duyduğu tüm yiyecek ve içeceği sağlamaktadır • Anneye bebeğin açlık ipuçlarını tanımasında yardımcı olunur
6-12 Ay: • Emzirme aynı şekilde aynı sıklıkta bebeğin her istediğinde verilerek devam edilir • Tamamlayıcı beslenmeye de bu dönemde bebeğin çok aç olmadığı öğünde başlanarak, besinlerle tek tek tanıştırılır (gelişebilecek alerji açısından takip edilir) mevsimine uygun, taze, yerel gıdalarla başlamak önemlidir. Başlangıçta 2-3 öğün olarak ve 2-3 yemek kaşığıyla başlanarak kademeli olarak arttırılır. Tüm besin içerikleri dengeli bir protein- yağ- karbonhidrat dengesiyle sunulur
12 Ay- 2 yaş: • Bir yaşından itibaren aile sofrasından her şeyi yiyebilir, besleyici ve dengeli bir tabak hazırlanması önemlidir • Gün içerisinde 3-4 ana öğün ve 1-2 ara öğün teklif edilir, yemesi için zorlanmaz ve kendi kendisini beslemesi teşvik edilir
> 2Yaş: • Tek besinden kaçınarak, görsel olarak iştah açan besleyici değeri yüksek, çeşitlendirilmiş besinler teklif edilir. • Günde en az 3-4 ana öğün ve 2 ara öğün verilir • Yemek esnasında çocukla göz teması kurularak konularak beslenir • Reddettiği besinler aralıklı olarak tekrar sunulur, kendimiz yiyerek örnek olmak ve sabırlı olmak önemlidir

5. Ağız ve diş sağlığı bakımı ve çürük önleme için öneriler (aileye ilk dişlerin çıktığı andan itibaren nasıl temizlemeleri gerektiği anlatılarak 6-12 aylık periyotlarda ağız ve diş kontrolü sağlanması hekim tarafından yapılmalıdır. Şekerli beslenme, biberon ve parmak emme gibi durumun varlığı sorgulanmalı, ilk 3 yaş diş macunu olmadan sonrasında 3-6 yaş arasında 500 ppm ve 6-12 yaş döneminde

1500 ppm flor içeren diş macunları önerilmelidir. Aileyle şekildeki gibi çürüklerden korunma için Tablo 2.2'deki şablon paylaşılabilir.

Tablo 2. 2: Ailelere Verilebilecek Diş Çürüklerinden Korunma Önerileri (10):

Çürüklerden korunma için; İlk dişlerin çıktığı dönemden itibaren dişler günde iki kez (biri yatmadan önce olmalı) fırçalanmalıdır Çocuğun ilgi duyduğu anda dişini fırçalamasına izin verin, kendisi yeterli temizleyemiyorsa destek olunuz Sağlıklı dişler için kullanılan diş macunundaki flor miktarı önemlidir, fazlası da dişlerde renk değişikliğine, lekelenmelere ve beyaz çizgilenmeye neden olabilir. Yeterli florür almak için ppm (yaşa uygun) florür içeren diş macunu kullanmalısınız. Haftada ek bir jel / haftada 1 kez kullanınız NOT: Çocuğunuza çok fazla şeker içeren yiyecek ve içecekler vermeyiniz.
--

6. Güneşten korunma (güneş ışınlarının dik olmadığı- kendi gölgemizin kısa olmadığı dönemde, kol ve bacakları UV A, UV B koruyucu kıyafetler giyerek kapatmak, güneş gözlüğü ve uzun koruyuculu şapkalar, ayrıca her 2 saatte bir tekrarlayarak güneş koruyucu krem uygulaması önerilmektedir) yöntemlerin anlatılması

7. Yaralanma ve kazalardan çocukları nasıl korumaları gerektiği; ana hatlarıyla özetlendiğinde,

- Trafik kazalarından korunmak için yaşına uygun oto koltuğunda emniyet kemeri ile desteklenmesi gerektiği
- Düşmelerden korunmak için bisiklete binerken kask kullanılması hatırlatılmalı ve yolda güvenli bir şekilde karşıdan karşıya nasıl geçileceğinin, dışarıda oyun oynarken yalnız bırakılmaması gerektiğine değinilmelidir.
- Yanıklar; sıklıkla sıcak su ve yağ gibi sıvılar, soba-ocak gibi yanıklara neden olabilecek durumlara karşı aile uyarılmalıdır, çocukların giysilerinin kolay tutuşabilecek maddelerden olmaması önemle hatırlatılmalıdır.

d) Boğulmalar denilince en sık karşılaşılan konulardan olan soluk borusuna kaçabilecek küçük cisimlerin (findık fıstık nohut, oyuncaklar gibi) 5 yaş altında olabildiğince uzak durulması gerektiği, riskleri anlatılmalıdır.

Bir diğeri suda boğulmalardır, sadece deniz veya havuz olması gerekmez bazen kova ve küvette bile gerçekleşebileceği hatırlatılmalıdır. Çocukların kolluk ve simit desteğiyle en azından temel kurallar öğretilerek yüzebilmeleri sağlanmalıdır.

e) Zehirlenmeler sıklıkla aileleri panikle acile getiren diğeri bir konudur; evde bulunabilecek temizlik malzemeleri, ilaçlar çocukların ulaşabileceği alanda olması hatırlatılmalıdır.

f) Elektrik kazalarından korumak için evde bulunan elektrik prizi ve diğeri kablolardan bebek ve çocukları korumak için çeşitli aparatlarla kapatmak gerekmektedir.

8.Fiziksel aktivite nasıl planlanmalı, sedanter davranışlar nelerdir ve nasıl önlenebilir ve uykunun önemi, planlaması yapılmalı;

- Fiziksel aktivite gün içerisinde birkaç kez, interaktif ve zemin tabanlı aktivitelerin olması ayrıca günlük en az 30 dakika süren yüz üstü durmaya yönelik faaliyetler, 1 ve 2 yaşlarından itibaren orta ve şiddetli fiziksel aktivite dahil gün içerisinde en az 180 dakika, 3-5 yaşlarında en az 60 dakika orta ve şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite olmak üzere en az 180 dakika,
- İki yaşına kadar ekran temasının olmaması, bir yaşından itibaren hikâye anlatılması ve kitap okunması, 3-4 yaşında günde 1 saati geçmeyecek şekilde ekran, 5-17 yaş arasında kısıtlı sürede ekran teması 2 saati geçmeyecek şekilde olması önerilmektedir.
- Yeni doğan döneminde 14-17 saat, sonrasında 1-2 yaşta 11-14saat, 3-5 yaşta 10-13 saat süren kaliteli uyku uyuması gerekmektedir.

9.Bebegin bir saatten uzun bebek arabasında tutulmaması gerektiği hatırlatılmalıdır.

Kitapçıkta ayrıca aşı kararsızlığına neden olabilecek bazı soruların cevapları örnek sorularla hazırlanmış ‘‘aşı yapılması yerine enfeksiyonu geçirerek bağışıklık sistemini güçlendirmenin daha iyi bir yanıt oluşturduğu’’ mitine, şu şekilde cevap verilmiş’’ aşilar, hastalığa karşı etkili bir yanıt oluşturmak için doğal bağışıklık sistemini uyarak

korurlar, enfeksiyonlara maruz kalarak bağışıklık kazanmayı seçmek, hayat boyu sakat bırakabilecek sonuçlara neden olabilir”(9).

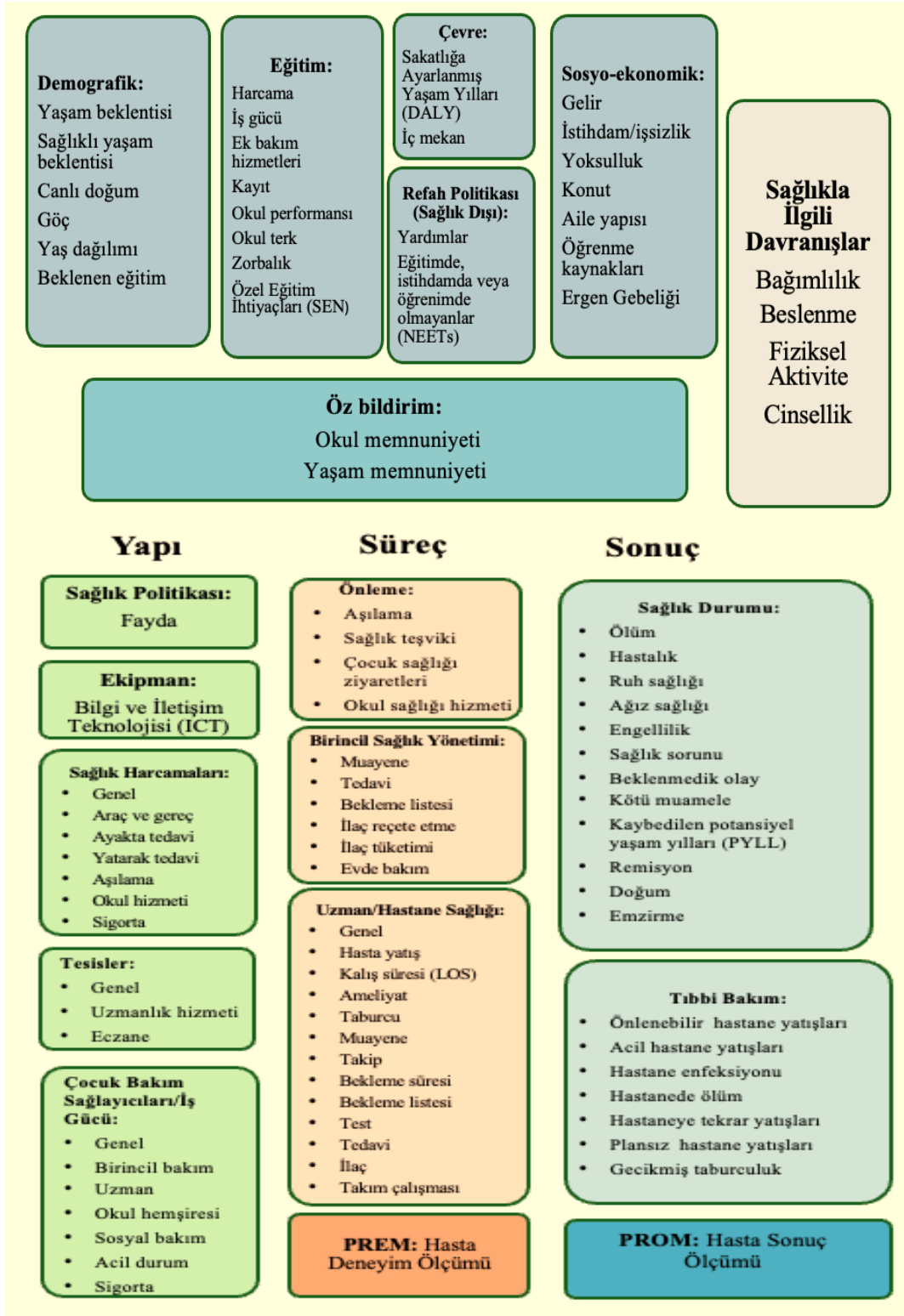
2.2.5 Birinci Basamakta Çocuk Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Yapılmış Çalışmalarda Çocuk Sağlığına Holistik Yaklaşım:

Ailelere çocuk yetiştirme konusunda her ne kadar çok güvenilse de bazı çocuklar için bu desteğin eksik veya yetersiz olduğu unutulmamalı ve değerlendirme kapsamlı yapılmalı ve bu doğrultuda önerilerde bulunulmalıdır (10).

MOCHA (Models of Child Health Appraised) projesi ekibi tarafından çalışmaya katılan ülkelerde birinci basamakta çocuk sağlığı kalite ölçümlerinin bazı ülkelerde aşılama, ölüm oranı/nedenler, hastane yatışı, ilaç reçete etme durumu gibi verilerle yapıldığını fakat hiçbir ülkenin sosyoekonomik konularla ilgili bir değerlendirme yapmadığı sonucuyla ‘‘çocuk merkezli bakım nasıl yapılmalı’’ şemasını oluşturmuştur. Çocuk merkezli bir bakış açısı benimsenerek onun sağlıklı kalmasına katkıda bulunan, ekonomik, sosyal ve çevresel etmenler gibi tüm parametreler gözden geçirilmelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aileler tarafından etkin bir şekilde kullanılması sayesinde, ikinci ve üçüncü basamak hastanelere gereksiz başvurular engellenebilmekte, önlenebilir yatışların önüne geçilebilmekte, hatta çocukluk veya erişkin dönemde gelişebilecek birçok kronik hastalık ve engelliliğin önüne geçilebilmektedir. Tabi ki bunun için donanımlı ve kaliteli verilen birinci basamak sağlık hizmetleri, etkin koruyucu sağlık uygulamaları gerekmektedir. Şekil 2.1’de ana hatlarıyla değerlendirme basamakları ve yapılacak takipte hangi süreçlerin izlenmesi gerektiği özetlenmiştir (10).

Örneğin çevresel nedenlerden olan sigara maruziyeti engellenerek: sigara kullanımı olan bir aileye çocuğun yanında sigara içmemeleri gerektiğiyle ikazı yapılarak ve takipçisi olunarak çocuğun sağlıklı kalma hakkının savunuculuğu yapılmalıdır (6).



Şekil 2. 1: MOCHA Projesi, Ölçüm Sınıflandırması Şematik Diyagramı (10):

Ayrıca evde oyuncakların veya kitapların varlığı, bilişsel ve dil gelişiminin ne kadar desteklendiği, sosyal medyanın çocuğa etkisi, akran ilişkileri gibi diğer parametreler değerlendirilmelidir.

Çocuklar minik yetişkinler değildir. Onların yetişkinlerden farklı sağlık ihtiyaçları vardır. Bir çocuk birinci basamakta sağlık hizmeti almak için geldiğinde onlar yok sayılmamalı, sadece ailesi muhatap alınmamalı veya onlara yetişkinlere davranıldığı gibi davranılmamalıdır.

Mocha projesinde yer alan “ Çocukları dinlemek” bölümünde bahsedilen kalitatif bir çalışmada çocuklara birinci basamak sağlık sisteminden beklentileri sorulmuş; çocukların değindiği konulardan birisi “her gittiklerinde aynı sorulara maruz kalmamak için aynı doktor tarafından takip edilmek” istediklerini söylemişlerdir. Başka bir çocuk bu soruya “Beni takip eden doktor soruları bana değil aileme sordu, bu nedenle yanlış cevaplar aldı” diye belirtmiş, yine bir başka çocuk doktorun kendisini muhatap almamasına çok üzüldüğünü bu durumun çok can sıkıcı olduğunu belirtmiş (6).

Çocuklara kendi sağlıklarıyla ilgili konularda bilgi verilmemesi veya danışılmaması, içsel dünyalarında yani sosyo-kültürel kodlarında bazı değişikliklere neden olur; ideal kavramlar, değerler olduğu kadar öğrenilmiş çaresizlik durumu da çocukta bir kültür oluşumuna neden olur ve bu durumu sonraki jenerasyonlara aktarırlar (6).

Mocha projesinde üzerinde durulan bir başka önemli konu ise protesto, grev, kampanyalar, tartışmalar ve imzalanan dilekçelerle çocuk haklarına karşı toplumsal olarak gösterilen tepkiler vurgulanmaktadır (10).

- Hırvatistan’da düzenlenen protestolarla kronik hastalığı olan çocukların haklarının savunulması, çocuk istismarı ve zorunlu aşılarla dikkat çekilmesi,
- Olumsuz bir örnek olmakla birlikte Fransa’da bir milyon imzaya ulaşan zorunlu DTP çocuk aşılmasına karşı yapılan protestolar.
- Çek Cumhuriyeti’nde zorunlu çocuk aşılmasına karşı toplanan dilekçeler bu konuların tartışmaya açılmasına neden olmuştur.
- Halkın bir konuya karşı farkındalığını arttırmak için genellikle sosyal medya üzerinden hızlı yayılan kampanyalar sayesinde; İngiltere ve Kuzey İrlanda’da olduğu gibi, çocukların cinsel istismarı bu şekilde teşhir edildi.
- İspanya’daki gıda bankalarının varlığı birçok ailenin yaşadığı zorluklara bir tepki olarak ulusal bir tepki olarak ortaya çıkmıştır.

- Norveç’te cinsel istismara uğrayan bir çocuk, halk tarafından tedavi gördüğü hastanenin bahçesine çiçek bırakarak desteklenmiştir.
- Bir diğer örnek ise aileleri olmadan gelen çocuk sığınmacılara verilen hizmet ve muamele Finlandiya ve İngiltere’de siyasi tartışmalara neden oldu.
- Yine Romanya’da bir çocuk bakımevinde çocuklara uygunsuz muamele ve yüksek dozda verilen ilaçlar, çocukların hakları ve ihtiyaçları, gazeteciler tarafından ifşa edilmiştir.
- Polonya’da gençlerin beslenmesiyle ilgili yapılan yanlış düzenlemeler, lise öğrencileri tarafından aileler, politikacılar ve iş adamlarının da desteğini alarak protesto edildi.

Bu örneklerde olduğu gibi çocuk sağlığı sorunları bazen çok hassas olabilir ve toplumsal tepkileri tetikleyebilir, farklı fikirler ve bakış açıları ortaya çıkarabilir bu gibi durumlarda sivil toplum örgütleri devreye girmekte, ilgili uzman görüşleri ortaya çıkmakta ve sonuç olarak bu gibi durumlar ülkelerin veya toplumların gönüllü olarak veya toplum baskısıyla sağlık politikalarını şekillendirmektedir. Çocuk sağlığı politikası girişimlerinin etkinliği, duruma veya faaliyetlere müdahil olan aktör sayısı arttıkça, artmaktadır. Bu nedenle çocuk sağlığı alanına sadece sağlık çalışanları değil diğer tüm paydaşların katılımı çok önemlidir.

İngiltere’de Aile hekimleriyle yapılmış kalitatif bir çalışmada ise “ birinci basamakta çocuk sağlığı kalite belirteçleri” belirlenmeye çalışılmıştır. Denetimler, klinik şablonlar, anketler, acil servis başvurusu, hastane yatışı, antibiyotik reçete etme oranı gibi farklı sonuçlara değinilmiştir. Basit ve net olan belirteçler örneğin “şüpheli durumlarda tüm hastalara idrar tetkiki ”ve kompleks olan uygulayana göre değişebilen örneğin “krup yönetim yolu” gibi farklı belirteçlerin farklı şekilde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Aile hekimleri genel anlamda çocuk sağlığıyla ilgili kalite belirteçlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasını mevcut durumu görmek ve daha kaliteli bir hizmet sunmak için olumlu bulmaktadırlar fakat ortaya çıkacak sonuçlarla yargılanmaktan ve mesleki olarak olumsuz etkilenmekten de korkmaktadırlar (5).

2.3. Ülkemizde Sağlık Hizmetleri Gelişimi Bünyesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Şekillenmesi:

Birinci basamak sağlık hizmetleri halkın kolayca ulaşabildiği, ilk başvuru yeri olan, önceliğin koruyucu sağlık hizmetlerinin olduğu aynı zamanda tetkik, teşhis, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetleri de sunan sağlık sistemleridir (11).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sitesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimde sağlık hizmetlerinin kurulması, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine dair çalışmaların 1930 yılında sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın döneminde '1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ' ile başladığı belirtilmektedir (12).

1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde ' 'Biyolojik Kontrol Laboratuvarı ve bir aşı istasyonu açılarak 'BCG' 'aşısı ve 1948'de Boğmaca aşısı üretilmeye başlanmıştı (13).

Daha sonra Dr. Behçet Uz döneminde 'Milli Sağlık Planı' ile köylerin sağlık hizmetine erişimini sağlamak amacıyla her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulması hedeflenmiş, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri birlikte verilmeye başlanmıştır. Her merkeze iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir de ziyaretçi hemşire ile ayrıca 10'ar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurlarından oluşacak bir yapı inşa edilmiştir. Nüfusun kalabalık olduğu yerlere öncelik verilerek 1945 yılında 8 tane olan sağlık merkezi sayısı, 1950 yılın da 222'ye, 1955 yılında 181'e ve 1960'lı yıllar da 283'e yükseltildi (12,13).

Milli Sağlık planı ve programında ayrıca halkın sağlık sigortasını ücret karşılığı başlatmak, parası olmayanların ücretsiz erişimini sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi ürünlerin üretimini denetlemek, çocukların sağlıklı beslenmesini sağlamaya yönelik süt ve mama üretim tesislerini oluşturmak gibi hedefler yer almaktaydı (13).

1953 yılında aynı zamanda UNICEF ve DSÖ'den gelen yardımlarla 'Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi' kurulmuştur. Bu dönemde ayrıca çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin fazla olması nedeniyle nüfusun artışına yönelik

politikalar yürütülmüş, sağlık merkezleri ve sağlık evleri sayısını arttırmaya yönelik uygulamalar başlatılmıştır. Bu sayede ‘‘Bebek Ölüm Hızı’’ 1950 yılında binde 233’ten 1960 yılında 176’ya düşürülebildi (13).

1961 yılında ‘‘224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’’ sayesinde kademeli olarak sağlık kuruluşlarının sayısı artırıldı, 1983 yılında ise tüm ülkeyi kapsayacak şekilde sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il devlet hastaneleri yapılandırıldı (13).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde şekillendirme planı ilk olarak 1990’lı yıllarda ‘‘Sağlık Reformu’’yla başlatıldı, daha sonra 2002 yılında Acil Eylem Planı’yla ‘‘herkese sağlık başlığı’’ ile gündeme geldi ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla ‘‘Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi gerektiği belirtildi (13). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda ayrıca anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi gerektiği, koruyucu sağlığın yaygınlaştırılması gerekliliği gibi maddelerde yer almaktadır (13).

Diğer ülkelerde uzun yıllardır uygulanan ‘‘Aile Hekimliği Modeli’’ ülkemiz şartları ve ihtiyaçlarına göre şekillendirilerek 2004 ve 2005 yıllarında çıkarılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve Yönetmelik’le ilk olarak Düzce’de başlatıldı ve 2010 yılında tüm ülkeye yaygınlaştırıldı (13).

Her ne kadar birinci basamak sağlık sistemlerini güçlendirmek için büyük bir reform yapılarak Aile Hekimliği sistemine geçilmiş olsa da ülkemizde hala ‘‘hastane merkezli’’ bir sağlık bakımı devam etmektedir. Hastaların özellikle kronik hastalığı olan hastaların çok büyük bir kısmı 2. veya 3. basamakta polikliniklerden takip edilmeye devam etmektedir. Hem maliyet etkin olması hem de kronik hastalık takibinin daha etkin olabileceğinden bu takipler birinci basamakta olmalıdır. Bunun için öncelikle birinci basamaktan 2. ve 3. basamağa sevk sistemi aktif bir şekilde uygulanmalıdır (14). Bu durum aynı zamanda aile hekimlerinin ilgili branşa yönlendirdikleri hastalarının durumunu, tedavi ve takip edebilmelerine olanak vermekte ve verilen hizmetin daha kaliteli olmasına yardımcı olacaktır.

Kringos ve arkadaşları tarafından yapılmış olan Avrupa’da birinci basamak sağlık sistemlerinin gücünün araştırıldığı çalışmada Türkiye’nin birinci basamak sağlık sistemlerini yapısal özellikleri bakımında (birinci basamağın yönetimi, ekonomik koşullar, insan gücü) orta düzeyde güçlü, uygulama özellikleri bakımından (ulaşılabilirlik, kapsayıcılık değerlendirildiğinde) orta, (süreklilik, koordinasyon) ise zayıf, tüm kategoriler toplu olarak değerlendirildiğinde ise zayıf olarak bulundu (15).

Mocha projesinde Kringos tarafından değerlendirilmiş olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin gücü ile süt çocuğu mortalite, neonatal mortalite, 5 yaş altı ölüm oranlarıyla karşılaştırıldığında bir ilişki bulunamazken, kronik hastalıklardan olan diyabete bağlı ölüm, epilepsi nedenli ölüm oranları birinci basamağın güçlü ve zayıf olması arasında kuvvetli bir ilişki gösterilmiş, sağlık sistemi zayıf olanlarda mortalite oranları yüksek bulunmuştur (6).

Sağlık Bakanlığı’nın 2022’de yayınladığı “Sağlık İstatistikleri” verilerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere başvuru sayısına bakıldığında 2020 yılında toplam 600.261.131 poliklinik başvurusu yapıldığı bunun 253.119.935 (%42) tanesinin birinci basamağa ve onların da 247.273.830 (%41,1) tanesinin aile hekimliği birimlerine yapıldığı vurgulandı (16). Ana hatlarıyla birinci basamak sağlık hizmetleri üç merkezde verilmektedir (11):

2.3.1 Aile Sağlığı Merkezi (ASM):

Eski adıyla “Sağlık Ocak”ı olan ve 2010 yılında tüm Türkiye’de geçilen sistemle, kendisine kayıtlı nüfusa hizmet vermesi beklenen Aile Hekimi/leri ve aile sağlığı çalışanları tarafından işletilen sağlık kuruluşlarıdır. Mevcut ASM sayısı 8015 adettir (16).

- Aile Hekimliği Birimi: Bir aile hekimi ve en az bir tane aile sağlığı çalışanının görev yaptığı ASM içerisinde mevzuatta yer alan asgari şartları karşılayan yapılardır (11). Sağlık istatistikleri yıllığı 2020 verilerine göre 26594 aile hekimliği birimi bulunmaktadır (16).
- Bu birimlerde toplam 25.076 hekim görev yapmakta ve bunların 2085 tanesi uzman hekim ve 22.991 tanesi ise pratisyen hekimlerdir (16).

- Ayrıca bu birimlerde 67.254 personel görev yapmakta olup bunların 8749 tanesi hemşire, 12.776 tanesi ebe kadrosundadır (16).

2.3.2 Toplum Sağlığı Merkezi:

Bulunduğu bölgedeki ASM'lerinde bağlı olduğu, halkı belirlenen riskli durumlara karşı koruyan ve gerekli düzenlemeleri yapan kurumlardır. ASM'ler tarafından yönlendirilen riskli vakaların takip edilmesini sağlarlar ayrıca belirli hastalıkların (kronik hastalıklar gibi) taranmasında önemli rolleri vardır (14). Ülke genelinde 779 adet toplum sağlığı merkezi yer almaktadır (16).

2.3.3 Entegre Devlet Hastaneleri:

İlçe devlet hastanesi olmayan yerlerde acil hizmetlerden, doğum, ana-çocuk sağlığı, koruyucu sağlık hizmetlere kadar ayakta ve yatarak daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak yürütüldüğü kuruluşlardır. 2020 sağlık verilerine göre ülke genelinde 288 tane entegre ilçe devlet hastanesi vardır (16).

2.4. Aile Hekimliği Sistemi, Aile Hekimi ve Görevleri:

2.4.1. Tanımı:

Aile hekimliği; ülkemizde her ne kadar yeni bir kavram olsa da dünyada uzun yıllardır var olan bir branştır.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians) (Genel Pratisyenler/ Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü, kısaca Dünya Aile hekimleri Birliği) tarafından yapılan tanımlamaya göre Aile hekimi "kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlık dalıdır"(17).

Ülkemizde Aile Hekimliği kavramı ve aile hekimliği sisteminin yeni olması nedeniyle, yeterli sayıda aile hekimi uzmanının olmaması gerekçe gösterilerek şu şekilde tanımlanmaktadır.

“Kendisine kayıtlı olan nüfusa; doğumdan ölüme, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmeti sunan ASM veya gereğinde gezici sağlık hizmeti veren hekimlerdir” (18).

2.4.2. Aile Hekimi Nasıl Olunur?

Her ne kadar görev tanımları aynı gösterilse de genel pratisyenlik ve aile hekimliği aynı şey değildir. Aile Hekimliği branşı; Tıp fakültesinden mezun olduktan sonra en az üç yıllık bir eğitim/ asistanlık süreci geçirmiş kişiler olarak tanımlanmaktadır (17).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanı sayısının yeterli olmaması ve ihtiyacın acil olması nedeniyle aile hekimi, birden fazla yolla olunmaktadır:

- 1) Aile hekimliği uzmanlığı yoluyla, ülkemizde ilk kez 1985 yılında Sağlık bakanlığı eğitim hastanelerinde eğitime başlanan ve o tarihten itibaren müfredatı standart hale getirilen, TUS (tıpta uzmanlık sınavı) sonrası asistanlığa yerleşen ve 3 yıllık birinci basamak uzmanlık eğitimi almış hekimlerdir (17).
- 2) Bakanlığın uygun gördüğü eğitimleri tamamlamış olan diğer uzman hekimler
- 3) Pratisyen hekimlerine aile hekimliğine geçişte başlangıçta hızlı bir şekilde hekim ihtiyacını kapatmak için 2 aşamalı bir eğitimle aile hekimliği sertifikası verildi (ilk aşama 10 günde ve ikinci aşama modüller halinde bir yılda bitirilecek şekilde planlandı ve sonrasında eğitimle aile hekimi unvanı verildi (19). Daha sonraki süreçte yeni mezun pratisyen hekimler herhangi bir eğitim verilmeden ASM görevlendirildi ve aile hekimi unvanı verildi (20).
- 4) SAHU (Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi): Sahada aile hekimi olarak görev yaparken, TUS’da “A puanı” hesaplanmış ve en az 40 puan almış, eğitim araştırma hastanesi veya üniversite aile hekimliği kliniği olan bir merkezde 6 yıl asistanlık yaparak “Aile Hekimliği Uzmanı” olarak mezun olan kişilerdir (21).

2.4.3. Aile Hekiminin Görevleri (11):

- a) Bağlı bulunduğu toplum sağlığı merkezi ile iş birliği içerisinde sağlık hizmeti vermek, örneğin: Sağlık hizmeti verdiği toplumun sağlığını tehdit edeceğini düşündüğü durumları toplum sağlığı merkezine iletmek

- b) Kendisine atanan nüfusun ilk değerlendirmesini yapmak ve en kısa sürede (6 ay içinde) ev ziyaretini yapmak
- c) Kayıtlı nüfusunun koruyucu ve tedavi tüm sağlık ihtiyacına yönelik hizmet vermek, rehabilitasyon ve danışmanlık ihtiyacına yönelik çözümler sunmak.
- d) Kayıtlı nüfusun yaş, cinsiyet, hastalık gruplarına özel taramalarını ve takiplerini (kanser, kronik hastalıklar, hamile ve lohusa izlemeleri, yeni doğan, bebek ve çocuk sağlığı, ergen sağlığı, yaşlı sağlığı izlemelerini) yapmak
- e) Evde sağlık kapsamında olan (yaşlı, engelli ve yatağa bağımlı) kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlamak
- f) ASM şartlarında tedavisi mümkün olmayan hastaları sevk etmek ve basamaklar arası sağlık hizmetlerini ayarlamak
- g) Hastaların ihtiyaç halinde gerekli tetkiklerinin yapılmasını sağlamak
- h) Kayıtlı nüfusun sağlık kaydını tutmak ve gerekli ise bildirimini yapmak
- i) Tüm kayıtlı nüfusun en az yılda bir kez muayenesini ve gerekli periyodik muayenesini yapmak
- j) Entegre devlet hastanesinde görev yapan hekimse gözlem amaçlı hasta tetkik ve tedavisini yapmak
- k) İlgili mevzuata göre gerek görülen diğer işleri yapmak
- l) Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının beraber müdürlüğün belirlediği nüfuslarına dahil olan köy, belde, mezra gibi yerlere belirli aralıklarla ziyaret ederek gerekli birinci basamak sağlık hizmetini vermek (22).
- m) Yerinde sağlık hizmeti: yine aile hekimi ve sağlık çalışanı müdürlüğünce belirlenen cezaevi, çocuk ıslah evi, huzur evi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları gibi yerlere bizzat giderek sağlık hizmeti vermek (22).

2.5. Aile Sağlığı Çalışanı:

Aile hekimi ve beraber ASM'de çalışan sözleşmeli veya devlet memuru olan hemşire, ebe, sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni olan kişilerdir (11).

2.6. Aile Hekimlerinin Çalışma Şartları:

2.6.1. Aile Hekimlerinin Nüfusu:

Aile hekimliği birimi başına düşen nüfusa bakıldığında 2020 verisine göre ülke genelinde ortalama 3144 kişi olarak gösterilmektedir (16). Bu bilgilere göre birim başına en az nüfus düşen il ortalaması 2642 (aile hekimliği birim sayısı 31) ile Bayburt ve en fazla nüfus düşen il ortalaması 3494 (aile hekimliği birim sayısı 79)ile Yalova oldu[16]. Aktif olarak görev yapan aile hekimi başına düşen nüfus ortalaması ise 2020 yılında 3334 kişidir (16).

2.6.2. Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri:

Türkiye genelinde birinci basamak sağlık merkezlerinden ikinci veya üçüncü basamağa sevk zinciri vardır fakat çeşitli nedenlerle aktif olarak uygulanamamaktadır.

Aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada sevk zincirinin mevcut şartlarda aile hekimliğinde soruna neden olacağını düşünenlerin oranı çalışmaya katılan hekimlerin %75,2'ini oluşturmaktadır. Bu duruma neden olan sorunlar ise: aile hekimi birimlerinin nüfus sayısının istenilen düzeye indirilememesi, henüz aile hekimliği sisteminin alt yapısının yeterli olmaması ve halkın sağlık okuryazarlığının düşük olması gösterilmiştir (23). Sevk zincirinin başlatılmasının acil ve öncelikli bir durum olup olmadığının sorgulandığı başka bir çalışmada ise aile hekimlerinin %70'i bu durumu acil bir sorun olarak görmediğini belirtmektedir (23).

Birinci basamaktan hastanelere sevk gerekliliği uzman doktorlara, aile hekimlerine ve halka sorulmuş; uzmanların %89,9'u aile hekimlerinin %68,8'i ve halkında %43,3'ü sevk zincirinin olması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir (24). Başka bir çalışmada ise aile hekimlerinin %85,07'si aile hekimliğine sevk zincirinin gelmesi gerektiğini ve %55,72 oranında sevk sisteminin Türkiye'de uygulanabileceği yönünde görüş bildirmiştir (25). Aile hekimleri sevk sırasında halkla tartışma yaşanacağıyla ilgili endişe duyuyorlardı. Uzman doktorlar sevk zinciri olmadan başvuran hastaların çoğu zaman kendi branşları ile ilgili olmaması ve gerçekten kendileriyle ilgili olan hastalara yeterli ve kaliteli zamanı ayıramadıklarından yakınmaktadırlar (24).

Ülkemizde uygulanabilir bir sevk zinciri için nelerin olması gerektiğinin sorgulandığı bir çalışmada ise ASM'lerin kolaylıkla irtibatla olacağı laboratuvar, görüntüleme merkezlerinin olması veya hastanelerden gerekli hizmetin alınabilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca her ASM'nin entegre olduğu konsültasyon isteyebileceği bir hastanenin olması ve o hastanenin doktor açığının olmaması, sevk zincirine uymak istemeyen hastalardan ciddi katkı payı alınması gibi yaptırımların olması gerektiği ve diğer taraftan sevki olmadan 2. ve 3. basamağa giden hastaların hastaneye kabul edilmesine engel oluşturulmaması gerektiği gibi çözümler önerilmektedir (23).

Başka bir çalışmada ise halkın kamu spotlarıyla bilinçlendirilmesi, aile hekimlerinin nüfusunun azaltılması, aile hekimliğinde koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması, aile hekimi tarafından 2. veya 3. basamağa giden hastadan yüksek katkı ücreti alınması, engelli hastaların sevkinde ve takibinde ilgili branş doktorlarıyla irtibatın kolaylaştırılması ve son olarak hastanın sadece branş seçilerek sevkinin yapılması hastane ve doktor seçiminin hastaya bırakılması gerektiği belirtilmektedir(25).

2.6.3. Aile Hekimliği Ekibi:

Aile hekimlerinin beraber çalıştığı aile hekimi ve yardımcı sağlık çalışanı hariç diğer sağlık ekibiyle (eczacı, sosyal hizmet görevlisi gibi) nadiren iş birliği içerisinde çalışmaktadırlar. Bu anlamda bir düzenleme de yoktur (20).

2.6.4. Aile Hekimlerinin Sözleşmesi:

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları sözleşmeyle çalışmaktadır. Bakanlığın ödeme yönetmeliğinde ayrıntılı olarak değinilen kriterlere göre;

- 1) "Kayıtlı nüfusa göre;
 - a) Gebeler için
 - b) 0-59 ay bebek ve çocuk takipleri için
 - c) Ceza evindeki tutuklu ve hükümlüler için
 - d) 65 yaş üzeri nüfus için
 - e) 4000 kişiye kadar diğer kayıtlı nüfus için
- 2) Çalışılan bölgenin coğrafi ve nüfus durumuna göre kayıtlı nüfusun mecburen az olacağı durumlarda
- 3) Aynı zamanda entegre sağlık hizmeti sunulması gerektiği durumlar

- 4) Kayıtlı kişilerde kronik hastalık takibi (hipertansiyon, obezite, diyabet, kanser gibi) yapıldığı durumlarda
- 5) Aile hekimliği uzmanı veya diğer uzmanlar için ek ödeme
- 6) Deprem, sel, salgın gibi olağan üstü durumlarda ekstra ödeme
- 7) Günlük yapılan poliklinik sayısına göre kademeli olarak artarak en fazla 76 kişi ve üzeri için tavan ücret mevcuttur
- 8) Aile sağlığı birim sınıflamasına göre
- 9) Halk sağlığının geliştirilmesine destekleri, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmalarına, düzenli hizmet sunumuna katkıları nispetinde motivasyon destek ödüllendirmesi için farklı ödeme katsayılarına göre hesaplama yapılarak aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının ödemeleri yapılmaktadır” (22).

Negatif performans kriterleri adıyla anılan gebe, bebek, çocuk izlemleri ve aşılamlarda her yapılmayan veya eksik yapılan için negatif performans adı altında ödemeleri uygun görülen oranlarda kesintiye uğrar (22).

2.6.5. Aile Hekimliği Birimi Sınıflandırması:

Aile hekimliği birimi bazında A, B, C, D olmak üzere toplam 15 maddenin belli asgari şartlarla var yok şeklinde değerlendirilmesi sonucunda sınıflandırılmakta ve sınıflamaya yani gider durumuna göre ödeme yapılmaktadır. Bu kriterlerden elektronik sıra takip sistemiyle hasta müracaatının yapılması, bekleme alanında TV bulunması, en az 20 m² bekleme alanı varlığı, asgari en az haftada 10 saat temizlik personeli çalıştırılması ve “Bebek dostu aile hekimliği birimi belgesi” ne sahip olmak ve bu hizmetin sunulmasının yer aldığı 5 madde tüm sınıflarda olması zorunludur. (22).

“Bebek dostu aile hekimliği birimi” olma sürecinde ilgili aile sağlığı birimi öncelikle TSM’ye başvuruda bulunur. O ildeki Halk sağlığı genel müdürlüğü çocuk ve ergen sağlığı daire başkanlığı tarafından TSM’ye ilgili birime ulaştırılmak üzere eğitim CD’leri gönderilir. İlgili birimde görev yapan tüm çalışanların bu eğitimleri tamamlamış olması gerekmektedir. Uzaktan olan bu eğitim tamamlandıktan sonra TSM’de görevli “ İl bebek dostu eğitimcisi” tarafından yarım günlük bir eğitim yapılır. Bu eğitim sonrası eğitime katıldıklarına dair belge verilir. Sonrasında Aile hekimliği birimi

tarafından oluşturulan bir dosyaya bu eğitim belgeleri ve gerekli olan diğer belgeler eklenir. TSM'den bir görevli birimi ziyaret eder ve binanın uygunluk durumu, kriterleri karşılayıp karşılamadığı değerlendirilir. Birimde görev yapan doktor, ebe hemşire ve her birimden 5 gebe (32 hafta üzerinde) ve 5 emziren anne (bebeği 6 ay altında olan) ile görüşülür anket formları doldurulur ve ilgili şubeye bu dosya ulaştırılır. Şubenin uygun görmesi durumunda ‘‘ Bebek Dostu Birim Belgesi ‘‘ TSM kanalıyla gönderilir (26).

Bebek Dostu Aile Hekimliği Birim Kriterleri:

- 1) Emzirme politikası yazılı olarak hazırlanmalı ve tüm personel ve halkın kolayca ulaşabileceği bir yerde olmalı ve belirli aralarla bilgilerine sunulmalıdır.
- 2) Tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda eğitilmelidir
- 3) Kayıtlı gebelerin tümüne emzirmenin yararları ve emzirme sürecinin nasıl yönetilmesi gerektiği (bebek her istediğinde, aynı odada kalmanın önemi, emzirme teknikleri gibi) uygulamaları gerektiği anlatılmalıdır.
- 4) Emzirmenin nasıl yapılacağı bebeğinden ayrı kaldığında anne sütünün devamlılığının, sağılmasının ve saklanması nasıl yapacağı anlatılmalıdır.
- 5) Tıbbi bir gerekçe olmadıkça ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve en az ilk 2 yaş emzirmenin devam ettirilmesi gerektiği anlatılmalıdır.
- 6) Bebeğin her istediğinde emzirilmesi teşvik edilmelidir.
- 7) Anne sütünün ve emzirmenin korunması, desteklenmesi ve yaygınlaştırılması için ilgili bölgede anne destek grupları ve emzirmeye yardımcı gönüllü topluluklar ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde annelere, eczanelere, okullara bilgilendirme toplantıları yapılmalı ve yazılı olarak broşürler paylaşılmalıdır.
- 8) Aile hekimliği biriminde anne sütü ve muadilleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalı
- 9) ASM her yerinde uluslararası mama kodu ile ilgili uygulamaların benimsenmiş ve uygulanıyor (mama reklamı yapılmaması için üzerinde logosu olan defter-kalem gibi ürünler bulundurulmamalı ve kullanılmaması, mama ile beslenmenin zararları ve maddi zararı belirtilmeli, mama firması ile aile bir araya getirilmez, örnek mama numunesi verilmez gibi) olduğundan emin olunmalıdır (26).

2.7. Ülkemizde Birinci Basamakta Çocuk Sağlığı Hizmetleri:

Ülkemizde aile hekimliği sistemiyle birlikte çocuk sağlığı hizmetleri yaklaşımında gerekli güncellemeler yapılmış ve daha kapsamlı bakım hizmeti verilmeye başlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemle hastalıklar henüz oluşmadan yapılan takiplerle önlenmekte ve ailelere bunun önemi anlatılarak daha sağlık bir nesil yaratılmaya çalışılmaktadır (27).

2.7.1. Ülkemizde Çocuklara Yönelik Başlatılmış ve Devam Eden Koruyucu Sağlık Hizmeti Programları:

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Henüz hastanın veya çevresindekilerin hastalığın farkında olmadığı dönemde, hastalığın veya sakatlığın belirtilerinin bile ortaya çıkmadan öncesinde, hastalığın ortaya çıkma riskini, süresini veya ciddiyetini minimuma indirecek taramalar ve yine erken evrede tedavisini sağlayan sağlık hizmetlerinin tümüdür.

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı ve Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülen programlardan 0-60 ay çocukları kapsayan koruyucu programları aşağıda listelenmiştir.

2.7.1.1. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı:

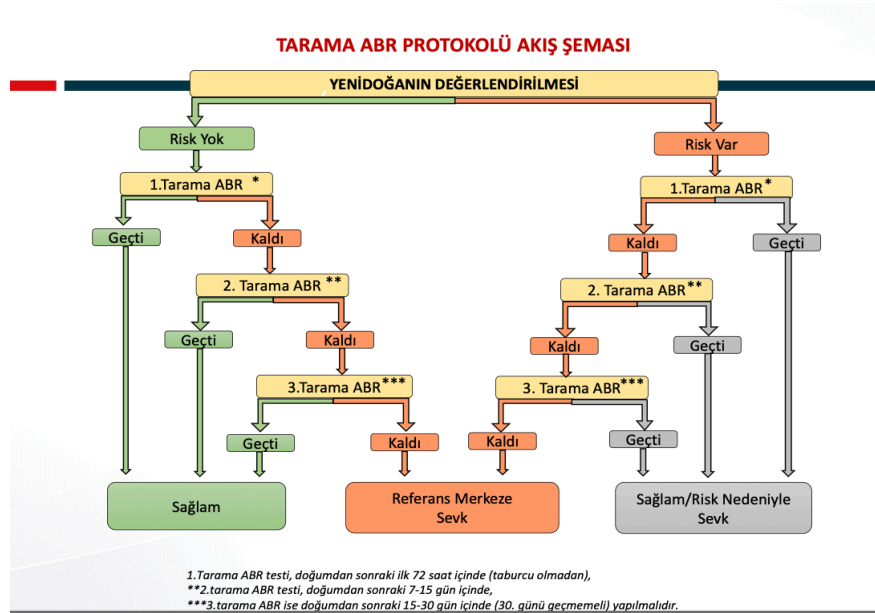
Hastalık tarama programları her ülke için ayrı ayrı planlanmalıdır. O toplumda en sık görülen kalıcı hasara neden olan, erken dönemde tespit edilerek hem hasarın engellendiği veya tedavi edilebildiği hem de bu sayede ülke ekonomisine olan yükün hafifletilebildiği hastalıklar tarama programına dahil edilmektedir. Bu taramalar ucuz, güvenilir ve uygulanabilir yöntemler olmalı ve bu yöntemle tüm yeni doğmuş bebeklerin taranması hedeflenmelidir (28).

Dünyada hipotiroidi, fenilketonüri, biyotinidaz eksikliği, kistik fibrozis, galaktozemi, glikoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği, tirozinemi, Akçağaç şurubu hastalığı, homosistinüri, yağ asidi oksidasyon bozukluğu, organik asidüriler, mukopolisakkaridoz, orak hücreli anemi, beta talasemi majör, musküler distrofiler, orta zincirli açıl CoA dehidrogenaz eksikliği, ağır kombine immün yetersizlikleri yer almaktadır (29).

Ülkemizde uygulamaya koyulma sırasına göre; FKU(Fenilketonüri) (1993), KHT (Konjenital hipotiroidi) (2006), biyotinidaz eksikliği (2008), KF (kistik fibrozis) (2015), KAH(konjenital adrenal hiperplazi) (2022) ve SMA(spinal müsküler atrofi) (2022) taranmaktadır. Tarama testi iki aşama olarak yapılmaktadır, ilki bebeğin oral beslenmeye başlamasından 48 saat geçtikten sonra topuktan alınan kanla yapılmaktadır. Bu numuneden Feniketonüri, Biyotinidaz eksikliği ve SMA çalışılmaktadır. İlk hafta içerisinde aile hekimliği merkezlerinde ikinci kez topuk kanı alınmakta ve bu numuneden de konjenital hipotiroidi, KAH, Kistik fibrozis ve fenilketonüri çalışılmaktadır. Yeni doğan tarama programları sayesinde yılda 4500 çocuk bu hastalıklar nedeniyle kalıcı bir hasar almadan önüne geçilmektedir (28).

2.7.1.2. Yenidoğan İşitme Tarama Programı:

Her 1000 çocukta 1-3'ü en yaygın görülen doğumsal sorunlardan olan işitme kaybıyla doğmaktadır. Tespit ve müdahale geciktikçe çocuğun konuşma ve dil gelişimi etkilenmektedir. Çocukların ilk 3 ayda tanı alması ve 6. aydan önce gerekli müdahalenin yapılması durumunda dil, sosyal ve bilişsel yetilerde gerilik gözlenmemektedir (30).



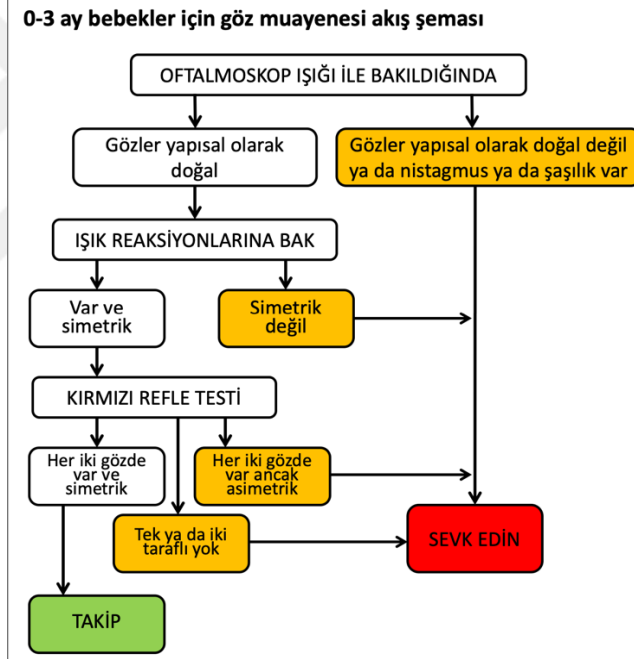
Şekil 2. 2: Yenidoğan İşitme Taraması ARB Uygulama Şeması (30).

Tarama ABR (beyin sapı işitsel uyarılmış yanıtı) testi ile yapılmaktadır. Riski olmayanlarda sonuç sağlamdır çıkana kadar 3 kez (ilki ilk 72 saat içerisinde, 2. tarama

doğumdan sonra 7-15. gün arasında ve 3. tarama ise 15-30. Gün içerisinde) tekrarlanır, riskli olanlarda da aynı şekilde geçene kadar 3 kez test tekrarlanmakta geçmesi durumunda da risk olması nedeniyle riskin nedenine göre sevk edilir. Risk durumuna bakılmaksızın 3. taramada da geçemeyen bebekler “Referans merkezine” sevk edilir (30). Şekil 2.2’de detaylı olarak paylaşılmıştır.

2.7.1.3. Yenidoğan Görme Taraması:

Bebeklik döneminde yapılan görme taraması normal görmenin gelişiminde risk oluşturabilecek nedenlere yönelik erken dönemde önlem almak açısından çok önemlidir. Taraması yapılan durumlar arasında retinoblastom, konjenital glokom ve konjenital katarakt gibi doğuştan olan hastalıklar veya prematüre retinopatisi yer almaktadır (31).

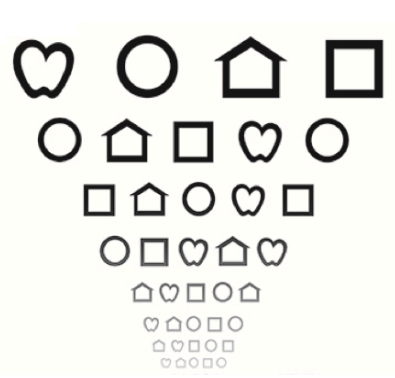


Şekil 2. 3: Bebeklerde 0-3 Aylık Dönemde Yapılması Gereken Göz Muayenesi Şeması (31):

Aile hekimleri tarafından 0-3 ayda genel göz muayenesi, “Kırmızı Refle (kırmızı yansıma testi)” testi ve kornea ışık yansıma testi ile şaşılık taraması yapılmaktadır (Şekil 2.3). 32 haftadan ve öncesinde doğan prematüre bebekler ve 1500 gr altında doğan tüm bebekler 4. haftada “prematüre retinopatisi” değerlendirilmesi için göz doktoruna sevk edilir (31).

2.7.1.4. Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması:

Okul öncesi çocukların ise (36-48 aylık) görme muayenesiyle şaşılık, ambliyopi, kırma kusurları, katarakt, glokom, retinoblastom açısından değerlendirilmesi yapılmaktadır (32).



Şekil 2. 4: Okul Öncesi Çocuklarda (36-48 ayda) Yapılan LEA görme testi (32)

Bu yaş grubu için ise tarama; genel göz muayenesi, kırmızı refle ve görme keskinliği taraması için “ LEA sembol testi ile yapılmaktadır[32]. Şekil 2.4’te gösterilmiştir.

2.7.1.5. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı:

Gelişimsel kalça displazisi kalça eklemine stabil olmama ile tam çıkık olması arasındaki skalayı tanımlayan bir durumdur. Erken tespit edilmesi durumunda hiçbir sekel kalmadan iyileşebilmektedir.

Tablo 2. 3: Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Risk Faktörleri

- GKD’li akraba varlığı
- Doğum öncesi makat duruş veya makat doğum öyküsü
- Çoğul gebelik
- Tortikollis
- Amniyon sıvısının azlığı veya fazlalığı (Oligohidroamniyoz)
- Ayak deformiteleri (pes ekinokalkeneovalgus gibi)
- Bebeğin kundaklanması
- İlk doğan kız bebek
- Bacaklar arası uzunluk farkı

Ülkemizde görülme sıklığı her 1000 canlı doğumda 5-15 arasında olduğu tahmin edilmektedir. GKD açısından risk faktörlerinin varlığı doğum yapılan yerde sağlık personeli tarafından ilk 48 saat içinde yapılmalı ve bir tane bile pozitiflik olması durumunda derhal kalça USG için randevu alınmalıdır. GKD risk faktörleri Tablo:2.3'te detaylandırılmıştır.

Tablo 2. 4: Gelişimsel Kalça Displazisi Aylara göre Patolojik Muayene Bulguları

Gelişimsel Kalça Displazisinde Aylara göre Muayene Bulguları:
İlk 3 ayda: Ortoloni ve barlow muayene bulgusu pozitifliği
Üçüncü aydan sonra Abdüksiyon kısıtlılığı
İkinci aydan sonra pili asimetrisi
Galeazzi (bacak uzunluk farkı- cetvel belirtisi) bulgusu
İki taraflı çıkıklıklarda Abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi ve Galeazzi bulgusu yanıltıcı olabilir

Doğum sonrası hastanede GKD açısından risk faktörleri sorgulaması yapılmalı, varsa kalça USG' randevusu alınmalı risk yoksa aile hekimleri tarafından 41. gün muayenesinin yapılacağı bilgisi aileye iletilmelidir. Aile hekimi kontrolde tekrar risk sorgulaması ve muayene yapar her iki kriterinde negatif olması durumunda normal kabul eder. Kriterlerden birisinin veya her ikisinin de pozitif olduğu durumda kalça USG'sini planlar. GKD açısından risk olsun veya olmasın, yeni doğan döneminde (3-4 hafta) tüm bebeklerin kalça muayenelerinin yapılması pozitif muayene bulgusu olan veya risk faktörü olanların ileri tetkik ve tedavi açısından ortopedi kliniğine sevk edilmesi ve doğum sonrası 3-6 hafta içerisinde kalça USG ile taranması gerekmektedir (Tablo 2.4). Tedavi planlanması açısından ilk 2-3 aylık dönem çok kıymetlidir bu nedenle planlamalar geciktirilmemeli ve aile yakından takip edilmelidir (33).

2.7.1.6. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı:

DSÖ'nün önerisi olan bebeğin doğar doğmaz, ilk 30 dk içerisinde, emzirilmeye başlanması ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesi, 6. aydan 1 yaşına kadar anne sütüne ek tamamlayıcı beslenmeyle devam edilerek, en az iki yaşına kadar emzirmenin devam etmesi gerektiği belirtilmektedir (34,35).

Emzirmenin korunması, desteklenmesi ve özendirilmesi ilk olarak tüm sağlık kuruluşlarında “Emzirmede 10 adım stratejisinin” etkin bir şekilde uygulanmasıyla mümkün olabilmektedir. Bebeklik döneminde etkin emzirme ile başlanan ve altıncı aydan itibaren çeşitlendirilmiş sağlıklı beslenme ile kazanılan yeme alışkanlığı sadece çocukluk döneminde değil erişkin döneminde de morbidite ve mortaliteye karşı koruyucu rol oynamaktadır (35).

Başarılı Emzirmenin 10 Adımı (34):

A) Temel Yönetim Uygulamaları:

- 1) Sağlık Kuruluşunda anne sütünün ve emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi amacıyla yazılı bir emzirme politikası oluşturulmalıdır.
 - a) “Anne Sütü ve Muadillerinin Pazarlanmasıyla İlgili Uluslararası Yasa” ve “Dünya Sağlık Asamblesi’nin kararları eksiksiz olarak uygulanmalıdır.
 - b) “Bebek Beslenme Politikası” oluşturulmalı, personel ve ebeveynlerle periyodik paylaşım yapılmalıdır.
 - c) Sürekli takibin yapılabileceği izlem ve veri toplama sistemleri kurulmalı
- 2) Sağlık personeli yeni doğum yapan anneleri emzirme konusunda gereken bilgi, beceri ve yetkinliği kazanabilmesi için desteklemelidir.

B) Temel Klinik Uygulamalar:

- 3) Emzirmenin önemi ve yönetimi hamilelik döneminden itibaren annelere ve ailelerine anlatılmalıdır.
- 4) Annelerin doğumdan sonra en kısa sürede bebekleriyle ten-tene temasla emzirmeyi başlatması ve kesintisiz devam etmesine destek olunmalıdır.
- 5) Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi sırasında sıklıkla karşılaşılan sorunların çözümü için annelere destek olunmalıdır.
- 6) Tıbbi bir zorunluluk olmadığı sürece, yenidoğana anne sütü hariç hiçbir şey verilmemelidir.
- 7) Anne bebek ikilisinin günün 24 saati bir arada, aynı odada kalmaları sağlanmalıdır.
- 8) Annelere bebeklerin açlık ipuçlarını tanımaları ve nasıl cevap verecekleri öğretilmelidir.
- 9) Biberon ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda anneler bilinçlendirilmelidir.

- 10) Doğum sonrası ebeveynlerle, bebeklerine emzirme veya bakım desteği verebilecek merkezlerin bilgileri paylaşılmalıdır.

Program kapsamında birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan personele emzirme danışmanlığı uygulayıcı ve eğitici eğitimleri düzenlenmektedir (35,36).

Bebek Dostu Ünvanı; Sağlık kuruluşunun ulusal değerlendirme ekiplerince yapılan değerlendirmeden 80 ve üzeri bir puan alması sonrasında kazanılmaktadır (35).

Bebek Dostu Aile Hekimliği Birimi: Aile hekimi ilk olarak bağlı bulundukları sağlık müdürlüğü veya TSM'ye "Bebek Dostu Aile Hekimliği Birimi" unvanını almak istediğine dair başvuruda bulunmalıdır. Sonrasında önce uzaktan eğitimle sonra TSM tarafından yarım günlük bir eğitimle aile sağlığı personelinin eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Birim adına "Anne sütü ve emzirme dosyası" hazırlanır, dosyada; birime ait emzirme politikasının örneği, " Anne sütü ve emzirme eğitimi " katılım belgesi, gebelere eğitim esnasında anlatılanları içeren belge, eğitim verilen gebe ve lohusaların kayıtları (en az 5'er tane olmalı), gebe ve lohusalara verilen eğitim broşürlerinden birer örnek bulunmalıdır. Sonrasında TSM den bir yetkili birime gelir, birimi ve personeli değerlendirdiği formunu il sağlık müdürlüğü, çocuk, ergen kadın ve üreme sağlığı birimine gönderir, birime uygunluk verilmesi durumunda aile sağlığı birimine iletilmek üzere "Bebek Dostu Birim" belgesi TSM'ye gönderilir (37).

Bebek Dostu İl Kriteri; İl merkezinde bulunan çocuk hastaneleri ile doğum yaptırılan hastanelerin tümünün "Bebek Dostu Hastane (BDH)" olmasının sağlanması, o ilde mama kodu ile ilgili çalışmaların yapılması ve birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının en az %50'sinin "Bebek Dostu" unvanı olması durumunda bu unvan kazanılmaktadır.

Altın bebek Dostu İl Kriteri; İl merkezinde tüm hastanelerin ve ilçe düzeyinde doğum yapılan hastanelerin ve çocuk hastanelerinin %75'inin BDH unvanına sahip olması ve o ilde bulunan birinci basamak sağlık merkezlerinin %75'inin bebek dostu olması durumunda kazanılan unvandır (35).

Bu unvanlar beş yıl geçerli olup; değerlendirmede 80 ve üzeri puan almak gerekmektedir, 50-80 arası puan alanlara düzeltme için süre verilir, <50 puan altında alanların unvanı geri alınır (35,36).

2.7.1.7. Tamamlayıcı Beslenme Programı:

DSÖ önerisi ilk altı ay sadece anne sütü, 6. aydan itibaren anne sütüne ek olarak verilen besinlere tamamlayıcı beslenme denilmektedir. Bu beslenme bebeğin ihtiyacına uygun kalitede, temiz, güvenli, mümkün olduğunca o bölgeye özgü, taze ve yeterli miktarda olmalıdır. Besin, enerji, vitamin ve mineral içeriği yönünden dengeli olmalıdır (38).

Hamileliğin son döneminden itibaren ilk 2 yaşlık dönem diğer bir deyişle ilk 1000 günlük süre bebek büyümesinin en hızlı olduğu dönemdir. Bu süreçte bebeğin beslenmesine ekstra dikkat ve özen gerekmektedir. Erken dönem beslenme yetersizliği sonucu hastalık ve ölüm oranları artmakta, fiziksel ve nöromotor gelişme gerilikleri gözlenebilmektedir ve bu dönemde gelişen büyüme geriliğinin sonraki yıllarda telafisi çok güçtür (38).

Bu program kapsamında 5 yaş altındaki çocukların akut ve kronik malnütrisyonunun önlenmesi hedeflenmektedir. Bu amaçla sağlık personellerine “Tamamlayıcı Beslenme Danışmanlık Eğitimleri, Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimleri” verilmektedir. Bu eğitimlerin desteğiyle anne ve ailelerine bebeklerin ihtiyaçlarına özel danışmanlık verilmelidir (38). Türkiye Beslenme Rehberi (TUBER)’nde tamamlayıcı beslenmenin nasıl yapılması gerektiğiyle ilgili ayrıntılı bir bölüm yer almaktadır (39).

2.7.1.8. Demir Gibi Türkiye Programı:

Demir eksikliğine bağlı anemi günümüzde en sık görülen halk sağlığı sorunlarından, gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 3,5 milyar insanda görülmektedir. DSÖ’ye göre bir ülkede anemi prevalansı <%5 ise sorun olmamaktadır. Oran %5-19 arasında ise hafif, %20-39 arasında orta ve ≥%40 ise ağır bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Anemi bebek ve çocuklarda büyümeyi etkilemekte, enfeksiyonlara karşı direnci azaltmakta, psikomotor ve bilişsel gelişimi geciktirmekte böylece öğrenme ve zekâ üzerine olumsuz etkilere neden olmaktadır. İki yaş öncesi dönemde denge ve uyum bozukluğu gözlenmektedir (40).

Anne sütü ile bebeğe geçen demir rezervi sadece ilk 4-6 ay dönemindeki demir ihtiyacını karşılayabilmektedir bu nedenle 4-12 ay tüm bebeklere profilaktik dozda (10 mg/gün +3 değerlikli demirden günlük 4 damla/gün veya +2 değerlikli demirden 9 damla/gün) ücretsiz demir desteği verilmektedir. Bu bebeklerin 9. ayda Hb/Hct kontrolleri yapılarak anemisi varsa tedavi dozunda başlanması yoksa, profilaktik kullanıma 12. aya kadar devam edilmesi önerilmektedir[40]. Program öncesi ülkede çocuklarda anemi prevalansı %30 düzeyinde (ülkeyi temsil eden bir çalışma olmamakla 12-80 aralığında olduğu yapılan çalışmalarda gözlemlendiğinden) olduğu tahmin edilmekteyken, program sonrası %6,3'e düştüğü gösterilmiştir. Demir eksikliği anemisi için ayrıca 5 yaş izleminde ve adolesan dönem izlemlerinden olan; "10-14 yaş arasında, 15-18 yaş ve 19-21 yaş arasında Hb/ Hct kontrolleri yapılmalıdır (40).

2.7.1.9. D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı:

Beslenme sorunlarından en çok etkilenen yaş grubunun <5 yaş grubu olduğuna daha önce de değinildi. Annede hamilelik döneminde D Vitamini yetersizliği varsa bebekte yetersiz D vitamini deposuyla doğabilmektedir. Bu nedenle tüm bebeklere yeni doğan döneminden itibaren profilaktik dozda 1 yaşına kadar günde 400 ünite (3damla/gün) ve ≥ 1 yaş 600 ünite D vitamini başlanmalıdır. D vitamini depolarının yetersiz olması durumunda kalsiyumdan yeterince yararlanılamamaktadır. Bu da kemik gelişimini olumsuz etkilemekte ve depoların uzun süre yetersizliği durumunda Raşitizm denilen kemiklerde şekil bozukluğuna neden olan hastalık ortaya çıkmaktadır. Erken dönemde D-vitamini eksikliği önlenmezse 2-3 yaşlar da kemik bozuklukları gelişmektedir. Raşitizm haricinde, havale geçirme, bacaklarda eğrilik (O ve X bacak), yürüme ve diş çıkışında gecikme, kafatası kemiklerinin yumuşaması veya şekil bozukluğu, el bileklerinde genişleme, sık enfeksiyona yakalanma, baş terlemesi ve sürtünmeye bağlı arka kısımdaki saçların dökülmesi gözlenebilmektedir (41).

Bu programla D vitamini yetersiz ve dengesizliği sonucunda gelişen Raşitizm 'in engellenmesi hedeflenmektedir. Bu amaçla yeni doğan döneminden itibaren bir yaşına kadar başlanan profilaktik D vitamini takviyesinin ücretsiz olarak dağıtımı yapılmaktadır (41).

2.7.1.10. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı:

DSÖ kronik hastalıklardan olan; hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, renal hastalıklar, obezite, diyabet ve bazı kanserlerden korunmak ve kemik gelişiminin olumsuz etkilenmesini engellemek için günlük tüketilmesi gereken tuz miktarını 5gr (%40'ı sodyumdur ve 2000mg/gün) olarak belirlemiştir. Ülkemizde ise bölgelere göre farklılık göstermekle ortalama 15 gr/gün tüketildiği gösterilmiştir (42).

Yenidoğan bebeklerin henüz böbrek gelişimleri tam değildir, bu nedenle ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslemek ve sonrasında tamamlatıcı beslenmeyle beraber en az iki yaş anne sütüyle beslemeye devam etmek ve ek tuz kullanmamak, böbrekleri korumak açısından önemlidir. Sonraki yaşlarda alınması gereken sodyum içeriği; 2-3 yaşında 1,5 gr/gün, 4-8 yaş aralığında da 1,9 gr olarak sınırlandırılmıştır (42).

Erken yaşlarda alınan tuz miktarının ilerleyen yaşlarda kan basıncı üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu gösteren veya fast food tüketimi nedeniyle 3-4 yaşındaki çocukların erişkinler kadar tuz aldığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Tuz tüketiminin fazlalığı nedeniyle gelişen çocukluk dönemi tansiyon yüksekliğinin etkisinin yetişkin dönemde de devam etmesi nedeniyle çocukluk döneminden itibaren daha az tuz tüketim alışkanlığı kazandırılması önemlidir. Gelişebilecek hipertansiyonu erken dönemde önlemek için 3 yaşı itibarıyla tansiyon takiplerini yapılması gerektiği üzerine vurgu yapılmaktadır (42).

2.7.1.11. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı:

Obezite, çocukluk döneminde en sık görülen sağlık sorunlarından birisidir. Çocuklarda obezite gelişmesi durumunda sıklıkla eşlik eden insülin direnci, tip 2 diyabet, karaciğer yağlanması, menstrüel düzensizlikler, hirsutizm, hipertansiyon açısından da gerekli değerlendirme yapılmalıdır. Ayrıca çocukluk döneminde başlayan obezitenin ilerleyen yaşlarda da obeziteyle ilişkili hastalıklara (metabolik hastalıklar, tip 2 diyabet, kas-iskelet rahatsızlıkları, kalp damar hastalıkları, bazı kanserler gibi) neden olduğu unutulmamalıdır.

Bu program ile çocukluk dönemi obezitesini engellemek, annenin gebelik döneminden itibaren daha dengeli ve erişilebilirliğin sağlandığı temiz gıdaları tüketmesini sağlamak ve çocuklara sağlıklı yeme alışkanlığı kazandırılması hedeflenmektedir. Ayrıca çocukların ve ailelerinin fast food ve gazlı içecekleri tüketimleri azaltılmalı ve aktif yaşama alışkanlığı kazanmaları için destek olunmalıdır (43).

2.7.1.12. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP):

Çocukluk çağı ulusal aşı takviminde şu an 13 aşı bulunmaktadır (Tablo2.5). Bu aşilar; Boğmaca, Difteri, Tetanos, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B ve Hemofilus İnfluenza Tip B, Pnömonokok, Hepatit A, Suçiçeğidir. Bu etkenlerin neden olduğu hastalıklar ve onlardan kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin ve sakatlıkların ortadan kaldırılması bu programın hedefidir (44).

GBP Hedefleri (44):

- Her bir antijen için %97 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sürdürmek
- Bebeklerin 12-23 aylık dönemde, %90'ının tam aşıli hale getirilmesini sağlamak
- 5 yaş altı (0-59ay arası) aşısız veya eksik aşıli çocukları tespit etmek ve aşılamak
- Okul çağı çocuk aşılamalarında her bir antijen için %95 aşılama hızına ulaşmak
- Tespit edilen tüm gebelere uygun difteri ve tetanos aşısı uygulamak
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek
- Maternal ve neonatal tetanosu elimine etmek
- Kızamık eliminasyon programını yürütmek
- Kızamıkçık ve konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak
- Boğmaca, Difteri, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B'ye bağlı hastalıkları kontrol altına almak
- Aşı güvenliğini sürdürmek
- Kayıtlı bildirim sistemini güçlendirmek
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir.

Bu hedeflere ulaşabilmek için rutin olarak çocuk aşılama programı haricinde; kaçırılmış veya eksik aşılama için hızlandırma (sabit ve gezici ekiplerle), yerel aşı günleri veya kampanyalar düzenlenmeli, aşılamaya engel durumu olan veya yeterli bağışıklığı gelişemeyen çocukları da korumaya ve salgını önlemeye yönelik yakalama (catch-up) veya takip (follow-up) aşı programları planlanmalıdır (44).

Tablo 2. 5: Çocukluk Çağı Ulusal Aşı Şeması

Aşılar	Doğumda	1.ay	2.ay	4. ay	6.ay	9.ay	12.ay	18.ay	24.ay	48.ay
Hepatit B	I	II			III					
BCG(Verem)			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III			R		
KPA			I	II			R			
KKK						*	I			II
DaBT-İPA										R
OPA					I			II		
Hepatit A								I	II	
Suçiçeği							I			

*Ulaşılabiliyorsa tek Kızamık, yoksa kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) aşısı

Ülkemizde GBP ile aşağıda yer alan hastalık kontrol programları yürütülmektedir. Bu sayede 2002'den beri polio'dan arındırılmış bölgeler arasında yer almaktayız, Tablo:2.6'de daha detaylı olarak eliminasyon sağlanan ve azaltılan hastalıkların listesini görebilirsiniz (44):

- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık ve Kızamıkçık Eliminasyonu ve Konjenital Rubella Sendromunun Kontrolü Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı
- Hepatit B Kontrol Programı
- Difteri Kontrol Programı
- Boğmaca Kontrol Programı
- Tüberküloz Kontrol Programı
- Kabakulak Kontrolü Programı
- Hemofilus İnfluenza Tip B Kontrolü Programı
- İnvaziv Pnömonokok Hastalıkların Kontrolü Programı
- Hepatit A Kontrol Programı
- Suçiçeği Kontrol Programı
- Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) İzleme Sistemi

Bir çocuğun tam aşıli olabilmesi için birer doz BCG ve KKK aşıları, 3'er doz DaBT/DBT, Polio, Hepatit B ve Hib aşılarının olması gerekmektedir (44).

DSÖ verilerine göre dünya çapında aşılama oranı 2022'de 3 doz DTP3 için %84, Hemofilus İnfluenza B 3 doz için %76, Hepatit B 3 doz %84, HPV %21, Kızamık aşısı tek doz %83 ve 2. dozunda olan %74, Pnömonokok 3 doz %60, polio 3 doz (IPV+ OPV) %84, Rotavirüs aşısı %51, Rubella %68 olarak tahmin edilmektedir. Tetanosun halen 12 ülke için halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmiştir (45).

Tablo 2. 6: Türkiye’de Çocuk Aşılama ile Arındırılmış ve Azaltılmış Hastalıklar

2002: Türkiye, Polio ‘dan Arındırılmış Bölge ‘ olarak belgelendirilmiştir
2009: ‘ Türkiye maternal ve neonatal tetanosun eliminasyonu’ belgelendirilmiştir
2012: Difteri vakası bildirimi bulunmamaktadır
2019: Son 36 ay süresince Türkiye’nin Kızamıkçığı Elimine ettiği onaylanmıştır
Kızamık vakaları 2015-2019 yılı aralığında %97 azalmıştır
Boğmaca 2015-2019 yılı arasında %98 azalmıştır
Hepatit B vakaları 2015-2019 yıl aralığında %76 azalmıştır

UNICEF’in 2023 yılında yayınladığı bir raporda farklı nedenlerle 67 milyon çocuğun son 3 yılda bir veya daha fazla aşıya ulaşmadığı bunların 48 milyonunun hiçbir doz aşı olamadığı bildirilmiştir. Yine aynı raporda yapılan bir çalışmada 55 ülkeden 52’sinde çocukluk aşılarına olan güvenin yaklaşık %44 olarak azaldığını göstermektedir. Ayrıca 2022 yılında polio nedeniyle paralizi gelişenlerin oranının bir önceki yıla göre %16 ya yakın bir artış olduğu bildirilmiştir. Fakir ülke çocuklarından her 5 çocuktan 1’i aşılanamazken, zengin ülkelerde her 20 çocuktan 1 ‘i aşılanmamaktadır. Rapordaki diğer çarpıcı nokta ise çocukların aşılanmasında güçlü birinci basamak sağlık sistemine ve ön saflarda çalışan kadın gücünün önemine vurgu yapılmıştı (46).

2.7.1.13. Çocuk Güvenliği Sağlanması Programı:

DSÖ tanımına göre kaza: ‘Aniden ortaya çıkan ve insanın bilinci dışında oluşan, bedensel veya ruhsal yıkıma yol açan beklenmedik olaylar’ olarak tanımlamaktadır. Ev kazaları, ev içerisinde veya çevresinde meydana gelmektedirler. Ev kazası denilince sıklıkla düşmeler, yanıklar ve zehirlenmeler akla gelmekte ve en önemli morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada çocukluk çağı kazalarının %25’ini ev kazaları oluşturmaktadır. Ülkemizde bu oran %18-25 arasında yer aldığı tahmin edilmekte fakat yaralanmaları takip eden bir sistem yer almamaktadır (29).

Ev kazalarının yaklaşık yarısı, %45,6'sı 0-6 yaş grubunda gözlenmektedir. Çocuk acil sevisine en sık başvuru nedeni trafik kazalarıyken ikinci sırada ev kazaları yer almaktadır. Yaralanmalar; kasıtlı veya değil herhangi bir enerjiye maruziyet veya oksijen ve ısı teması sonucu canlı vücudunda meydana gelen hasardır (47).

Çocuk ölümlerinin 1-4 yaş döneminde yaklaşık %25'i kazalara veya yaralanmalara, bunlarında %25'i trafik kazalarına, kalan %75'i ise düşme, boğulma, yanıklar ve zehirlenmeler nedeniyle olmaktadır.

Yapılan çalışmalar ülkemizde ailelerin güvenlik anlamında yeterli bilgiye sahip olmadığını ve alınması gereken önlemleri bilmediğini göstermektedir. Bu program aileleri bilinç düzeyini arttırarak çocukların yaralanmalarını ve sakat durumunu engellemek amacıyla başlatılmıştır. Yaşlara göre sıklıkla karşılaşılan kaza türleri Tablo 2.7'de yer almaktadır (27).

Tablo 2. 7: Yaş Gruplarına Göre Kaza Tipleri

Yaş Grubu	Kaza Tipleri
1 Yaş altı	Yanma, Düşme, Zehirlenme
1Yaş	Yanma, Düşme, Yabancı Cisim, Zehirlenme
2Yaş	Zehirlenme, Düşme, Yanma
3Yaş	Düşme, Yanma
4Yaş	Düşme, Trafik kazası
5Yaş	Düşme, Çarpma, Trafik kazası

2.7.1.14. Bebek Çocuk, Ergen İzlemleri Programı:

Bebek ve çocuk izlemlerinin amacı, henüz sağlıklı dönemde, hastalık ortaya çıkmadan yapılan rutin kontrollerle, neden olabilecek durumların tespit edilmesi veya erken müdahalesiyle hastalığın gelişmesinin önlenmesidir. Sağlık bakanlığı 2018 yılında başta aile hekimliği olmak üzere tüm birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda kullanılmak üzere ‘‘Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri ‘‘ kılavuzunu yayımlanmıştır (27).

“Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri” kılavuzu İçeriği;

- Yeni Doğanın (YD) doğumdan sonra ilk muayenesi
- Doğumdan sonraki ilk hafta içinde YD muayenesi
- 15. 41. Ve 2. Ay izlemleri
- 3. Ve 4. Ay izlemleri
- 6.- 9. Ve 12. Ay değerlendirmeleri
- 13- 36 aya arası çocuk izlemleri
- 4-6 yaş arası çocuk izlemleri
- 7-9. Yaş arası çocuk izlemleri
- 10-21 yaş arası Ergen/Genç izlemleri olarak detaylandırılmıştır.

İlk 6 yaş grubu için izlemlerin detaylandırılmış şeklini tablo 2.8’de bulabilirsiniz (16).

Tablo 2. 8: Aile Hekimliğinde 0-6 Yaş Bebek ve Çocuk İzlemleri (16):

Aile Hekimliğinde Bebek ve Çocuk İzlemi	İlk 2 Yaşta ilki hemen doğum sonrası hastanede olmak üzere 1+8 izlem
1.İzlem 2.İzlem 3.İzlem 4.İzlem 5.İzlem 6.İzlem 7.İzlem 8.İzlem 9.İzlem	Doğumda (hastanede) Doğumdan sonraki ilk hafta içinde YD izlemi (1-10 gün arasında) 15.gün (11-29 gün arasında) 41.gün (30-59.gün arasında) 2. ay (60-89. Gün arasında) 3. ay (90-115.gün arasında) 4.ay (120-150.gün arasında) 6.ay (180-210. Gün arasında) 9. ay (250-290. Gün arasında)
Aile Hekimliğinde Çocuk İzlemi	Her çocuk 1 yaşından 6 yaşına kadar 7 kez izleniyor
1.izlem 2.İzlem 3.İzlem 4.İzlem 5.İzlem 6.İzlem 7.İzlem	12.ay izlemi (365-394. gün arasında) 18.ay İzlemi (481-570. gün arasında) 24. Ay İzlemi (661-760. gün arasında) 30. Ay İzlemi (841-930. gün arasında) 36. ay izlemi (1021-1110. Gün arasında) 48. ay izlemi (1321-1530. Gün arasında) 60. ay izlemi (1681-1890. Gün arasında)

Aile Hekimliğinde İlk Hafta (0-10 gün arasındaki) İzlemi:

Aile hekimi tarafından yapılan ilk izlem bebeğin doğum sonrası ikinci izlemidir. Bu izlem bebekle tanışma izlemidir. Annenin gebelik döneminden itibaren doğum öyküsü detaylı bir şekilde kaydedilir. Bebeğin doğar doğmaz Hepatit B aşısının yapılma durumu, K vitaminin uygulanma durumu, YD taramalarının (topuk kanı alındığı) ve işitme testi ile ilgili bilgiler kaydedilir. Emzirmenin nasıl geçtiği sorgulanır ve eksikler gözden geçirilir. Bebeğin ayrıntılı olarak sistemik muayenesi (fontanel boyutu not alınır, bebeğin genel görünümü, hareketli mi, ağlaması nasıl (hipoglisemi ve sepsis açısından), doğumsal bir anomalisi var mı, cilt rengi, solunum ve kalp muayenesi, arteriyel femoral nabızları kontrol edilir, reflekslerine bakılır, görme-işitme değerlendirmesi ve üreme organları kontrol edilir. Boy, kilo ve baş çevresi ölçümleri not edilir. Doğum ölçümleriyle karşılaştırılır ve persentil eğrileri üzerinden takibine başlanır. Protokoller kitapçığında 2007 yılına ait olan dünya sağlık örgütünün persentil eğrileri yer almaktadır (27). DSÖ mümkünse her ülkenin kendi çocukları için hazırlanmış olan bebek ve çocukların büyüme persentil eğrilerinin kullanılmasını önermektedir (29).

Bu izlemde anneye emzirme danışmanlığı verilmesi çok önemlidir. Bu nedenle muayene esnasında anneden bebeğini emzirmesi istenir, annenin ve bebeğin doğru bir pozisyonda olduğundan emin olmak önemlidir, açık uçlu sorularla emzirmenin nasıl gittiği, bebeğe anne sütünden başka ek bir gıda verip vermediği ve günde kaç kez emdiği, annenin bebeğin aranma ipuçlarını anlayıp anlamadığı, bebeğin günde kaç kez idrara çıktığı ve dışkıladığı sorgulanır ve not alınır. Meme kontrolü yapılır, yeterli emme sağlanabiliyor mu, memede mastit veya farklı bir problem var mı değerlendirilir. Çalışmaya başlayan annelerin anne sütünü nasıl sağmaları ve saklamaları gerektiği bilgisi verilir. Kilo alımı yeterli olmayan bebeğin emzirmesi takibe alınır (27,29).

Bu izlemde ayrıca anneye; göbek bakımı, bebeğin bakımı nasıl yapılması gerektiği, bebekle sağlıklı iletişimin nasıl olacağı, aşılanmanın önemi, uyku hijyeni, kazalardan korunma, bebekte hangi semptomlar olduğunda beklemeden derhal doktora başvurması gerektiği anlatılır. Bebeğe henüz başlanmadı ise günlük D vitamini desteği başlanır (27,29).

Annenin lohusa izlemi yapılır; postpartum depresyon açısından önerilen skala ile değerlendirilmesi son derece önemlidir. Annenin demir ve D vitamini alma durumu sorgulanır, gerekli ise tetkikleri istenir. Tansiyon, ateş ve kanama takibi yapılır. Ayrıca aile planlaması danışmanlığı verilir. Ailenin tüm soruları cevaplanır ve ilk izlem tamamlanır (27).

Aile Hekimliğinde 15. Gün, 41. Gün ve 2 Ay. İzlemleri:

Bebek her izleme getirildiğinde sağlık çalışanı tarafından ilk yapılması gereken bir önceki izlemde alınan notların gözden geçirilerek, eksik alınan notlar var ise tamamlanması tavsiye edilmektedir. Bebeğin aşırı ağlaması var mı sorgulanır, bir önceki izlemde detaylandırılarak anlatıldığı şekilde sistemik muayene, boy kilo baş çevresi ölçümleri, persentil eğrileriyle takibi yapılarak persentil kaybı var mı değerlendirilir. Emzirme değerlendirilir, anne postpartum depresyon yönünden gözlenir. Bebeğin anne sütü ve D vitamini alımı her defasında sorgulanır.

Bebeğin dördüncü (30-59. Gün arası) izleminde (birinci ayda da denilebilir) eğer bu döneme kadar sorgulanmadıysa gelişimsel kalça displazisi (GKD) yönünden risk faktörleri tarama soruları sorgulanarak, kalça muayenesi tekrar yapılır şüpheli bir durum varlığında ‘‘Kalça USG’’ için yönlendirilir, bundan sonraki her izlemde idrar yolu enfeksiyonunu düşündürücü bulgular sorgulanır (27,29).

Muayene ederken dikkatle değerlendirilmesi gereken bir diğer önemli konu bebeği ihmal ve istismar düşündüren muayene bulgularıdır. Ailenin verdiği öykü, bebeğin muayenesi (yaşına ve motor gelişimine uygun olmayan yaralanmalar gibi) dikkatle değerlendirilmelidir. Protokoller kitapçığında yönergelerle ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Yönergede ayrıca sağlık çalışanının görevleri arasında ihmal istismar tespit etmesi durumunda TCK: 280 maddesine göre durumu yetkili makamlara (kolluk kuvvetlerine) ihbar görevi olduğu da belirtilmiştir.

Bebeğin gelişimini izlemek için tek başına boy-kilo ve baş çevresi ölçümü yeterli değildir ve mutlaka bir araçla izlem yapılması önerilmektedir. Protokoller kitapçığına bu nedenle; Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GIDR) aylara göre nasıl kullanılacağı ve ailelere yapılacak öneriler ayrı bölümlerle anlatılmıştır. Aylara göre

bebeğin ilk 3 yaşta ‘‘ Ailenin kaygıları, bebeğin anlatım dili, alıcı dili, kaba ve ince motor hareketinin değerlendirilmesi, ilişki durumu (göz teması kuruyor mu, gülümser mi, tanıdığı ve tanımadığı kişilere yaklaşımı gibi), oyuncakla ve oyuncaksız nasıl oynadığı, kendine bakımı (kendini besleme, giyinme durumu) gibi başlıklarla detaylandırılmış soruları içermektedir (27).

Kitapçıkta yer alan 3.-4. Ay İzlemleri:

Anne ve bebeğe bir önceki izlemlerde olduğu gibi rutin değerlendirme yapılır. GKD açısından muayene ile değerlendirmeye devam edilir. Eksik aşılar sorgulanır, genişletilmiş aşı takvimine göre ayına uygun aşılar (rutin aşılar) uygulanır ve rutinde olmayan fakat yapılması önerilen Rota, İnfluenza, menenjit aşıları uygulanması gereken aylar ve maliyetiyle ilgili bilgiler aileyle paylaşılır ve talepleri doğrultusunda planlama yapılır. Emzirmenin nasıl gittiği sorgulanır, GIDR ile bebeğin gelişimi izlenir, ihmal-istismar varlığı değerlendirilir. Bebek 4. ayda anemi yönünden değerlendirilir, şüpheli bir durum varsa hemoglobin kontrolü yapılır veya demir desteği çocuğun durumuna göre profilaktik veya tedavi dozunda başlanır. Aileye bir önceki izlemde değinilen danışmanlıklar (ek olarak diş sağlığı hangi süreçte nasıl yapılması gerektiği yönergelerle detaylandırılmıştır) verilerek bu izlem tamamlanır.

Kitapçıkta yer alan 6., 9. ve 12. Ay İzlemleri:

Daha önceki izlemlerde de bahsedildiği şekilde bebeğin boy, kilo ve baş çevresi ölçümünden sonra sistemik muayenesi yapılır, emzirme durumu gözlenir ve diğer gelişim basamakları değerlendirilir.

İlk altı ay sadece anne sütü önerilen bebeğe 6. aydan itibaren 12. aya kadar anne sütüne ek olarak tamamlayıcı beslenme planlanır. Çocuğun aç olmadığı bir öğünde tadım yaptırılarak başlatılır. Alerji açısından besinler tek tek verilir, baharatsız, tuzsuz bebeğe özel olarak hazırlanmış besin ve enerji içeriği yüksek, yerel, temiz gıdalarla başlanması gerektiği anlatılır.

Ek olarak 9. ayda bebeğin anemisini sorgulamak için hemoglobin ve hematokrit düzeylerine rutin bakılır ve not edilir. Sonuca göre tedavi veya profilaktik doza 12. ayın sonuna kadar devam edilir. D vitamini de 1 yaşından itibaren 600 IU doza yükseltilir.

Anne ve bebek değerlendirildikten, gerekli danışmanlıklar verildikten sonra bir sonraki kontrol planlanarak izlem tamamlanır.

Kitapçıkta yer alan 13- 36. Ay İzlemleri:

Bebegin 1-3 yaş aralığındaki izlemleri 6 ay aralarla yapılmaktadır. Eksik aşıları, rutin aşıları kontrol edilir ve uygulanır, emzirme sorgulanır, anemi açısından değerlendirilir. Her izlemde ayına uygun rutin muayene, nöromotor gelişimi değerlendirilir, ön fontanel 18 aya kadar kapanması gerekmektedir, bu kontrol edilir. İki yaşta hiperlipidemi riski açısından değerlendirilir. Üç yaşında tansiyon takibi yapılır ve not edilir.

Aileye verilen danışmanlıklara yenileri eklenir; çocukla nasıl sağlıklı iletişim kurulacağı, ne gibi fiziksel aktiviteler yaptırılması gerektiği, tuvalet eğitiminin ne zaman, hangi sinyaller gözlemlendiğinde başlanacağı gibi bilgiler paylaşılır. Aileyi endişelendiren veya danışmak istedikleri sorular için her izlemde belirli bir süre ayrılmalıdır ve sorgulanarak aile cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir. Okul öncesi eğitimin önemi anlatılır, okula başlayabilmesi durumu aileyle tartışılır.

Gelişim izlemi GIDR'le takip edilmeye devam ederken 18., 24., ve 36. aylarda Otizm Spektrum Bozukluğu açısından 5 madde (İsmi söylendiğinde bakıyor mu, göz teması kuruyor mu, parmağınızla işaret ettiğiniz bir nesneye bakıyor mu, tekrarlayıcı hareketleri var mı, konuşmasında gecikme var mı?) ile tarama yapılır şüpheli bir durumda çocuk psikiyatrisine yönlendirilir.

Ankara Üniversitesi sosyal pediatri polikliniğine başvuran çocuklar arasında random yapılmış bir çalışmada otizm spektrum bozukluğu taraması M-Chat(Modified checklist for autism in toddlers/ değiştirilmiş erken çocukluk dönemi otizm tarama ölçeği) ve TIDOS (three-item direct observation screen/ üç maddelik direk gözlemsel tarama) testi uygulanmış ve duyarlılık ve özgüllük sırasıyla TIDOS için %80/ % 99.8 ve M-Chat için %60/%96 bulunmuştur[48]. Aile hekimlerinin uyguladığı bu beş maddelik sorgulamanın üç tanesi TIDOS'daki sorulardır.

Kitapçıkta yer alan 4-6Yaş İzlemleri:

Üç yaş sonrası takipler yıllık olarak planlanmaktadır. Her izlemde çocuğun sistemik muayenesi yapılır, aşıları kontrol edilir varsa eksikler giderilir. Tansiyon takibi yapılır, hiperlipidemi riski sorgulanır (27). Ailelerle okul öncesi eğitimin önemi konuşularak, çocuk henüz kreşe başlamadı ise başlatılması için plan yapılabilir. Beş yaş izleminde hemoglobin ve hematokrit kontrolü bir kez daha yapılır, sonucu not alınır. Çocuğun işitme ve görmesi değerlendirilir, eğer 6 yaşında ilkokul birinci sınıfa başladı ise işitme ve görme testi yapıp yapılmadığı sorgulanır not alınır (27).

2.7.1.15. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi:

Perinatal dönemden başlanarak ilk beş yaştaki bebek ve çocukların ölümlerinin ve nedenlerinin takip edildiği sistemdir. 2005 yılında başlatılan bu sistem gerekli revizyonlarla 2013 yılında son halini almış ve 2014 yılı itibarıyla ölüm bildirim sistemine entegre edilmiştir. İl bazında oluşturulan inceleme kurullarıyla ölüm nedenleri değerlendirilmekte ve aynı nedenlerle gelişebilecek ölümler önlenmeye çalışılmaktadır (49).

2.7.1.16. Hastalık Yönetim platformu (HYP):

Sağlık bakanlığı stratejik planı 2019-2023 verilerine göre 2002 yılında %69 olan genel hastalık yükü 2017’de %82,4’e yükselmiştir (14).

Amerika’da en az bir tane kronik hastalığı olma durumu okul öncesi yaş grubunda %20’iken, okul yaş grubunda bu oran %40’a kadar yükselmektedir[50]. Avustralya’da çocuk nüfusunun %43’ünün en az bir kronik hastalığı ve %20’sinin 2 kronik durumunun olduğu bildirilmektedir (51).

HYP, kronik hastalığı olan kişilerin hastalıklarını semptom ve bulgularını kontrol altında tutmak, fonksiyon kaybı gelişmesinin ve engelli bireylere dönüşmelerinin önüne geçmek için oluşturulmuş online bir platformdur. Aile hekimlerinin bilgi sistemine 2020 Ekim ayından itibaren HYP entegre edilerek kullanılmaya başlanmıştır. Hipertansiyon (18 yaş üzeri), diyabet (18 yaş üzeri), kardiyovasküler hastalıklar (40 yaş), obezite (18

yaş üzeri), kanser taraması (kansere türüne göre yaşları mevcut) yapılmakta olup pozitif performans olarak nitelendirilmektedir (52).

Çocuklar için tansiyon takipleri 3 yaş itibarıyla başlanılmakta yılda en az bir kez (mümkünse her ziyarette) kan basıncı ölçümü yapılması önerilmektedir. Çocukta tansiyon yüksekliğinden bahsedebilmek için en az 3 farklı kan basıncı ölçümü sonucu aritmetik ortalaması alınıp, cinsiyete ve yaşa göre oluşturulan tansiyon persentiline göre sınıflandırılır, >95.percentil üzerinde olması durumunda hipertansiyon tanısı alır. Hipertansiyon tespit edilen çocuğa; aile hekimi hayat tarzı değişikliği, diyet ve egzersizle müdahale etmektedir. Takipte hala tansiyon yüksekliği devam etmesi durumunda çocuk kardiyoloğuna sevk edilmelidir. Aile hekimliği tarama ve takip katsayısına ilişkin yönergesinde çocukluk dönemi kronik hastalıklarıyla ilgili sadece hipertansiyona yer verilmiştir, diğer hastalıklara (diyabet, obezite ve kanserle ilgili) değinilmemiştir[53]. Hipertansiyon tanısı alan çocuklar sisteme kaydedilebilmekte fakat HYP modülüne kaydedilememektedir (53).

2.7.1.17. Covid-19 Çocuk Hasta Yönetimi ve Tedavisi Rehberi:

Sağlık bakanlığı, halk sağlığı genel müdürlüğü tarafından çıkarılmış olan rehberde; Covid-19 tanısı için şüphelenilen semptomlar, istenmesi gereken tetkikler ve tedaviye değinilmiştir. Covid-19 virüsünün çocuklarda daha iyi seyirli olduğu, dünya genelinde 0-9 yaş grubunda çok daha az ölüme neden olduğu, 10-19 yaş grubunda %0,2 oranında ölüme neden olduğu bildirilmektedir (54).

Bu rehberde birinci basamağın kullanımı için ayrı bir bölüm yoktur ve ayrıca çocukların aşısı, izlem gibi takiplerinin yapımıyla ilgili bir bölüm de bulunmamaktadır. Annenin Covid-19'a bağlı sağlığıyla ilgili bir sorun olmadığı sürece emzirmeye devam etmesi önerilmektedir. Dikkat etmesi gereken Covid-19 pozitif bir annenin emzirme öncesinde ellerini yıkaması ve maske kullanarak bebeğin emzirmesi gerektiği ve annenin dokunduğu yüzeylerin hijyen durumunun sağlanması gerektiğidir. Annenin sağlığıyla ilgili bir engel olması durumunda ise pompa ile anne sütü sağılarak bebeğe verilmesi gerekmektedir (54).

2.7.2. Türkiye Çocuk Sağlığı Verileri:

Ülkemizde 2023 TÜİK verilerine göre ülke nüfusu 85 milyon 372 bin 377'dir ve nüfusun %27,2 (22milyon 750 bin)'sini 0-17 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Çocuk nüfusunun %51,3'ünü erkek ve %48,7'sini kız çocukları oluşturmaktadır ve yıllar içerisinde çocuk nüfusu her ne kadar düşmüş olsa da Avrupa birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında (ortalamaları %18'dir) ülkemizde çocuk nüfusu daha yüksektir. Çocuk nüfusunun en yüksek olduğu il %44,4 ile Şanlıurfa ve sırasıyla %40,5'le Şırnak ve %38,2 ile Ağrı ve Muş izlenmektedir. En düşük olduğu iller ise %16,5'le Tunceli ve %17,5'le Edirne'dir (55).

Bebek ölüm hızı binde 9.2 iken 5 yaş altında ölüm hızı binde 11.2 düştüğü bildirilmişti (55). Son açıklanan TÜİK verilerinde 1-17 yaş grubunda en sık ölüm nedenlerine bakıldığında dışsal yaralanmalar ve zehirlenmeler ilk sırada yer alırken, 2. sırada sinir ve duyu organları hastalıkları ve 3. sırada iyi ve kötü huylu tümörler karşımıza çıkmaktadır (55).

Tablo 2.9: TNSA 2018 İki Yaş Altı Bebeklerin Anne Sütü ile Beslenme Durumlarının, Yaşa göre Dağılımı (56):

Emzirilme Durumu	0-3 ay	0-5 ay	6-9 ay	12-15 ay	12-23 ay	20-23 ay
Emzirilmeyenler	5.5%	7.5%	17.1%	34.4%	47.3%	66.5%
Sadece Anne Sütü	52.4%	40.7%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Sadece Anne Sütü ve Su	14.6%	15.3%	3.4%	0.8%	0.7%	0.0%
Anne Sütü ve Süt Olmayan Diğer Sıvılar*	1.3%	1.8%	3.0%	0.6%	0.4%	0.0%
Anne Sütü ve Anne Sütü Dışındaki Sütler	24.2%	22.9%	2.0%	0.2%	0.3%	0.8%
Anne Sütü ve Ek Gıdalar	2.0%	11.8%	71.6%	64.0%	51.3%	32.7%

Beş yaş altında çocukların %98'i hayatlarının bir döneminde emzirilmiş. İki yaş altındaki bebeklerin %71'i doğumdan sonraki ilk 1 saat içerisinde emzirilmiş, sadece anne sütü ile beslenme 6 ay altı bebeklerin %41'i ve sadece anne sütü alan bebeklerin ortanca emzirilme süreleri 1,8 aydır. Emzirilen bebeklerin %42'si prelakteal (emzirme öncesi besin) besin almıştır.

Bebeklerin 4-5 ay sadece anne sütü ile beslenme oranları %14'tür. Emzirilmeye devam edilme oranı ilk bir yaşta %66, ilk 2 yaş ise %34'tür (56).

Tablo 2. 10: 0-6 Yaş Çocuklarının Cinsiyete Göre Anne-sütü ile Beslenme Durumu (55):

Ay	2014 yılı			2016 yılı			2019 yılı		
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
0-6 ay	%28,2	%28,2	%28,2	%31,5	%30,1	%30,8	%28,4	%29,0	%28,7
7-12 ay	%25,2	%23,2	%24,2	%22,0	%22,0	%22,0	%22,7	%20,8	%21,7
13-18 ay	%24,1	%18,2	%21,1	%21,4	%18,5	%19,9	%20,6	%20,0	%20,3
19-24 ay	%18,5	%22,7	%20,7	%19,8	%22,5	%21,2	%22,9	%23,1	%23,0
25-72 ay	%6,1	%7,8	%6,0	%5,3	%6,9	%6,1	%5,4	%7,1	%6,3

TNSA 2018 verilerine göre “Bebeklerin ilk 2 yaş bebeklerin emzirilme süreleri” Tablo 2.9’da ve TUIK 2021 sağlık verilerine göre” 0-72 dönemde çocukların cinsiyete göre emzirilme süreleri” Tablo 2.10’da paylaşılmaktadır.

Tablo 2. 11: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlam Çocuk İzleminin Tam Yapılma Durumu

Bölge	Bebek		Çocuk	
	2021	2022	2021	2022
İstanbul	93,2	93,1	92,8	95,9
Batı Marmara	96	95,4	94,3	98,1
Ege	94,4	94,1	94,3	97,5
Doğu Marmara	95,1	94,8	93,1	96,9
Batı Anadolu	95,3	95,3	95,3	97,2
Akdeniz	94	93,6	91,9	96,1
Orta Anadolu	94,9	94,5	95,4	97,5
Batı Karadeniz	98,1	97,9	95,8	98,1
Doğu Karadeniz	98,1	98,1	95,3	97,7
Kuzeydoğu Anadolu	95	94,8	94,7	97,4
Ortadoğu Anadolu	93,5	93,2	93,8	96,8
Güneydoğu Anadolu	88,5	88,1	91	94,8
Türkiye	92,4	90,8	90,6	94

Bunun yanında %2 oranında zayıflık ve yaklaşık %8 oranında ise fazla kilolu ve obez olma (boya göre ağırlık +2SD üzerinde) durumu mevcuttur. TNSA 2008’den itibaren

çocukların gelişimine bakıldığında bodurluk, zayıflık ve fazla kiloluluk ve obezlik verileri 5 yaş altındaki çocuklarda daha az gözlenmektedir, bu veri çocukların daha iyi beslenebildikleri şeklinde yorumlanabilir (56).

Tablo 2. 11: TÜİK, 0-72 Ay Çocuklarda En Sık Görülen Hastalıkların (%) Dağılımı (57):

Hastalık ve sağlık Sorunu	Kız	Erkek	Toplam
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	30,1	32,4	31,3
İshal	28,1	30,6	29,4
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	5,8	7,9	6,9
Kansızlık	5,5	7,8	6,7
Ağız ve Diş Sağlığı Sorunları	5,1	5,5	5,3
D vitamini Eksikliğine Bağlı Kemik Bozuklukları	3,1	4,4	3,8
İdrar Yolu Enfeksiyonları	4,3	2,7	3,4
Cilt Hastalıkları	3,4	3,0	3,2

Aile hekimlerinin performans kriterlerinden olan bebek ve çocuk izlemleri Sağlık istatistikleri verilerine göre bebek izleminde bir önceki yıla göre toplamda bir miktar düşüş ile ülke genelinde %90,8 olduğu, çocuk izlemlerinde ise %94 oranıyla daha iyi bir ortalamaya ulaşıldı gözlenmektedir, detaylı olarak bölgelere göre Tablo 2.11’de paylaşılmıştır (2).

Tablo 2. 12: TNSA ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SIY); Bebek ve Çocuk Aşılama Oranları (%)

Aşılar	TNSA 2018 (%)	SIY2022(%)
BCG	93	98,1
DaBT-Hib-IPA1	93	
DaBT-Hib-IPA2	83	
DaBT-Hib-IPA3	79	99,5
Hepatit B1	96	
Hepatit B2	88	
Hepatit B3	81	99,3
OPA1	90	
KPA1	91	
KPA2	82	
KPA3	75	95,5
KKK	94	95,2
Yaşa Uygun Tüm Aşılar	67	

Çocukların sağlık merkezlerine en sık getirilme nedenlerine bakıldığında %31,3 oranında üst solunum yolu enfeksiyonu, 2. sıklıkta %29,4 oranında ishal 3. sıklıkta alt solunum yolu enfeksiyonu ve 4. sıklıkta kansızlık karşımıza çıkmaktadır. Diğer nedenler tablo 2.12’de oranlarıyla paylaşılmıştır[57]. Ülkemizde 2019 TUIK verilerine göre; demir eksikliği anemisi 0-6 yaş arasındaki çocuklarda %6.9 oranında gözlenmektedir(16).

Aile hekimlerinin bir diğer performans sistemi olan bebek ve çocuk aşılarının yapılma oranlarına bakıldığında en güncel verilere TUIK Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022’den ulaşılmıştır ülke genelinde üçüncü doz karma aşısı (DaBT+İPA+Hib) %99,5 oranında, Hepatit B 3 .doz(HBV3) %99,3 , BCG %98,1, ve Kızamık (KKK) %95,2 , KPA rapel %95,5 olarak gösterilmektedir, Tablo 2.13’de TNSA 2018 verileriyle Sağlık İstatistikleri verileri karşılaştırılmalı olarak da paylaşılmıştır (56,57).

Tablo 2. 13: Türkiye’de Bölgesel 5 Yaş Altı Çocukların, Kitap Sayısı; Oyuncak Çeşidi ve Sayısı (56):

Evinde çocuk kitabı bulunan çocukların %			Çocukların oyun oynadığı oyuncakların %				Çocuk sayısı
	≥3 Çocuk kitabı	≥10 Çocuk kitabı	Evde yapılmış	Mağazadan alınmış	Eve ait/dışarıda bulunan nesneler	≥2 türden oyuncak olması	
Batı	39,7	23,9	56,9	85	75,3	79,1	976
Güney	16,3	7,2	57	79,2	68,9	75,6	355
Orta	38,8	20,3	58,9	88,8	73,7	81,6	457
Kuzey	39,4	18,3	52,2	86,7	78	80,6	97
Doğu	12	3,6	40,3	73,5	67,2	66,8	640

Çocuklarda beş yaşında okullaşma oranı %85’e yükselmiş ve özel eğitim gerektiren bir nedenle okula gidenlerin oranı ise %2,6 olarak bildirilmektedir (55).

Özellikle erken çocukluk döneminde çocuk gelişiminde önemli bir rol oynaması nedeniyle evde oyuncak ve kitap bulunma istatistikleri araştırıldığında TNSA 2018’deki verilere ulaşılmıştır. Buna göre; ailelerin çocuklarına oyuncak sağlama oranı daha yüksek olmakla birlikte, kitap alma oranı %3,6 ile %39,7 aralığında seyretmektedir. Daha detaylı veriler Tablo 2.14’te paylaşılmıştır (56).

Çocukların kronik hastalık durumuna bakıldığında hastalıklarla ilgili bir veri bulunmamaktadır. Engelliliğe dair verilere sağlık istatistikleri yılından ulaşılmıştır. Buna göre 2-6 yaş grubunda % 6,7'sinin en az bir (duyma, görme, işitme, yürüme, öğrenme) engeli mevcut iken 7-14 yaş grubunun %9,1 'ini oluşturmaktadır[58]. Ailelerin beyanlarına göre 2-14 yaş grubunda en fazla % 1,5 ile öğrenme ve yürümede ve %1 oranında ise konuşmada güçlük çekildiği bildirilmiştir[55]. Aile ve Sosyal Hizmetler bakanlığının 2022 yılında açıkladığı verilere göre 0-4 yaş grubunda engelli çocuk sayısı 33.185, 5-9 yaş 91.059 ve 10-14 yaş 122.807'dir (59).

2022 yılında Sağlık İstatistikleri verilerinde yer alan verilere göre; Türkiye'nin birinci basamakta antibiyotik kullanım oranlarına bakıldığında, OECD kriterlerine göre (DİD = Her 1000 kişi için günlük DDD (defined daily dose, tanımlanmış günlük doz) reçetelenen sistemik antibiyotiklerin DDD miktarı 2022 yılında 11,6 iken OECD ülkelerinde 16,5 olduğu gözlenmektedir. Reçetelenen antibiyotikler içerisindeki Sefalosporin ve kinolonların oranı ise Türkiye'de %27,5 ve OECD ülkelerinde %24,9'dur (57,60). Yaş grubuna göre aile hekimleri tarafından yazılan ve antibiyotik içeren reçetelerin dağılımına bakıldığında 0-23 ay grubunda bir önceki yıla göre %3,3 bir düşüş gözlenmiş, fakat 2-11 yaş grubunda artarak %24'e yükselmiştir (57).

Ceyhan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 12 farklı çocuk hastanesinde yatan hastalara verilen ilaçlara bakıldığında %54,6'sının en az bir antimikrobiyal aldığı ve bunlarında %46,7'sinin uygunsuz kullanım olduğu gösterilmiştir (61).

2023 yılında Adana'da birinci basamağa başvuran ailelerin çocuklarına antibiyotik kullanım durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada ailelerin %78,9'u son bir yıl içerisinde çocuğuna en az bir kez antibiyotik verdiği, %7,1'i doktoru antibiyotik yazmak için zorladığını ve % 13.2'si reçetesiz antibiyotik aldığını belirtti (62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tipi ve Örneklem Seçimi:

Tanımlayıcı gözlemsel bir araştırma olarak planlanan çalışma Ekim-Aralık 2021 döneminde yürütüldü.

Evren olarak 2019 yılı ‘‘Sağlık İstatistikleri Yıllığı’’ verilerine göre Türkiye’de birinci basamakta görev yapan 26.476 aile hekimi kabul edildi. Örneklem olarak en az ulaşılması gereken aile hekimi sayısı; güç analizi ile tek örneklem düzleminde, %95 güç, %5 yanılma payı ve 0,20’lik etki büyüklüğünde 379 olarak hesaplandı.

379 aile hekimi; illerdeki aile hekimliği birim sayısına göre tabakalı örneklem ile dağıtıldı ve ulaşılması gereken en az sayı bulundu (Tablo 3.1). Virgül sonrası rakamlar bir üst sayıya tamamlanarak hesaplama yapıldı. Toplamda 564 (her ilden en az:1, en fazla: 89) kişiye ulaşıldı.

3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Türkiye’de birinci basamakta aile hekimi olarak görev yapıyor olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve online olarak hazırlanan anket formunu eksiksiz olarak doldurmak olarak belirlendi.

3.3. Anket Formunun Oluşturulması ve Verilerin Toplanması

Anket formu Sağlık bakanlığı tarafından çıkarılmış olan ‘‘Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri’’ kitapçığı temel alınarak, DSÖ rehberleri ve yapılan çalışmalar ışığında oluşturulmuştur.

Aile hekimlerine uygulanacak olan anket formu ‘‘Google formlar’’ üzerinden online olarak hazırlanmıştır. Soruların bir kısmında açıklama yazılabilen şıkkın yer aldığı 37 çoktan seçmeli soru ve Covid -19 pandemisinin çocuk sağlığı hizmetlerine etkisinin

değerlendirildiği, 17 alt başlığın yer aldığı, likert tarzında cevaplanan bir soru ile toplamda 38 soru hazırlandı (Ek-1).

Tablo 3. 1: Her İlde Aile hekimliği Birim Sayısına göre Hedeflenen ve Ulaşılan Aile Hekimi Sayısı

İller	İldeki AH birim sayısı	Hedeflenen AH sayısı	Ulaşılan AH sayısı	İller	ildeki AH birim sayısı	Hedeflenen AH sayısı	Ulaşılan AH sayısı
Adana	729	10,43	12	Konya	697	9,97	10
Adıyaman	210	3	6	Kütahya	195	2,79	4
Afyon	240	3,43	6	Malatya	271	3,87	4
Ağrı	168	2,4	3	Manisa	451	6,45	7
Amasya	112	1,12	3	Kahramanmaraş	378	5,41	10
Ankara	1721	24,63	30	Mardin	256	3,66	9
Antalya	777	11,12	15	Muğla	308	4,4	6
Artvin	59	0,84	1	Muş	126	1,8	3
Aydın	359	5,13	15	Nevşehir	102	1,46	4
Bahçeşir	410	5,86	7	Niğde	122	1,74	2
Bilecik	74	1,05	4	Ordu	227	3,24	6
Bingöl	92	1,31	5	Rize	103	1,47	3
Bitlis	111	1,58	4	Sakarya	314	4,49	9
Bolu	103	1,47	3	Samsun	414	5,92	12
Burdur	92	1,31	3	Siirt	105	1,5	2
Bursa	953	13,64	28	Sinop	65	0,93	1
Çanakkale	166	2,37	11	Sivas	210	3	4
Çankırı	59	0,84	1	Tekirdağ	327	4,68	5
Çorum	184	2,63	3	Tokat	199	2,84	4
Denizli	333	4,76	8	Trabzon	268	3,83	5
Diğerbakkır	531	7,6	8	Tunceli	29	0,41	1
Edirne	131	1,87	3	Şanlıurfa	619	8,86	9
Elazığ	200	2,86	3	Uşak	125	1,78	2
Erzincan	75	1,07	2	Van	355	5,08	7
Erzurum	274	3,92	4	Yozgat	143	2,04	4
Eskişehir	281	4,02	16	Zonguldak	15	2,79	4
Gaziantep	709	10,14	11	Aksaray	137	1,96	6
Giresun	146	2,08	4	Bayburt	31	0,44	1
Gümüşhane	50	0,71	1	Karaman	93	1,33	2
Hakkâri	82	1,17	2	Kırıkkale	94	1,34	2
Hatay	502	7,18	9	Batman	195	2,79	4
Isparta	158	2,26	6	Şırnak	174	2,49	3
İçel(Mersin)	604	8,64	11	Bartın	74	1,05	3
İstanbul	4970	71,14	89	Ardahan	36	0,51	2
İzmir	1348	19,29	28	Iğdır	64	0,91	2
Kars	97	1,38	2	Yalova	79	1,13	3
Kastamonu	116	1,66	2	Karabük	84	1,2	2
Kayseri	452	6,47	7	Kilis	41	0,65	1
Kırklareli	115	1,64	5	Osmaniye	188	2,69	4
Kırşehir	81	1,15	3	Düzce	124	1,77	2
Kocaeli	579	8,28	12				

Türkiye'nin tüm illerinden örneklem olarak belirlenen sayıda aile hekimine ulaşılan kadar sadece aile hekimlerinin kullandığı dijital iletişim araçları aracılığıyla haftalık hatırlatmalar yapılarak 'anket ile veriler toplandı.

3.3.1. Anket Formunun İçeriği:

Ankette yer alan soru grupları;

1. Aile Hekimleri ile İlgili Bulgular; Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri, aile Hekimi veya aile sağlığı çalışanının " Emzirme Danışmanlığı" belgesi varlığı, çocuk sağlığı hizmetlerinde birlikte çalışılan ekip durumu, çocuk hastalarda ilaç dozu ayarlama, reçete ederken zorlanma durumu,
2. Aile Hekimliği Birimi ve Hizmet verilen Nüfusla İlgili Bulgular; Görev yaptıkları aile sağlığı merkezinin ve bölgenin özellikleri, kayıtlı nüfus ve günlük poliklinik sayıları, 0-60 ay çocuk nüfusu ve poliklinik sayıları, muayene için bir çocuğa yeterli zaman ayrılma durumu, çalışılan birimin "Bebek dostu aile hekimliği merkezi" belgesi durumu, ASM'ler de bekleme alanında kitap, oyuncak veya oyun alanı ihtiyacı
3. Ebeveynlerle ilgili Bulgular; ailelerin en sık başvuru nedenleri ve Covid-19 pandemi döneminde izlemlerinde gözlenen değişiklikler, aile hekimlerinin gözlemine göre annelerin bebeklerini ilk altı ayda ve ilk 2 yaşta anne sütü ile emzirme oranı, ailelerin çocuklarına antibiyotik kullanımlarının değerlendirilmesi, ailelerin aşı kararsızlığı yaşama nedenleri,
4. Aile Hekimlerinin Çocuk Sağlığı izlemleri ve Danışmanlığı; emzirme oranlarını arttırmaya yönelik önerileri, aile hekimlerinin GIDR'i (Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi) bilme ve uygulama durumları, kronik hastalığı olan çocukların izleminde en çok zorlandıkları durumlar, çocuk hastaların sevk/konsültasyonlarında zorluk yaşanan durumlar, aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı önerileri, ihmal- istismar vakalarıyla ilgili deneyimleri ve zorlandıkları durumlar, çocuk sağlığı hizmetlerine tele-tıp (tele-medicine) entegrasyonu ile ilgili düşünceleri, "Aşı kararsızlığı" yaşayan çocukların aileleriyle yaşadıkları deneyimler, kaçırılmış veya eksik aşılarda uygulamasında yaşanan zorluklar, genişletilmiş bağışıklama programında yer almayan aşılarda önerme durumları sorgulandı.

3.3.2. Pilot Çalışma

Pilot çalışma farklı illerde görev yapan aile hekimliği uzmanları ve ve Şişli Etfal EAH ve Marmara Üniversitesi eğitim ASM'lerinde görev yapan eğitimcilere (onların yönlendirmesi ile kendi asistanı olan ve aynı zamanda birinci basamakta aile hekimi olarak görev yapan SAHU (Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi) asistanı olan 30 kişiye uygulandı.

Branşınız nedir sorusunun cevapları arasına kayıtlı nüfusları olmaması nedeniyle asistanlar dahil edilmediğinden cevapları, pratisyen hekim, aile hekimliği uzmanı ve diğer branş uzmanı olarak oluşturuldu fakat SAHU olan hekimler kendilerini pratisyen olarak tanımlamadığından SAHU şıkkı eklendi.

Ulusal aşı programında yer almayan aşı önerilerini sorduğumuz soruda “ herkeşe değil kronik hastalığı olan çocukların ailelerine aşı önerisinde bulunuyorum” şeklinde belirtmeleri nedeniyle o şık eklendi.

Otizm spektrum bozukluğu taramasının rutin olarak yapılması çalışmanın izinlerinin alındığı süreçte başladığından ayrıca pilot çalışmanın cevaplarında da belirtildiğinde ayrı bir soru olarak eklendi.

Pilot çalışmamızda yer almasına rağmen aile hekimlerinin değerlendirmesi sonrası, oranların bilinmemesi gerekçesiyle çıkardığımız önemli başlıklar “0- 60 ay da çocuklarda anemi oranı”, “ kronik hastalığı olan veya engelli (özel gereksinimi olan) çocuk nüfusu”, “ Covid -19 tanısı alan çocuk sayısı” yer almaktaydı. Günlük 0-60 ay çocuk poliklinik sayısı net olarak bilinmiyordu ve aralık olarak cevaplar yazılmıştı, bu nedenle bu soru şıkları aralıklarla gruplandırılarak soruldu. Ayrıca pilot çalışmada yer almasına rağmen sonuçlara bakıldığında aşı kararsızlığı ve aşı reddi soruları kavram karışıklığına neden olduğu için aşı reddi sorusu çıkarıldı.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sıklık ve yüzde dağılımları) yanı sıra nitel verilerin karşılaştırmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, %95 güven düzeyinde, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.5. Etik Kurul Onayı

Etik kurul onayı alınmadan önce; pandemi nedeniyle İstanbul sağlık müdürlüğünün çalışma izinlerinin başvurusunu özelde çalışan araştırmacılara kapatması nedeniyle anket formunda ve çalışmanın evreninde revizyon yapılarak öncelikle Sağlık Bakanlığından (Ek-2) izin alındı. Alınan bu belgeyle sırasıyla İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Covid-19 komisyonundan ve İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kuruldan gerekli izinler alındı (Ek-3).

4. BULGULAR

Çalışmamıza Türkiye'nin tüm illerinde birinci basamakta görev yapan aile hekimleri davet edilerek toplamda 564 kişiye ulaşıldı.

4.1 Sosyodemografik Veriler

Aile hekimlerinin yaşları ortalaması $40,37 \pm 8,63$ (min:24, max:63, median:38,50) idi. Cinsiyetleri %56,2 kadın ve %43,8 erkekti. Yaş dağılımlarına bakıldığında en kalabalık grup %49,29'unu oluşturan 31-40 yaş grubuydu. Aile hekimlerinin yaş ve cinsiyetleriyle ilgili daha detaylı bilgi Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4. 1: Aile Hekimlerinin Demografik Verileri Tablosu

		N	Min.	Max.	Ort	SD
Yaş Dağılımı		564	24	63	40,4	8,6
Cinsiyet Dağılımı	Erkek	247	25	63	39,7	8,6
	Kadın	317	24	62	40,9	8,6
	Toplam	564	24	63	40,4	8,6
		n	%			
Yaş Grubu Dağılımı	≤30 yaş	43	7,6			
	31-40 yaş	278	49,3			
	41-50 yaş	154	27,3			
	≥51 yaş	89	15,8			

Aile hekimlerinin ortalama görev süreleri $8,23 \pm 4,88$ idi. Birinci basamakta en az çalışma süreleri 1 ay ve en fazla 33 yıldır. Aile hekimlerinin görev süresi yıl dağılımları %34,4 oranında 0-5 yıl, %30,5 oranında 6-10 yıl ve %35,11 oranında ≥ 11 yıl grubundaydılar.

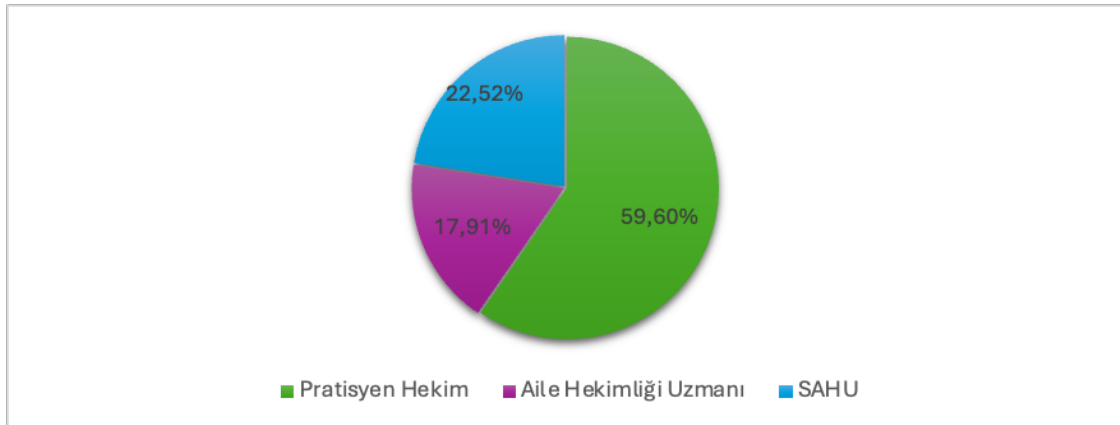
Hizmet verilen toplam nüfus ortalaması $3249 \pm 708,95$ (min:205, max:4600) idi. Verilen iki cevap 750000 ve 10000 gerçekte bağdaşmayacak ölçülerde verilmişti, çıkarıldı. Aile hekimlerinin %64,01'inin nüfusu 2019 sağlık istatistikleri verilerinde belirtilen aile hekimlerinin ortalama nüfusu olan 3141'in üzerindeydi.

Tablo 4. 2: Aile Hekimliği Birimi ve Hizmet Verilen Nüfusun Özellikleri

		N	%
Aile Sağlığı Merkezinin bulunduğu yer	Merkez	332	58,9
	İlçe	232	41,1
Aile hekimliği birimi sınıfı	A	389	69
	B	87	15,3
	C	8	1,4
	D	56	10
	Sınıfsız	24	4,3
Hizmet verilen nüfusun sosyo-kültürel ve ekonomik durumu	Kötü	149	26,4
	Orta	324	57,4
	İyi	91	16,2
Hizmet verilen toplam nüfus sayısına göre gruplama	0-2800 Kişi	146	25,9
	2801-3140 Kişi	57	10,1
	3141-4000 Kişi	305	54,1
	≥4001 Kişi	56	9,9
Erişkin dahil ortalama günlük poliklinik sayısına göre gruplama	1-40 Hasta	157	27,8
	41-80 Hasta	361	64
	≥81 Hasta	46	8,2

Erişkin dahil günlük ortalama poliklinik sayısı $55,15 \pm 20,19$ (minimum:5, maksimum:135, median:50) idi. Verilerden birisi (280 kişi) çıkarıldı. Dağılıma bakıldığında günlük 41-80 hasta bakma oranı %64,01'ini oluşturmaktaydı. Daha detaylı veriler Tablo 4.2 de paylaşıldı.

Grafik 4. 1: Aile Hekimlerinin Branş Dağılımları



Aile hekimliği birimleri çoğunlukla %58,87 oranında il merkezinde yer almaktaydı ve en fazla %68,97 oranında ‘‘A sınıfı’’ydı. Aile hekimleri hizmet verdikleri nüfusun sosyo-kültürel ve ekonomik durumunu çoğunlukla %57,45 oranında orta olarak tanımlıyordu. Branş dağılımlar Grafik 4.1’de gösterildi.

Tablo 4. 3: Aile Hekimlerinin 0-60 Ay Çocuk Nüfusları ve İzlemlerine Dair Veriler

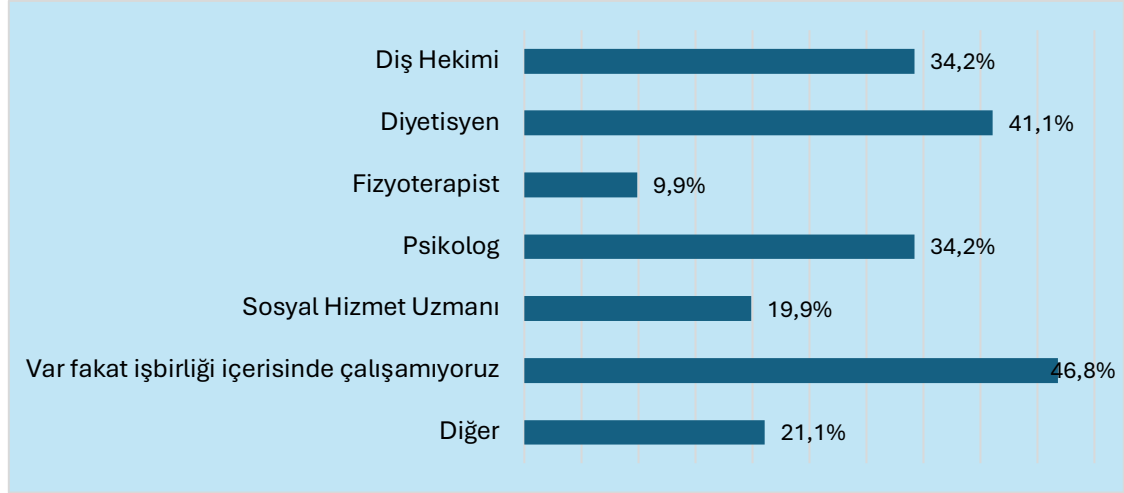
		N	%
0-60 ay (performansa dahil olan) çocuk nüfusu gruplaması	0-250 Çocuk	339	60,7
	251-500 Çocuk	178	31,8
	≥501 Çocuk	42	7,5
Aile hekimine 0-60 ay yaş grubu ortalama günlük başvurusu sayısı	0-10 Kişi	235	41,8
	11-20 Kişi	223	39,6
	21-30 Kişi	70	12,4
	31-40 Kişi	27	4,8
	≥41 Kişi	8	1,4
Muayeneye için bir çocuğa yeterli zamanı ayırabiliyor mu?	Evet	123	21,8
	Kısmen	215	38,1
	Hayır	132	23,4
	Covid 19 sonrası yeterli zamanı ayıramıyorum	94	16,7

Aile Hekimlerinin 0-60 ay (performansa dahil olan) kayıtlı çocuk nüfusu ortalaması $245 \pm 181,37$ (min:2, max:1600) olarak bulundu. Günlük çocuk muayene başvurusu ise 0-10 kişi grubu %41,74 ve 11-20 kişi grubunda %39,61 idi. Muayene için bir çocuğa yeterli zamanı ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz sorusuna, Covid-19 pandemi döneminde değişiklik olduğu belirtilse de %59,93’ü kısmen de olsa evet cevabını verdiler. Tablo 4.3’te detaylı olarak veriler paylaşıldı.

Bir diğer soruda ASM’lerin bağlı bulunduğu ilçede, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı ekip varlığı ve beraber çalışma durumları sorgulandı. İlçelerde en fazla istihdam edildiği belirtilen %41,1 oranla diyetisyendi. Diğer seçenekler Şekil 4.2’de paylaşıldı. En fazla

seçilen cevap ise %46,8 oranında ilçede ekip üyelerinden en az birinin bulunduğu fakat beraber çalışma imkanlarının olmadığı yönündeydi.

Grafik 4. 2: Aile Hekimlerinin Çocuk Sağlığı Hizmetinde Birlikte Çalıştığı Ekip Durumu



Diğer kategori olarak aile hekimlerine anne sütü ve emzirme ile ilgili deneyimleri ve annelere emzirme konusunda nasıl destek olunması gerektiği soruldu. ‘‘ Gözlemlerinize göre annelerin bebeklerini ilk 6 ayda emzirme oranları nedir?’’ sorusuna ortalama $80,21 \pm 17,24$ cevabı verildi. Değerlendirmeye alınmayan 22 cevabın 15 tanesi yüksek ve çok yüksek olarak cevaplandı. Gözlemlerinize göre annelerin bebeklerini ilk 2 yaş için emzirme oranları nedir?’’ sorusuna ise ortalama $55,43 \pm 22,98$ cevabı verildi (Tablo 4.4). Bu soruda 17 tane cevap değerlendirmeye alınamadı bunlarında 5 tanesi iyi ve yüksek şeklinde cevaplamıştı. Tablo 4.5’te verilen cevapların detayları paylaşıldı.

Tablo 4. 4: Aile Hekimleri ’ne göre Bebeklerin İlk Altı Ayda ve 2 Yaşta Emzirilme Oranları

	n	Min.	Max.	Ortalama	SD
Gözleminize göre annelerin bebeklerini ilk altı ayda, anne sütü ile emzirme oranı nedir?	564	0	100	80,2	17,2
Gözleminize göre annelerin bebeklerini ilk 2 yaşta (tamamlayıcı beslenmeyle beraber) emzirme oranı nedir?	564	0	100	55,4	22,9

Bir diğer soruda aile hekimlerinin veya beraber çalıştıkları yardımcı elemanın ‘‘Emzirme Danışmanlığı ‘‘ belgesi bulunma oranı %90,78 idi ve çalıştıkları aile sağlığı biriminin ‘‘Bebek dostu aile hekimliği merkezi’’ olma oranı ise %98,4’tü.

Tablo 4. 5: Emzirme Oranlarını Arttırmak için Aile Hekimlerinin Diğer Önerileri:

Gebelikten başlanarak kadın doğum ziyaretlerinde emzirme eğitimi verilmeli Gebe okulları açılmalı, düzenli olmalı ve yaygınlaştırılmalı, katılım zorunlu olmalı	Doğumda hatta doğumhaneden başlanarak eğitim verilmeli, doğumu yaptıran ekip tarafından emzirme eğitimi verilmeli,	Doğum yapılan hastaneden meme reddi ve mama ile geliyorlar, Bazı özel hastanelerde mama önerisi yapılıyor takip edilmeli hastaneler denetlenmeli	Anne ve emzirme okulları olmalı yeni annelere toplu eğitimler verilmeli, müdürlük tarafından yeni doğum yapan annelere ulaşarak eğitimler verilmeli
Pediatristler mamaya başlama kararını hızlı veriyor (5 kişi) bu durumda aileler bizim verdiğimiz eğitim yerine onları dinliyor Anneler emzirmede kararlı kalmaları için pediatristler tarafından desteklemeliler	Mama teşviği yapılmamalı (2 kişi) Reçetesiz mama satılmamalı, hastaneler mama önerisi yapmamalı	Anne ve aile bireyleri emzirme konusunda sosyal medyadan eğitilmeli, kamu spotları hazırlanmalı ulusal medya kanalları kullanılmalı alışveriş mekanlarında emzirmeyi özendirici bir şeyler yapılmalı	Halkın okur yazarlığı artırılmalı, sosyoekonomik durumları iyileştirilmeli, emzirme konusundaki farkındalığı artırılmalı, Okullarda , lisede derslerde bu konuda eğitim verilmeli (2 kişi)
Kadınların özgüvenleri desteklenmeli, Emzirme kararları desteklenmeli 2 yaşına kadar emziren annelere bakanlık ödül vermeli	Hastalara ayrılan süre artırılmalı, gebe ve bebek takiplerinin kalitesi artırılmalı	Tüm sağlık personeli eğitilmeli, pediatri uzmanı ve yeni doğan ünitesi çalışanları daha sık eğitilmeli, Bebek Dostu Kurum Projesi kapsamında (20 yıl önce) verilen eğitim gibi kapsamlı ve ciddi emzirme eğitimleri yapılmalı	Anne-çocuk sağlığı merkezleri olmalı Sezaryen oranı azaltılması gerekiyor

Anne sütünün korunması ve emzirme oranlarını arttırmak için verilmesi gereken danışmanlık nasıl olmalıdır sorusuna en fazla %71,1 ‘‘Aile Hekimleri veya aile sağlığı çalışanı vermelidir’’ ikinci olarak en fazla verilen cevap ise %63,48 oranında ‘‘ Emziren annelerin ulaşabileceği online platformla destek sağlanmalıdır’’ seçildi. Diğer seçeneğini işaretleyip ekstra öneride bulunan kişi sayısı ise 46 idi. Tablo 4.5 de detaylar paylaşıldı.

Tablo 4. 6: Anne Sütünün Korunması ve Emzirme Oranlarını Arttırmaya Yönelik Önerilerin Aile Hekimlerinin Görev Süreleriyle Karşılaştırılması

Anne sütü ve emzirme oranlarını arttırmak için ülkemizde verilecek danışmanlık nasıl olmalıdır?	Kaç yıldır aile hekimi olarak görev yapıyorsunuz?						
	0-5 yıl		6-10 yıl		≥11 Yıl		P
Aile hekimleri veya aile sağlığı çalışanı annelere emzirme eğitimi vermelidir	130	67,01%	119	69,19%	152	76,77%	0,083
Pediatristler tarafından eğitim verilmeli ve izlenmelidir	76	39,18%	63	36,63%	96	48,48%	0,048
Uzman bir ekip tarafından ev ziyareti ile takip sağlanabilir	78	40,21%	64	37,21%	73	36,87%	0,760
Emziren annelerin ulaşabileceği online platformda destek sağlanmalıdır	137	70,62%	104	60,47%	117	59,09%	0,037
Emzirme desteği verecek ekibin eğitilmesi sağlanmalıdır	110	56,70%	101	58,72%	105	53,03%	0,531
Diğer	12	6,19%	13	7,56%	21	10,61%	0,263

Aile hekimlerinin meslek yılı gruplarıyla “Anne sütü ve emzirme oranlarını arttırmak için ülkemizde verilecek danışmanlık nasıl olmalıdır?” sorusu karşılaştırıldığında “Pediatristler tarafından eğitim verilmeli ve izlenmelidir” cevap varlığı ≥ 11 yıl grubunda, 0-5 yıl ve 6-10 yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,048$).

“Emziren annelerin ulaşabileceği online platformda destek sağlanmalıdır” cevap varlığı ise 0-5 yıl grubunda, 6-10 yıl ve ≥ 11 yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,037$). Tüm karşılaştırma sonuçları 4.6’de verildi.

Tablo 4. 7: 0-60 Ay Çocukların ASM’ye En Sık Başvuru Nedenleri:

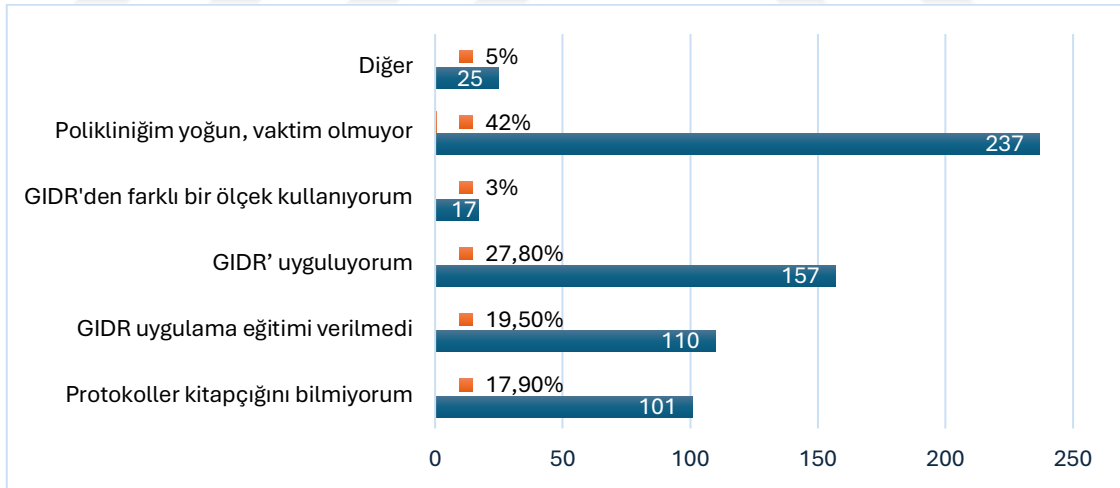
	N	%
Aşılar	501	88,8
Beslenme (emzirme dahil) sorunları/ tavsiyeleri	323	57,3
Antibiyotik yazdırmak	282	50
Diş sağlığı	71	12,6
Kas/iskelet sistemi sorunları	68	12,1
Büyüme-gelişimin izlenmesi veya endişeleri (boy-kilo-uzamama vs)	348	61,7
Nöromotor gelişim ile ilgili endişeler (ayına uygun gelişim gösteriyor mu?)	83	14,7
Ateş	494	87,6
Ağlama	268	47,5
Öksürük	470	83,3
Burun akıntısı/ tıkanıklığı	475	84,2
Karın ağrısı/kolik	276	48,9
Akran veya kardeşle yaşanan sorunlar	13	2,3
Oyuncak seçimi	0	0
Alerji veya solunum yolu sıkıntıları	259	45,9
Uyku düzeni	112	19,9
Tuvalet Eğitimi	44	7,8
Kabızlık	215	38,1
Enürezis	73	12,9
Görme ve işitme ile ilgili sorunlar	33	5,9
Zehirlenmeler	2	0,4
Diğer...	7	1,2

Cevap aradığımız bir diğer soru ise; ailelerin 0-60 aydaki çocuklarını en sık ASM'ne getirme nedeni %88,83 ile "aşılar", 2. sıklıkta %87,59 ile "ateş yüksekliği", 3. sıklıkta %84,22 oranında "burun akıntısı/tıkanıklığı" ve 4. sıklıkta %83,33 oranıyla "öksürük" olduğu bildirildi.

Ailelerin aile hekimlerine "oyuncak seçimi" için başvurmadığı ve en az başvuru nedenleri ise %0,35(n:2) ile "zehirlenmeler" ve %2,30 (n:13) ile "akran ve kardeşle yaşanan sorunlar" olduğu gözlemlendi. Diğer başvuru nedenleri ve ne sıklıkta başvurduklarıyla ilgili bilgi Tablo 4.7'de paylaşıldı.

Cevap aradığımız bir diğer soru aile hekimlerinin Sağlık bakanlığı tarafından 2018 yılında çıkarılmış olan "Bebek, Çocuk, Ergen" protokolleri kitapçığını, içerisinde yer alan GIDR (Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi)'ni bilme ve uygulama durumuydu. En sık verilen cevap %42,02 oranında "Polikliniğin yoğun olması gerekçesiyle uygulanamamasıydı.

Grafik 4. 3: Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi'nin Aile Hekimlerince Bilinme ve Uygulanma Durumu



Protokoller kitapçığının bilinmeme oranı %17,90 ve GIDR'in veya farklı bir ölçeğin kullanılma oranı %30, 85 idi. Grafik 4.3 de cevapların dağılımları verildi.

Diğer seçeneği işaretleyerek yazılan cevaplar; şüphede kaldığın da ihtiyaç duyduğunda veya kısmen kullanıldığını, GIDR'i karışık bulduğunu için uygulayamadığını, Aile hekimliği bilgi sistemine entegre kullanıldığını şeklindeydi.

Aile hekimlerinin görev yaptıkları yıla göre “ Bakanlığın çıkardığı “Bebek, Çocuk, Ergen “protokolleri kitapçığında yer alan GIDR (Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi)’i kullanıyor musunuz?” sorusu ile karşılaştırıldığında “Protokoller kitapçığını bilmiyorum” cevap varlığı 0-5 yıl grubunda, 6-10 yıl ve ≥ 11 yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). “GIDR uygulama eğitimi verilmedi” cevap varlığı 0-5 yıl grubunda, 6-10 yıl ve ≥ 11 yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu($p=0,018$)

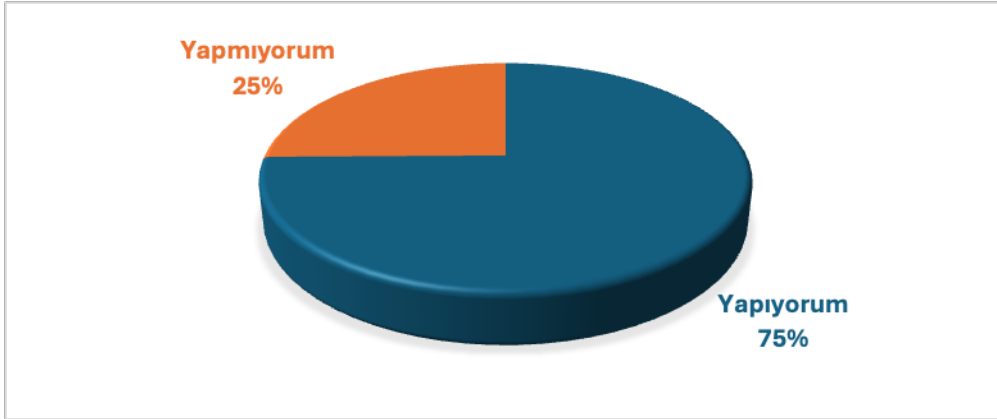
Tablo 4.8: Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi’nin Bilinme ve Uygulanma Durumunun Aile Hekimlerinin Görev Süreleriyle Karşılaştırılması

	Aile Hekimi Olarak Çalışılan Yıllar						
	0-5 yıl		6-11 yıl		≥11 yıl		
Protokoller kitapçığını bilmiyorum	49	25,7%	28	16,3%	27	13,6%	0,008
GIDR uygulama eğitimi verilmedi	49	25,7%	31	18,1%	28	14,1%	0,018
GIDR' uyguluyorum	49	25,7%	49	28,5%	59	29,8%	0,589
GIDR den farklı bir ölçek kullanıyorum	4	2,7%	6	3,5%	7	3,5%	0,632
Polikliniğim yoğun, vaktim olmuyor	72	37,1%	75	43,6%	90	45,4%	0,217
Diğer...	7	3,6%	10	5,8%	8	4,1%	0,560

Yine aynı kitapçıkta yer alan toplam 5 soru ile Otizm Spektrum bozukluğu taraması rutin yapılması önerilmektedir. Bu soruya aile hekimlerinin %74,8’i tarama yaptığını belirtti (Grafik 4.4).

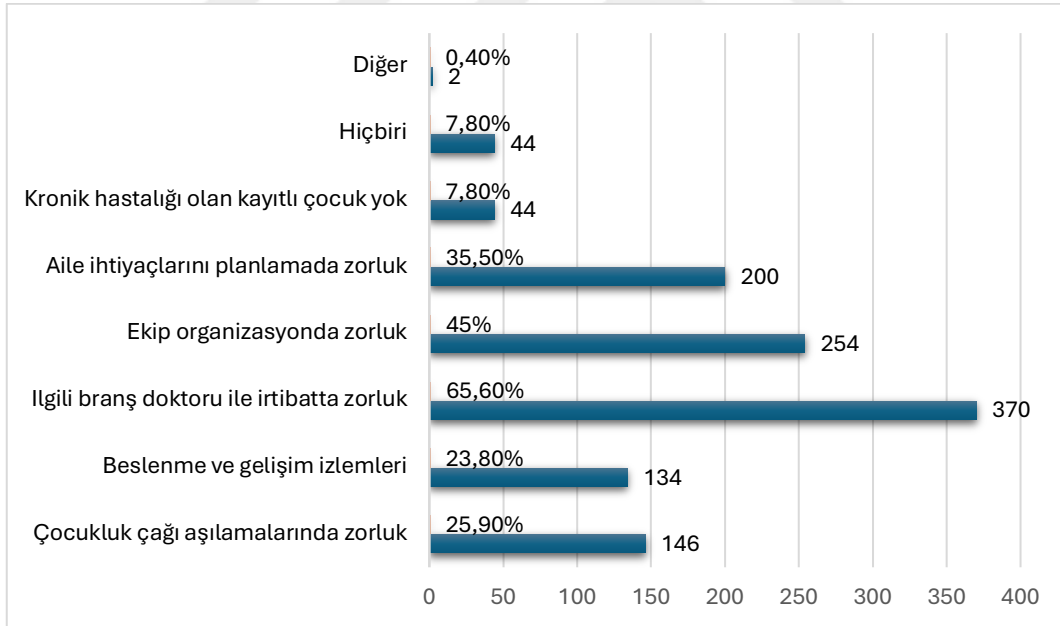
Bir diğer soruda aile hekimlerinin kronik hastalığı olan 0-60 ay arasındaki çocuk hastalarının izleminde yaşadığı zorluklar değerlendirildi. En sık %65,60 oranında ilgili branş doktoruyla iletişimde yaşanan zorluk seçildi. İkinci sıklıkta %45 oranla çocukların izleminde rehabilitasyon görevi olan diyetisyen, fizyoterapist ve diğer ekiple organize olma sıkıntısı belirtildi. Grafik 4.5’te yaşadıkları diğer zorluklar paylaşıldı.

Grafik 4. 4: Aile Hekimlerinin Otizm Spektrum Bozukluğu Taraması Uygulaması



Verilen cevaplarda “Diğer” seçeneği işaretlenerek yapılan açıklamalardan birisi total iş yükünün fazlalığı, bir diğeri ise ailelerin kronik hastalığı olan çocuğu aile hekimine getirmeden ilaç yazdırmak istemesi olarak belirtildi.

Grafik 4. 5: Kronik Hastalığı Olan Çocukların İzleminde En Çok Zorlanılan Durumlar



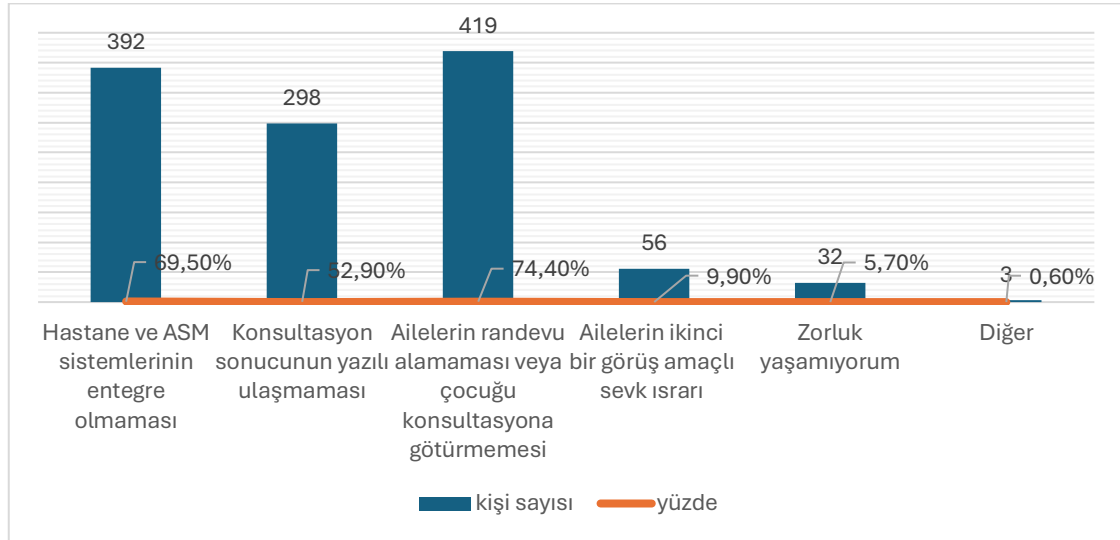
Kronik hastalığı olan çocukların izleminde aile hekimlerini zorlayan durumların, görev süresi ile karşılaştırıldığında ilgili branş doktoru ile irtibatta zorluk” cevap varlığı 0-5 yıl grubunda, 6-10 yıl ve ≥ 11 yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,018$). Tablo4.9’da detaylar paylaşılmıştır.

Tablo 4. 9: Kronik Hastalığı Olan Çocukların İzleminde Aile Hekimlerini Zorlayan Durumlar ve Görev Süreleriyle Karşılaştırması

	Aile Hekimi Olarak Çalışılan Yıllar						P
	0-5 yıl		6-10 yıl		≥ 11 yıl		
Aşı uygulamasında kararsız kalmak	48	24,7%	40	23,3%	49	24,8%	0,930
Beslenme ve gelişim izlemleri	46	23,7%	41	23,8%	47	23,7%	1,000
Branş doktoru ile irtibatta zorluk	111	57,2%	123	71,5%	125	63,1%	0,018
Ekip organizasyonda zorluk	76	39,2%	87	50,6%	91	46 %	0,086
Aile ihtiyaçlarını planlamada zorluk	23	11,9%	15	8,7%	21	10,6%	0,618
Kronik hastalıklı kayıtlı çocuğum yok	22	11,3%	11	6,4%	11	5,6%	0,073
Hiçbiri	16	8,3%	15	8,7%	14	7,1%	0,831

Çalışmada cevap aradığımız bir diğer başlık aile hekimlerinin çocuk hastaların sevk/konsültasyonlarında zorluk yaşadıkları alanları belirlemektir.

Grafik 4. 6: Çocuk Hastaların Sevk/Konsültasyonlarında Zorluk Yaşanılan Durumlar



En sık verilen cevap %74,11 oranında ailelerin randevu alamaması veya konsültasyona çocuğu götürmemesiydi. Grafik 4.6'te diğer zorluk yaşanılan alanlar paylaşıldı.

Tablo 4. 10: Fiziksel veya Cinsel İstismar Vakalarında Zorlanılan Durumlar

	N	%
İstismar vakalarını tanımakta zorlanırım	46	8,2
Çocuktan veya aileden öykü almakta zorlanırım	115	20,4
Alo 153'ü aramaya veya üst kuruma ihbar etmeye çekinirim	43	7,6
Kendimin veya sağlık personelimın güvenliğınden endişe duyarım	133	23,6
Çocuk koruma servislerinin etkin çalıştığına dair şüphelerim var	102	18,1
Çocuk ve ailesiyle kurduğum bağ ihbar konusunda beni düşündürür	25	4,4
Böyle bir deneyimim olmadı, bilemiyorum	356	63,1
Zorlanmıyorum	45	8
Diğer Nedenler	8	1,4

Aile hekimlerinin fiziksel ve cinsel istismar vakasıyla karşılaşma durumunu ve nasıl yönettiğini hangi alanlarda zorlandığını belirlemek için sorulan soruya en sık verilen cevap %63,12 ‘ ‘ Böyle bir deneyimim olmadı bilemiyorum’’ cevabı verildi. Diğer cevaplara verilen yanıtlar Tablo 4.10 ‘da verildi.

Tablo 4. 11: ASM’lerde Bekleme Alanında Kitap, Oyuncak veya Oyun Alanı İhtiyacı

	N	%
Finansman sorunu çözülebilirse iyi olur	166	29,4
İyi olur fakat oyuncak ve kitapları eve götürebilirler	154	27,3
Her yaş grubuna uygun olarak düzenlenmesi çok zor	129	22,9
Çok uzun süre beklemiyorlar ihtiyaç olduğunu düşünmüyorum	200	35,5
Hijyen sorununu çözmek zor olabilir, kararsızım	322	57,1
Diğer	27	4,8

ASM’ler de bekleme alanında kitap, oyuncak ve oyun alanı olmalı mı diye sorduğumuz soruya en fazla %57,09 oranında ‘ ‘ Hijyen sorununu çözmek zor olabilir, kararsızım’’ cevabı verildi.

Endişeleri olmasına rağmen iyi olacağını düşünenlerin toplam oranı %56,73'tü. Tüm cevaplara verilen yanıtlar Tablo 4.11'de ve diğer cevaplar Tablo 4.12'da verildi.

Tablo 4. 12: ASM'ler de Bekleme Alanında Kitap, Oyuncak veya Oyun Alanı İhtiyacı durumuna Verilen Diğer Yanıtlar

ASM'ler de bekleme alanında, kitap, oyuncak veya oyun alanı olmalı mı ?	Aile hekimi	
	Diğer	Yüzde
Aldığım çıkartmaları itinayla yoldular	1	0,2
Yeterli personel yok	1	0,2
Yataklı birim değiliz	1	0,2
Gerek yok	1	0,2
Oyun alanımız var	8	1,4
ASM'de alan yetersiz	8	1,4
Covid döneminde hayır	6	1,2
ASM'yi oyun alanı olarak kullanırlar	2	0,4
Oyun alanımız vardı şikayet oldu kaldırdık	1	0,2
ASM oyun alanı değildir	1	0,2
ASM'de 2 TV var eğitici video yerine Esra Erol'u izlemek istiyorlar	1	0,2
Oyuncakları eve götürmelerinde sorun görmüyorum zaten izin veriyorum	1	0,2
ASM kreş veya anaokulu değildir	1	0,2
Covid öncesi olabilirdi	1	0,2
Önceden vardı, pandemide kaldırdık	1	0,2

Ailelerin çocuklarına antibiyotik kullanımlarının değerlendirildiği soruda aile hekimlerinin gözlemlerine göre %71,28 oranında çocukları ateşlendiğinde antibiyotik istekleri oluyor şıkkı en çok seçilen cevaptı. Diğer cevaplar tablo 4.13'te paylaşıldı.

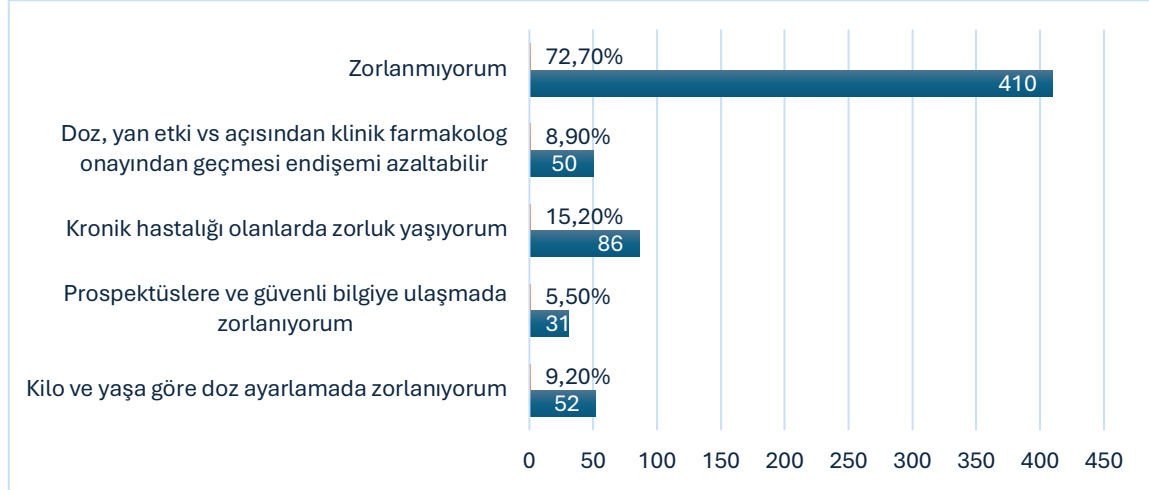
Tablo 4. 13: Ailelerin Çocuklarına Antibiyotik Kullanımlarının Değerlendirilmesi

	n	%
Ben reçete edersem antibiyotik alıyorlar, ekstra istekleri olmuyor	82	14,5
Çocukları ateşlendiğinde antibiyotik istekleri oluyor	402	71,3
Daha önceki yıllara göre antibiyotik istekleri bir miktar azaldı	199	35,3
Evde yedek antibiyotik bulundurmak amaçlı istekleri oluyor	316	56,1
Çocuklarına antibiyotik kullanmak istemiyorlar	17	3
Semptom gerileyince antibiyotik kullanımını yarıda bırakıyorlar	91	16,1

Aile Hekimlerinin çocuk hastaların ilaç dozlarını ayarlama, reçete etme ve zorlanma durumlarını sorguladığımızda %72,7 oranında herhangi bir zorluk yaşamadıklarını

belirttiler. İngiltere’de birinci basamakta görev yapan klinik farmakologlar mevcut, ülkemizde buna benzer bir yapı olması durumu bir şıkla sorgulandı aile hekimlerinin sadece %8,90 gerekliliğini düşünüyordu. Tüm cevaplar Şekil 4.7’da detaylı paylaşıldı.

Grafik 4. 7: Aile Hekimlerinin Çocuk Hastalarda İlaç Dozu Ayarlama ve Reçete Etme Deneyimleri



Aile hekimlerinin görev süresi “Ailelerin çocuklarına antibiyotik kullanımlarını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusu ile karşılaştırıldığında “Çocukları ateşlendiğinde antibiyotik istekleri oluyor” cevap varlığı ≥ 11 yıl grubunda, 0-5 yıl ve 6-10 yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,006$). Diğer seçeneklerle görev süresi arasında istatistiksel bir fark gözlenmedi. Tablo 4.14’te detaylar verildi.

Aile hekimlerine sorduğumuz diğer bir soru olan “Çocuk hastaların reçetesinde ilaç dozunu ayarlarken zorlanıyor musunuz?” sorusu ile meslek yılları karşılaştırıldığında “Doz, yan etkiler vs. açısından klinik farmakolog onayından geçmesi endişemi azaltabilir” cevap varlığı ≥ 11 Yıl grubunda, 0-5 Yıl ve 6-10 Yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,003$). “Zorlanmıyorum” cevap varlığı ise 0-5 Yıl grubunda, 6-10 Yıl ve ≥ 11 Yıl gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,004$). Diğer cevapların sonuçları Tablo 4.14’te paylaşıldı.

Aile hekimlerinin çocuklarda koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamalarını ve önerilerini öğrenmek için sorduğumuz soruda %57,09'u günde iki kez diş fırçalamasını tavsiye ettiğini, %54,96'sı diş hekimine görünmesini tavsiye ettiğini belirtti.

Tablo 4. 14: Aile hekimlerinin Görev sürenin, Ailelerin Antibiyotik Kullanımı ve Aile Hekimlerinin Çocuk İlaç Doz Ayarlamaları Karşılaştırması

		Aile hekimliği görev yılı						
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		>11 Yıl		P
Ailelerin çocuklarına antibiyotik kullanımlarını nasıl değerlendirirsiniz?	Ben reçete edersem antibiyotik alıyorlar, ekstra istekleri olmuyor	21	10,82%	26	15,12%	35	17,68%	0,152
	Çocukları ateşlendiğinde antibiyotik istekleri oluyor	153	78,87%	122	70,93%	127	64,14%	0,006
	Daha önceki yıllara göre antibiyotik istekleri bir miktar azaldı	56	28,87%	67	38,95%	76	38,38%	0,069
	Evde yedek antibiyotik bulundurmamak amaçlı istekleri oluyor	121	62,37%	91	52,91%	104	52,53%	0,089
	Çocuklarına antibiyotik kullanmak istemiyorlar	6	3,09%	4	2,33%	7	3,54%	0,792
Çocuk hastaların reçetesinde ilaç dozunu ayarlarken zorlanıyor musunuz?	Semptom gerileyince antibiyotik kullanımını yarıda bırakıyorlar	32	16,49%	25	14,53%	34	17,17%	0,778
	Kilo ve yaşa göre doz ayarlamada zorlanıyorum.	24	12,37%	12	6,98%	16	8,08%	0,162
	Prospektüslere ve güvenli bilgiye ulaşmada zorlanıyorum	15	7,73%	7	4,07%	9	4,55%	0,236
	Kronik hastalığı olanlarda zorluk yaşıyorum	34	17,53%	30	17,44%	22	11,11%	0,133
	Doz, yan etkiler vs. nedenli klinik farmakolog değerlendirmesi endişemi azaltır	27	13,92%	15	8,72%	8	4,04%	0,003
Zorlanmıyorum		126	64,95%	125	72,67%	158	79,80%	0,004

Rutin aralıklarla ağız ve diş sağlığı kontrolü yaptığını belirtenlerin oranı %20,92'si ve aileler soru sorduğunda cevap verdiğini belirtenlerin oranı %39,72'sini oluşturuyordu. Tablo 4.15 de paylaşıldı.

Tablo 4. 15: Aile Hekimlerinin, Ailelere Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Önerileri

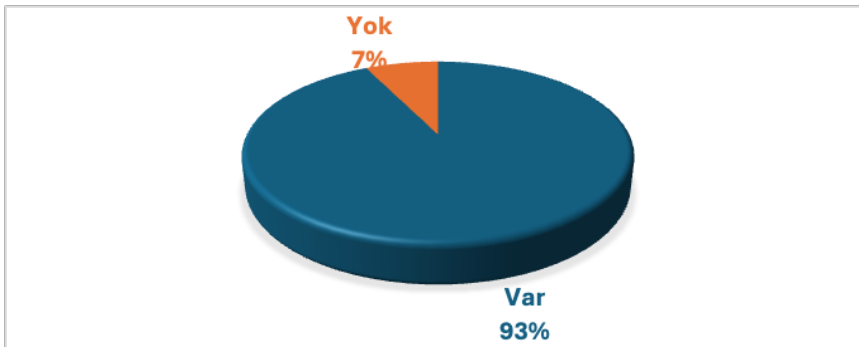
	n	%
Belirli aralıklarla kontrol ediyorum.	118	20,9
Günde iki defa diş fırçalamalarını tavsiye ediyorum	322	57,1
Aileler bu konuda soru sorduğunda cevap veriyorum	224	39,7
İlçe sağlık müdürlüğüne bağlı diş hekimi var, yönlendiriyorum	35	6,2
Diş sağlığı için diş hekimine görünmeleri gerektiğini hatırlatıyorum	310	55
Yeterince vakit ayıramıyorum, diş hekimleriyle birlikte çalışılmalı	139	24,7
Diğer	6	1,1

Tablo 4. 16: Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Geliştirmek ve Ulaşılabilirliği Arttırmak için Aile Hekimlerinin Tele-Tıp (Tele-Medicine) Entegrasyonu Düşünceleri:

	n	%
Ailelere standart eğitim videoları hazırlanıp, izlemeleri sağlanabilir.	213	37,8
Randevulu ve acil vakalar hariç ailelerle video görüşme yapılabilir.	43	7,6
Tetkik sonuçları ve reçete için uygulanabilir	106	18,8
Mobil veya evde sağlık hizmetlerine entegre olabilir	101	17,9
Entegre olmalıdır, hangi alanlarda uygulanabileceği düşünülebilir	112	19,9
Aile hekimliğinde uygulanamaz	280	49,7
Diğer	19	3,4
➤Hukuki alt yapı gerekir ➤Malpraktis riskini artırır ➤Suistimal edilme riski çok yüksek bir uygulama, gereksiz kullanımı olabilir ➤Sınırlı olarak yapılabilir, raporlu ilaçlar için kullanılabilir ➤Aileler o zaman ASM'ye hiç gelmezler:2 ➤Benim bölgemde uygulanabilirliği yok denecek kadar az ➤Hasta ben görüşmedim diyebilir, görüşmenin kayıt edilmesi gerekir. ➤Hasta tavsiyelere uymazsa veya sözlü hakaret ederse nasıl ispatlayacağız ➤Sağlık okur yazarlığı olmadan etkin olmaz ➤7/24 telefonlarımız susmuyor. ➤Poliklinik yoğun vakit yetmez ➤Öncelikle tüm ülkede randevulu çalışmaya geçilmeli ➤Önce sahanın giderek artan sorunları çözülmeli ➤Aile Hekimliğinin HYP ve Covid-19 gibi öncelikli sorunları çözülmeli		

Aile hekimlerinin günlük pratiklerini kolaylaştırabileceği düşünülerek tele-tıp uygulamaların birinci basamakta kullanılabilirliğini sorduğumuz soruda en fazla %49,65 oranında ‘‘Aile hekimliğinde uygulanamaz’’ cevabı seçildi. Diğer cevaplar Tablo 4.16’te bulunmaktadır.

Grafik 4. 8: Aşı Kararsızlığı Yaşayan ve İkna Edilmesi Gereken Ailelerin Durumu



Aile Hekimlerinin aşı kararsızlığı yaşayan ailelerin sorgulandığı soruda %93 oranında olduğunu belirttiler (Grafik 4.8).

Tablo 4. 17: Ailelerin Aşı Kararsızlığı Yaşamalarına Neden Olan Durumlar

	N	%
Uygulayan personelin aşı ve uygulama tereddütleri.	7	1,2
Sosyal medyanın aşı karşıtlığı yazı ve faaliyetleri	502	89
Dini nedenlerle	324	57,5
Ailelerin aşılarla ilgili sorularının yeterince cevaplanamaması	47	8,3
Aşıların sayısının ve dozunun çokluğu	46	8,2
Aşıların içerisindeki katkı maddeleri	304	53,9
Gelişebilecek istenmeyen etki/yan etkiler	207	36,7
Aşı kararsızlığı ile karşılaşmadım/deneyimim yok	12	2,1
Diğer	7	1,2

Bu ailelerin aşı kararsızlığı yaşamalarına neden olan durumlara bakıldığında en sık verilen cevap %89,01 oranında ‘‘Sosyal medyanın aşı karşıtı yazı ve faaliyetleri gösterildi. İkinci sıklıktan %57,45 oranında ‘‘Dini nedenler’’ yer almaktaydı. Tablo 4.17’de ayrıntılarıyla nedenler yer almaktadır.

Tablo 4. 18: Aile Hekimlerinin ‘‘Aşı Kararsızlığı’’ Yaşayan Ebeveynlerle Deneyimleri

	n	%
Ailelere eğitim vererek, aşılama konusunda ikna ediyorum.	372	66
Ailelerin bazı sorularını cevaplamakta zorlanıyorum	56	9,9
Aşı kararsızlığı ile karşılaştığımda çözmekte zorlanıyorum, destek olabilecek online birimler olmalı	174	30,9
Çözemiyorum, ilçe sağlık müdürlüğüne yönlendiriyorum	91	16,1
Diğer	33	5,9

Tablo 4. 19: Aile Hekimlerinin “Aşı Kararsızlığı” Yaşayan Ebeveynlerle Deneyimleri; Diğer Cevaplar (Aşı Kararsızlığı):

· Çiçek hastalığı ve Türkiye'de çocuk felci konusunu araştırmalarını öneriyorum
· Çözmekte zorlandıklarımıza ve aşı yaptırmada kararsız kişilere gidecek bir ekip kurulmalı
· Aşı karşıtı olduğum için ikna için uğraşmıyorum
· Bazen de ikna edemiyorum, ilçe sağlık mı olur bilmiyorum ama bu konu desteklenebilir
· Her iki ebeveyne de aşılardan etkilerini ve yan etkilerini anlatıyorum.
· Ailenin istemediğine dair tutanak tutulup aşı birimine gönderiyoruz
· Sorularını cevaplayıp motive edici bir konuşma yapıp kararı kendilerine bırakıyorum
· Daha sonra yaptırmak istiyor
· Sorular çok çeşitli olduğundan sorularına göre cevaplıyorum
· Çocukluk çağı aşılarında aşı reddi yaşamadım ama Covid -19 aşılarıyla sıkıntılar yaşıyorum
· Sorularını cevaplıyor son kararı kendilerine bırakıyorum.
· Soruları cevaplıyorum ama dini tabuları yıkamıyorum. Hocası günah demişse günah
· Artık çok uğraşmıyorum konuşup da ikna ettiğim hasta sayısı oldukça az
· Aşı yaptırmayanlar, bu hastalıklara yakalanırsa SGK'nın tedavisini ödemem demesi gerekir.
· Sosyal medya etkisinde olanları kısmen ikna edebiliyorum.

Aile hekimlerine “aşı kararsızlığı” yaşayan ebeveynlerle nasıl bir süreç izlediklerini sorduğumuzda %65,96 oranında “ailelere eğitim vererek, aşılama konusunda ikna ettiklerini” belirttiler (Tablo 4.18)

Tablo 4. 20: Aile Hekimlerinin “Aşı Kararsızlığı” Yaşayan Ebeveynlerle Deneyimleri; Diğer Cevaplar (Aşı Karşıtı):

· Ailelerle konuşup ikna etmeye çalışıyorum ama yarısından fazlası ikna olmuyor
· Aşı karşıtlarını ikna edemiyorum.
· Yaklaşık bir saat her sorularını cevapladığım oldu Aşı ret gerekçeleri bilimsel değil, akla mantığa aykırı
· Ailelerle mutlaka görüşüyorum, fikrini değiştirebildiğim aileler oluyor, maalesef aşı karşıtlarının elindeki kanıtlar daha az olmasına rağmen inandırmada bizden güçlüler
· Artık eskisi kadar ısrarcı olmuyorum. Sonuca etki etmediğini fark ettim...
· İkna etmeye çalışıyorum olurlarsa yapıyorum ama olmayanların sayısı daha fazla oluyor
· 1,5 saat anlattım ebeveyn sonunda aşıyı yaptırmayacağım nereye imzalayacağım dedi.
· Batı ülkelerinde olduğu gibi sosyal hizmetler burada ailenin ihmalkarlığını göz önünde bulundurulmalı
· Hiçbir şekilde aşı olmak istemeyen aileyi ikna edemiyorum
· Çoğunlukla ikna edilmeye dirençli ebeveynlerle karşılaşıyorum
· Aşı reddi olan bir ailem var ilk çocukları otistik olduğu için aşılarını yaptırmıyorlar
· Kesinlikle dinlemiyor ve benim kararım diyerek son noktayı koyuyorlar iletişime kapalılar
· Aşı karşıtları kararlı oluyor, vazgeçmiyorlar
· Bazı ebeveynler aşı karşıtlarının görüşlerini benimsiyorlar, aşı konusunda ikna olmuyorlar.
· Kararlı gelip ikna olmuyorlar imza alıyoruz
· Aşı karşıtlarının fikrini değiştirmek için uğraşmıyorum çünkü sonuç alınamayacağına inanıyorum. Covid-19 aşısı sonrası aşı konusunda herkes fazla bilgili
· İkna etmek için uğraşmama rağmen bazen rijit fikirler değiştirilemiyor
· Aşı ve izlemeleri bilimsel dayanaklarıyla anlatıyorum çok katı direnci olanları ikna edemiyorum

Aşı kararsızlığında cevap verilen 33 diğer sorunun bir kısmı aşı kararsızlığı ve bir kısmı ise aşı karşıtlığı olarak gruplandırıldı. Tablo 4.19 ve Tablo 4.20 de gruplandırılarak paylaşıldı.

Aşılarla ilgili sorduğumuz soru grubunda; kaçırılmış aşı veya eksik aşılarda uygulanmasında yaşanan zorlukları sorgulandığı soruda aile hekimlerinin en sık %61,70 aileye veya çocuğa ulaşma zorluğunu (ikamet değişikliği vs.) ve 2. sıklıkta %55,50 oranında ailelerin aşı kararsızlığı veya reddinin neden olduğunu düşünüyorlardı. Verilen diğer cevaplar tablo 4.21’de belirtildi.

Tablo 4. 21: Kaçırılmış veya Eksik Aşıların Uygulanmasında Yaşanılan Zorluklar

	N	%
Ailelerin aşı kararsızlığı veya reddi	313	55,5
Çocukların eksik olan aşılarının tespit edilmesi	96	17,1
Ailenin olumsuz aşı deneyimi	122	21,6
Aileye veya çocuğa ulaşma zorluğu (ikamet değişikliği vs)	348	61,7
Evrak veya prosedürler (sistemin izin verdiği performans aralığı vs)	228	40,4
Zorluk yaşamıyorum	46	8,2
Diğer	4	0,7

Aile hekimlerine sorulan diğer soru ise ulusal programda olmayan özel aşılarda uygulanmasını ailelere önerme durumlarıydı %67,38 oranında önerdikleri gösterildi. Diğer cevaplar Tablo 4.22’de verilmiştir.

Tablo 4. 22: Ulusal Aşı Programında Olmayan Aşıların Çocuklara Uygulanma Önerisi

	n	%
Evet öneriyorum	380	67,4
Programda olmayan aşıları önermiyorum	78	13,8
Herkese değil ama kronik hastalığı olanlara önerdiklerim oluyor	90	16
Diğer	16	2,8

Aile hekimlerinin 0-5 yıl, 6-10 yıl ve ≥ 11 yıl görev süreleri “Ulusal Aşı programında olmayan aşılarından ailelere yapılmasını önerdikleriniz oluyor mu?” sorusu ile

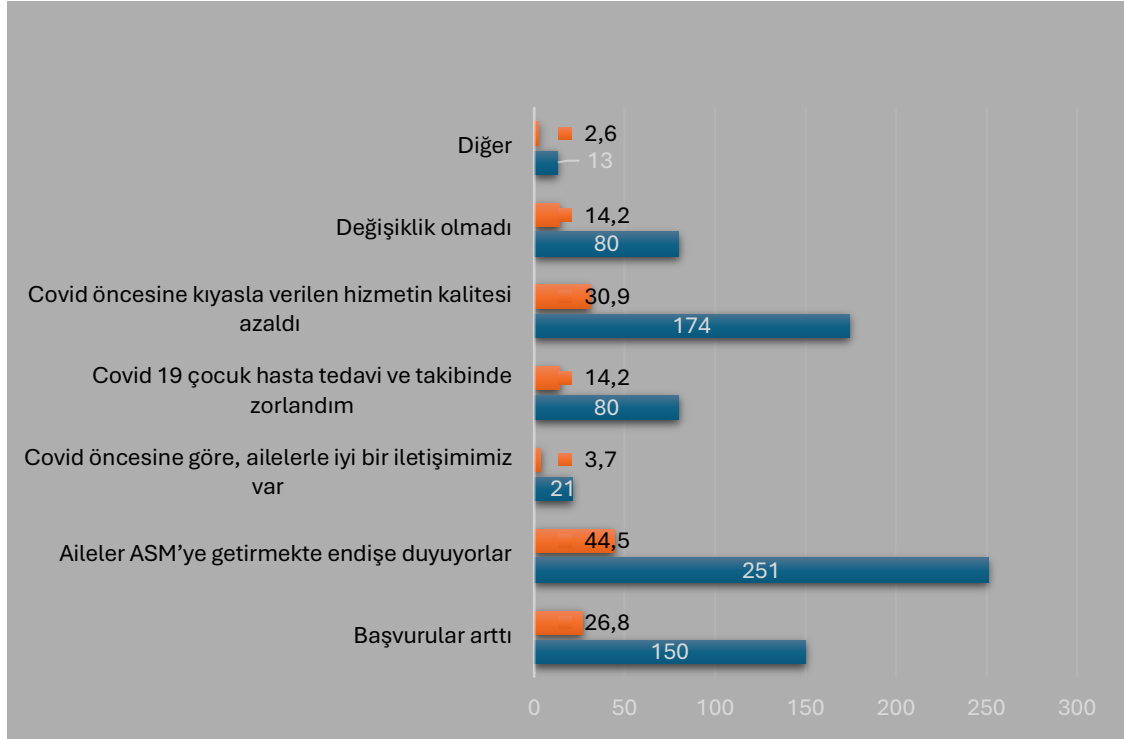
karşılaştırıldığında; ‘‘Evet öneriyorum’’, ‘‘Programda olmayan aşıları önermiyorum’’, ‘‘Herkesine değil ama kronik hastalığı olanlara önerdiklerim oluyor’’ ve ‘‘Diğer’’ cevap dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,034$).

Tablo 4. 23: Aile Hekimlerinin Görev Süreleriyle, Aşı Kararsızlığına Yaklaşım ve Ulusal Programda Olmaya Aşıların Önerilme Durumu

		Aile Hekimi Olarak Çalışılan Süre						P
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		≥11 Yıl		
Aşı kararsızlığını ile gelen ailelerle karşılaştığınızda bu durumu nasıl yönetiyorsunuz?	Ailelere eğitim vererek, aşılama konusunda ikna ediyorum.	124	63,92%	116	67,44%	132	66,67%	0,751
	Ailelerin bazı sorularını cevaplamakta zorlanıyorum	21	10,82%	18	10,47%	17	8,59%	0,730
	Aşı kararsızlığı ile karşılaştığımda çözmekte zorlanıyorum, destek olabilecek online birimler olmalı	70	36,08%	46	26,74%	58	29,29%	0,130
	Çözemiyorum, ilçe sağlık müdürlüğüne yönlendiriyorum	25	12,89%	29	16,86%	37	18,69%	0,282
	Diğer	10	5,15%	12	6,98%	11	5,56%	0,742
Ulusal Aşı programında olmayan aşılarından ailelere yapılmasını önerdikleriniz oluyor mu?	Evet öneriyorum	133	68,56%	120	69,77%	127	64,14%	0,034
	Programda olmayan aşıları önermiyorum	18	9,28%	21	12,21%	39	19,70%	
	Herkesine değil ama kronik hastalığı olanlara önerdiklerim oluyor	36	18,56%	24	13,95%	30	15,15%	
	Diğer	7	3,61%	7	4,07%	2	1,01%	

Aile Hekimlerinin görev süresi ≥ 11 yıl olanların ‘‘Evet öneriyorum’’ cevabını işaretleme durumu 0-5 yıl ve 6-10 yıl gruplarından düşük, 0-5 yıl grubunda ‘‘Programda olmayan aşıları önermiyorum’’ cevaplamaları 6-10 yıl ve ≥ 11 yıl gruplarından düşük bulundu. Tablo 4.23’te detaylandırılmıştır.

Aile hekimlerine sorduğumuz sorularda Covid-19 pandemisinin çocuk sağlığına ve hizmetlerine etkisi kategorisinde sorduğumuz sorulardan birisi ‘‘Covid-19 ülkemizde görüldüğü dönemden itibaren 0-60 ay bebek ve çocuk sağlığı hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?’’ di. En fazla verilen cevap %44,33 ile ‘‘Aileler ASM’ye getirmekte endişe duyuyorlardı’’ ve %30,85 ile ikinci en sık verilen cevap ise ‘‘ Covid-19 pandemi öncesine kıyasla verilen hizmetin kalitesi azaldı’’ idi. Tüm cevaplar Grafik 4.9’da paylaşılmıştır.

Grafik 4. 9: Covid-19 Pandemisinin 0-60 Ay Bebek ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Etkisi

Bir diğer sorumuz ise ‘‘ Size bağlı nüfusta Covid-19 tanısı alan 0-60 ay çocuk oldu mu? ‘‘ idi. Bu soruya ise en sık %68,79 ile ‘‘Evet Covid -19 tanısı alan oldu’’ cevabı verildi. Her iki soruda aile hekimlerinin meslek yılına göre gruplarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık gösterilemedi (Tablo 4.24).

Tablo 4. 24: Aile Hekimlerinin Görev Sürelerine göre Covid-19’un Çocuk Sağlığına Etkisi

		3) Kaç yıldır aile hekimi olarak görev yapıyorsunuz?						P
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		≥11 Yıl		
Covid 19 ülkemizde görüldüğü dönemden itibaren 0-60 ay bebek ve çocuk sağlığı hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?	Başvurular arttı	138	28,87%	52	30,23%	40	20,20%	0,054
	Aileler ASM'ye getirmekte endişe duyuyorlar	82	42,27%	72	41,86%	96	48,48%	0,342
	Covid-19 öncesine göre, ailelerle iyi bir iletişimimiz var	9	4,64%	4	2,33%	8	4,04%	0,485
	Covid-19 çocuk hasta tedavi ve takibinde zorlandım	28	14,43%	24	13,95%	28	14,14%	0,991
	Covid-19 öncesine kıyasla verilen hizmetin kalitesi azaldı	50	25,77%	61	35,47%	63	31,82%	0,126
	Değişiklik olmadı	28	14,43%	25	14,53%	27	13,64%	0,463
	Diğer	6	3,09%	0	0,00%	1	0,51%	0,015
Size bağlı nüfusta ‘‘Covid 19 tanısı’’ alan 0-60 ay çocuk oldu mu ?	Evet Covid-19 tanısı alan oldu	128	65,98%	117	68,02%	143	72,22%	0,697
	Sınıf arkadaşı /komşusu /öğretmeni vs pozitif olup karantina takibi yaptıklarım oldu	51	26,29%	30	17,44%	42	21,21%	0,120
	Ailesi Covid-19 olup takip ettiklerim oldu	66	34,02%	59	34,30%	62	31,31%	0,790
	Hayır olmadı	30	15,46%	18	10,47%	22	11,11%	0,277

Pandemi dönemine ait olan bir diğer soru ise ‘‘Covid-19 pandemisiyle, ailelerin tutum değişikliklerinde göz önünde bulundurarak, çocuk sağlığı uygulamalarında nasıl değişiklik oldu?’’ idi. Birçok parametrede oransal olarak çoğunluk değişiklik olmadı yönündeyken, ‘‘Çocuklarda obezitede’’ kısmen arttı ve arttı diyenlerin toplam oranı %58,34’ idi.

Tablo 4. 25: Covid-19 Pandemisiyle, Ailelerin Tutum Değişiklikleri de Düşünülerek, Aile Hekimlerince Çocuk Sağlığı Uygulamalarındaki Değişiklikler

		n	%			n	%
Yeni doğan topuk kanı aldırma oranı	Kısmen Azaldı	23	4,08	Çocuklarda malnütriyon	Kısmen Azaldı	53	9,4
	Azaldı	1	0,18		Azaldı	13	2,3
	Değişmedi	518	91,84		Değişmedi	418	74,11
	Kısmen Arttı	7	1,24		Kısmen Arttı	62	10,99
	Arttı	15	2,66		Arttı	18	3,19
Boy-kilo- baş çevresi izlem oranı	Kısmen Azaldı	121	21,45	Emzirme ve anne sütü ile besleme oranı	Kısmen Azaldı	39	6,91
	Azaldı	19	3,37		Azaldı	7	1,24
	Değişmedi	395	70,04		Değişmedi	447	79,26
	Kısmen Arttı	12	2,13		Kısmen Arttı	51	9,04
	Arttı	17	3,01		Kısmen Azaldı	95	16,84
Çocuklarda obezite	Kısmen Azaldı	49	8,69	Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Oranları	Azaldı	14	2,48
	Azaldı	12	2,13		Değişmedi	433	76,77
	Değişmedi	174	30,85		Kısmen Arttı	13	2,3
	Kısmen Arttı	227	40,25		Arttı	9	1,6
	Arttı	102	18,09		Kısmen Azaldı	107	18,97
Çocuklarda malnütriyon	Kısmen Azaldı	53	9,4	Otizm Spektrum Bozukluğu Tespiti	Azaldı	24	4,26
	Azaldı	13	2,3		Değişmedi	397	70,39
	Değişmedi	418	74,11		Kısmen Arttı	22	3,9
	Kısmen Arttı	62	10,99		Arttı	14	2,48
	Arttı	18	3,19		Kısmen Azaldı	77	13,65
Emzirme ve anne sütü ile besleme oranı	Kısmen Azaldı	39	6,91	Konuşma bozukluğu	Azaldı	13	2,3
	Azaldı	7	1,24		Değişmedi	388	68,79
	Değişmedi	447	79,26		Kısmen Arttı	71	12,59
	Kısmen Arttı	51	9,04		Arttı	15	2,66
	Kısmen Azaldı	23	4,08	Rutin demir başlanması	Kısmen Azaldı	40	7,09
Yeni doğan topuk kanı aldırma oranı	Azaldı	1	0,18		Azaldı	7	1,24
	Değişmedi	518	91,84		Değişmedi	480	85,11
	Kısmen Arttı	7	1,24		Kısmen Arttı	18	3,19
	Arttı	15	2,66		Arttı	19	3,37
Boy-kilo- baş çevresi izlem oranı	Kısmen Azaldı	121	21,45	Rutin D vitamini başlanması	Kısmen Azaldı	40	7,09
	Azaldı	19	3,37		Azaldı	6	1,06
	Değişmedi	395	70,04		Değişmedi	462	81,91
	Kısmen Arttı	12	2,13		Kısmen Arttı	30	5,32
	Arttı	17	3,01		Arttı	26	4,61
Çocuklarda obezite	Kısmen Azaldı	49	8,69	Hemogram takibi	Kısmen Azaldı	139	24,65
	Azaldı	12	2,13		Azaldı	20	3,55
	Değişmedi	174	30,85		Değişmedi	354	62,77
	Kısmen Arttı	227	40,25		Kısmen Arttı	28	4,96
	Arttı	102	18,09		Arttı	23	4,08

Diğer parametrelerden ‘‘Çocukların Sosyal ve Duygusal gelişimde’’ yine en çok verilen cevap değişiklik olmadığı düşünülse de %45,21 oranında kısmen de olsa azaldığı görüşü bildirilmişti. Ayrıca ‘‘ Görme taraması yaptırma oranında’’ %32,98, ‘‘Rutin olmayan aşıların yaptırılma oranı’’ nda %28,19 ve ‘‘Hemogram takibi’’ %28,2 oranında kısmen de olsa azalma gözlendiği bildirilmiştir. Tüm yanıtlar Tablo 4.25’te paylaşılmıştır.

5. TARTIŞMA

Gerek Astana deklarasyonunda gerekse daha sonra DSÖ tarafından çıkarılmış olan rehberlerde sağlık hizmetlerinde birinci basamağı güçlendirmenin önemine vurgu yapılmıştır. Birinci basamağı güçlendirmek için; sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesine ve eğitim güncellemelerinin yapılmasına, birinci basamağın gerek rehabilitasyon hizmetleriyle gerekse palyatif bakım hizmetleri gibi multidisipliner bir ekiple desteklenmesine, sağlık sistemlerinin basamaklar arasında entegre edilmesine ve teknolojinin etkin olarak kullanılmasına ihtiyaç vardır. Bu süreçte ayrıca bireylerin ve ailelerin güçlendirilmesinin nasıl yapılacağına ve tüm bu basamaklarda sosyal, ekonomik, çevresel faktörler ışığında “ Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine” ulaşma yollarının planlanması yapılmalıdır (8,9,63)

Çalışma verilerine geçmeden önce ülkedeki genel sağlık verilerine bakıldığında 2021 yılında 38 OECD ülkesinde her 1000 kişi başına düşen doktor sayısı ortalaması 3.6 idi. Bu oran en yüksek Yunanistan’da 6.2 doktor iken, en düşük 0.5 ile Endonezya’dadır. İngiltere’de bu rakam 3 iken, Türkiye’de 2 doktordur ve Türkiye en düşük 4. ülke durumunda gözlenmektedir[64]. Diğer bir OECD verisi ise 55 yaş üzeri doktor oranına bakıldığında en fazla %56 ile İtalya ve en düşük %14 ile İngiltere karşımıza çıkmaktadır. Türkiye de ise bu oran %18 dir. Ülkemizde görev yapan doktorların %33’ü pratisyen hekim ve tüm doktorların içerisinde kadın doktorların oranı %37 olarak belirtilmektedir (64).

Uzun yıllardır birinci basamağı aktif bir şekilde kullanan İngiltere’de bir aile hekimi başına düşen nüfusun 2304 olduğu ve bu rakamın 2015 yılı verilerinin %18,9’u kadar arttığı ve hekimlerin daha çok yarı zamanlı (part-time) çalışmayı seçtiği, tam zamanlı (full-time) haftalık çalışma süresinin 37,5 saat olduğu ve günlük görülen hasta sayısının 37 olduğu bildirilmiştir ve hekimler son yıllarda artan iş yükü nedeniyle eylemler yapmaktadır (65).

Çalışmamızda aile hekimlerinin yaş ortalamaları $40,37 \pm 8,63$ ve yaş dağılımlarına bakıldığında ≥ 51 yaş grubu %15,78 (n: 89)’idi. Kadın doktorların çalışmaya katılımı

%56,2 oranla erkek doktorlara göre kısmen daha fazla ve aritmetik yaş ortalamaları birbirine yakındı (Tablo 4.1). Çalışma süreleri ortalamaları 8,23 yıl ve branş dağılımına baktığımızda %59,57'si pratisyen hekimdi (Grafik 4.1).

Çalışmamızda aile hekimi başına düşen nüfusun ortalaması $3249 \pm 708,95$ ve günlük görülen hasta sayısı ortalaması da $55,15 \pm 20,19$ olarak bulunmuştur. ASM'lerin %58,87'si şehir merkezinde ve A sınıfındaydı. Hizmet verilen nüfus aile hekimleri tarafından sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyde %57,45 oranında orta %16,13 oranında iyi olarak işaretlendi (Tablo 4.2).

Aile hekimlerinin 0-60 ay arası çocuk nüfus ortalamaları $245 \pm 181,37$ 'idi. Günlük bu yaş grubu için poliklinik sayısı 0-10 kişi diyenler %41,74 'ünü ve 11-20 kişi diyenler %39,61'ini oluşturmaktaydı. Muayene için 0-60 ay arasında çocuk için yeterli zamanı ayırabiliyor musunuz sorusuna yaklaşık olarak yarısı kısmen de olsa yeterli vakti ayırabildiklerini belirttiler (Tablo 4.3).

Gerek toplam nüfus gerekse günlük bakılan hasta sayısı olarak ülkemizde aile hekimlerinin, OECD ülkelerinin ortalamasının çok üzerinde çalıştığı gözlenmektedir [64]. Ayrıca İngiltere verileriyle karşılaştırdığımızda aile hekimi başına düşen rakamdan neredeyse 1000 kişi daha fazla olduğu ve günlük poliklinik sayısına bakıldığında ise en az %50 daha yoğun olduğu gözlenmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 0-6 yaş grubu çocuğu olan 3025 bireye yüz yüze ulaşılarak çocuklarına verilen çocuk sağlığı hizmetini değerlendirmeleri istenmiştir. Çocukların son 1 yıl içerisinde sağlıklı oldukları dönemde (kontrol amacıyla) %30,5(n:922)'inin en az bir kez sağlık kuruluşuna götürüldüğü, kontrole götürülen çocukların %83,5(n:770) 'inin ASM'lerine götürüldüğü bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ailelerin gelir düzeyi en düşük olan grupta çocuklarını rutin kontrole götürme oranı %21,3'iken, en yüksek grupta çocukların %45,4 olarak bulunmuş, gelir durumu yükseldikçe çocukların rutin kontrollere götürülme oranının arttığı gözlenmiştir. Düşük gelir grubundakiler çocuklarını ASM'e götürürken gelir durumu arttıkça özel hastane veya muayenehaneye götürülme oranı artmaktadır (66). Bu sonuç bizim çalışmamızda

ASM ye getirilen çocukların ailelerinin sosyo-kültürel ve ekonomik durumlarının iyi olanların düşük olmasını destekler niteliktedir (66).

Ülke çapında yapılmış başka bir çalışmada 402 aile hekimine ulaşılarak çocuk sağlığı izlemleri konusunda bilgi düzey ve tutumları değerlendirilmiş ve katılımcıların %58,2'i kadın, aritmetik yaşları ortalaması $34,75 \pm 9,51$ ve görev süreleri ortalamaları $9,90 \pm 9,56$ yıl idi. Bizdeki doktor yaş ortalamasına göre küçük ve görev süreleri bir yıl daha uzun bulunmuştur. Hekimlerin branş dağılım oranına bakıldığında aile hekimliği uzmanı %18,2 ile çalışmamıza benzer, asistan katılımı bizim çalışmamıza göre daha fazla, pratisyen hekim oranı ise daha azdır. Yine çalışılan kurumların il merkezi olma oranı %78,1, bizimkinden fazlaydı. Bu farklılıklar çalışmamızın sadece birinci basamakta yapılmış olmasından yani üniversite ve eğitim araştırma hastanesine bağlı eğitim ASM'lerin de görev yapan hekimlerin kapsam dışı bırakılmasından kaynaklanıyor olabilir (67).

Ankara'da yapılan bir çalışmada katılan hekimlerin yaş ortalaması bizim çalışmamızdan daha yüksek ($48,3 \pm 7,24$), görev süreleri bizim çalışmamızdan daha kısa ($57,5 \pm 21,7$ aydı), kayıtlı nüfusları bizimkinden fazla (3797 ± 386) ve günlük poliklinik sayıları bizimkine benzer (55 ± 14) idi. Aile hekimliği birimleri %48,3 oranında B sınıftıydı, bizde A sınıfı çoğunlukta idi, katılan hekimlerin branşları %71,77 pratisyen, %21,77 aile hekimliği uzmanı ve %6,46 oranında diğer branş hekimleriydi. Bu sıralamadan farklı olarak çalışmamızda %22,52 SAHU bulunmakta fakat diğer branş hekimi bulunmamaktaydı. Tek bir ilde yapıldığı için bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı sonuçlar bulunmuş olabilir (23).

Ege bölgesinde yapılan bir çalışmada ASM'lerde görev yapan hekim ve ebe-hemşirelerin günlük baktığı çocuk sayısı ortalaması bizim çalışmamıza benzer ($10,65 \pm 6,05$) bulunmuştur (68).

Amerika'da 15 yıl boyunca devam eden bir araştırmada aile hekimlerinin sağlam çocuk poliklinik süreleri ortalaması 1979 da 11.8 dakikayken, 1994 de 14,2 dakikaya yükselmiştir. Hiçbir danışmanlık verilmeden yapılan muayene süresi ortalaması 13.2 dakika ve danışmanlık verilmesi durumunda ortalama 15.2 dakikaya çıktığı, aşı

uygulanması durumunda ise bu süre 1979 yılında 13.8 dakikayken, 1994 yılında ortalama 16.7 dakika olarak raporlanmıştır[69]. İlk 18 ayda bir çocuk muayene süresi 17 dakika olarak önerilmektedir[70]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda birinci basamakta çocuk hastalara ayrılan süreye dair bilgi bulamadık. Çalışmamızda aile hekimlerine rutin kontrole gelen bir çocuğa ayırdıkları süreyi dakika olarak sormadık sadece yeterli süreyi ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz diye sorguladık ve yaklaşık olarak yarısının kısmen de olsa yeterli süreyi ayırdığı bilgisine ulaştık.

5.1. Aile Hekiminin Çocuk Sağlığı Hizmetinde Birlikte Çalıştığı Ekip Durumu:

Ülkemizde aile hekimlerinin beraber çalıştıkları ekip içerisinde diş hekimi veya diğer yardımcı sağlık personelinin (diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist gibi) varlığı ve beraber çalışma durumu araştırıldığında, beraber çalışmanın gerekliliğine nedenleriyle vurgu yapan çalışmalar bulunmaktadır (71,72).

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin sadece %46,63'ü ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı diş hekimi veya yardımcı sağlık ekibinin var olduğunu fakat beraber çalışmalarının mümkün olmadığını belirtmiştir (Grafik 4.2).

Ülkemizde birinci basamak çalışmaları ‘‘ Google scholar, Google, TR Dizin ve Pubmed ‘‘ veri tabanları tarandığında aile hekimlerinin çocuk sağlığı alanında, yardımcı ekiple beraber uygulama yapıldığını gösteren bir çalışmaya da ulaşılamamıştır.

Veri tabanlarının taranarak yapıldığı bir sistematik derlemede birinci basamakta aile hekimleriyle beraber çalışan fizyoterapistlerin çocuklarda sadece kas-iskelet sistemine olan katkılarının ötesinde klinik ve sosyo-kültürel semptomların tanımlanması, erken fizik tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesine, bu sayede daha az ilaç kullanıldığına ve birinci basamak sağlık sisteminin bir parçası olması gerekliliğine dikkat çekilerek, özellikle nörolojik hastalığı olan veya solunumun desteklenmesi gereken durumlarda kronik hastalığı olan çocuklarda ailelerle beraber çalışılmasına vurgu yapılmıştır (73).

Yine bir meta analiz (2004-2023 yılları taranmış) sonucuna göre; diyetisyenlerin sağlıklı bir yeme alışkanlığı kazandırılması ve sağlığın geliştirilmesi konusunda kişiye özel sunduğu destekle birinci basamak uygulamalarına katkıları kanıtlarla gösterilmiştir. Sağlıklı yeme alışkanlığı kazandırma, diyabetiklerde kan şekeri regülasyonu, kilo vermeye sundukları destek ayrıca gebelerde kilo alımını sınırlamaya katkıları kanıt düzeyi evre 2 olarak bulunmuştur (74).

5.2. Covid-19 Pandemisinin Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Etkisi:

Pandemi gibi olağan üstü durumlarda birinci basamakta görev yapan hekimlere büyük görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Kendilerine kayıtlı nüfusu tanıyor, hastalıklarını biliyor ve daha kolay ulaşılabilir olmaları ve bazen sadece güveniyor olmaları nedeniyle ailelerin Covid -19 pandemisinde de olduğu gibi herhangi bir semptomda ilk başvurdıkları sağlık kuruluşu aile hekimliği birimleri olmuştur (75).

Bizim çalışmamızda aile hekimlerinin Covid-19 pandemisinin çocuk sağlığına etkileri ile ilgili sorulara verdikleri cevaplarda, hekimlerin %44,5'i ailelerin çocuklarını ASM'ye getirmekte endişe duyduklarını ve bir diğer soruda ise %30,9 oranında pandemi öncesindeki döneme göre verdikleri hizmet kalitesinin düştüğü şeklinde cevapladılar. Bu dönemde aile hekimlerinin sadece %26,8 'i poliklinik başvurularının arttığını belirttiler (Grafik 4.9) .

Ayrıca aile hekimlerinden pandeminin ailelerin tutumlarındaki değişikliği göz önünde bulundurarak çocuk sağlığı uygulamalarını nasıl etkilediğini sorguladığımız sorularla, yeni doğan döneminden itibaren rutin yapılan taramalardan; topuk kanı aldırma veya boy-kilo ölçümü izlemleri, emzirme oranları, çocuklarda malnütrisyon gelişme oranı, görme -işitme izlemleri ve rutin veya rutin dışı aşılarla başvuru durumlarını, GKD (Gelişimsel Kalça Displazisi) tarama oranlarını, otizm spektrum bozukluğu tespiti, konuşma bozukluğu, rutin demir ve D-vitami kullanımı oranını, çocukların psikomotor ve hemogram takibinde bir değişiklik olmadığı diğer taraftan çocuklarda obezite görülme oranının %58,34 oranında kısmen de olsa arttığı ve sosyal-duygusal

gelişimlerinin %45,21 oranında kısmen de olsa azaldığı yönünde cevapladılar (Tablo 4.25).

Yanıt aradığımız bir diğer soruda ise aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı 0-60 ay çocuklarda Covid-19 tanısı alma durumu sorgulandı; çocukların kendisinin tanı alması %68,79, ailesi pozitif olan %33,16 ve sınıf arkadaşları, öğretmenleri, komşusu pozitif olan %21,81 idi (Tablo 4.24).

Birinci basamakta çalışan hekim ve sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda da benzer olarak ailelerin özellikle pandeminin ilk başlarında daha fazla endişe duydukları, zamanla diğer basamak sağlık hizmetlerine başvurmak yerine aile hekimlerine başvurdıkları gösterilmektedir (76, 77).

Ankara’da bu dönemde yapılmış bir çalışmada çalışmamıza benzer olarak bebek ve çocuk izleminin %17,1 (çalışmamızda 24,8) ve aşılamanın %37,4 (çalışmamızda %15,1) oranında azaldığı gösterilmektedir (78).

Tekirdağ’da yapılmış başka bir çalışmada ise yeni doğan döneminden okul çağına kadar olan yaş grubunda aşılar hariç bebek ve çocuk takiplerinde %20’lik bir azalma gözlenmiştir. Aşılama oranlarında, bizim çalışmamızı destekler şekilde bir değişiklik bildirilmemiştir. Aile hekimleri çocukların muayenelerine yeterli zamanı ayıramadıklarını belirtmektedir (79).

Covid -19 virüsünün çocukların sağlıklarına doğrudan etkisi daha sınırlı olsa bile gerek ülke çapında alınan önlemler nedeni gerekse yetişkinlere etkisi nedeniyle çocuk sağlığı hizmetleri ve çocukların gelişimlerine etkisi daha fazla olabilmektedir (80).

İlk beş yaşta çocuklarda yapılmış çalışmalarda Covid -19 öncesi ve pandemi döneminde fazla kilolu ve obez olan çocuklar karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızı destekler şekilde Covid -19 döneminde obezitenin artmış olduğu bildirilmektedir (81,82).

Ankara’da sağlam çocuk polikliniğine başvuran göçmen çocukların da yer aldığı 5036 çocuk değerlendirilmiş ve pandemiyle beraber çocukların izlemlerinde %80,82 oranında

herhangi bir nedene bağlı eksiklik tespit edilmektedir. Bu nedenlerin %75,4'ü Covid-19 nedeniyle ASM'ye gelememe nedeni gösterilirken, %1,44(n:73)'ünün gelişim izlemlerinde eksiklik, %31,5(aşı reddi %12,3)'inin aşıları eksik bulunurken, %72,6'sının kalça ultrasonografisinin yapılmadığı, %78,1'inin demir profilaksisi ve %41,1'inin D-vitamini almadığı gösterilmektedir (83).

Japonya'da yüksek gelirli bir grupta yapılmış bir çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak 1, 3, 5 yaşındaki çocuklara pandeminin etkisi değerlendirilmiş ve ailelerin evde olmasına bağlı olarak çocuklarla bire bir etkileşimin artmasına bağlı olarak 1 yaştan 3 yaşa kadar olan grupta pandeminin negatif bir etkisi olmadığı hatta motor gelişimde, manipülasyonda, dil gelişiminde, yetişkinlerle ve çocuklarla olan sosyal ilişkilerde pozitif etkisi olduğu bildirilmektedir (84).

5.3. Anne Sütünü Koruma, Emzirme Oranlarını Arttırma Girişimi ve Bebek Dostu Birinci Basamak:

Ülkemizde anne sütü ve emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi amacıyla, sağlık bakanlığı ve UNICEF iş birliği ile 1991 yılından beri "Anne sütünün teşviki ve bebek dostu sağlık kuruluşları programı" devam etmektedir. Ülkemizde beş yaş altı bebeklerin hayatlarının bir döneminde emzirilme oranı 2018 TNSA verisine göre %98 ve ilk 2 yaştaki bebeklerin ilk bir saat içerisinde emzirilme oranı %71'dir. Bu sonuçlar ülkemizde kadınların emzirmenin önemine inandıklarını gösterebilir. Diğer verilere bakıldığında da bebeklerin 4-5. ayda sadece anne sütü alımı %14'e düştüğü, ilk bir yaşa kadar ara ara emzirmenin %66 olduğu ve ilk 2 yaşta emzirilmeye devam eden bebek oranı %34 olarak bulunmaktadır (56).

Çalışmamızın anne sütünün korunması ve emzirmenin desteklenmesi ile ilgili bölümünde aile hekimlerine ilk olarak gözlemlerine göre emzirme oranlarıyla ilgili tahminleri soruldu; buna göre anneler ilk 6 ayda $80,21 \pm 17,24$ ve ilk iki yaşta ise $55,43 \pm 22,98$ oranında emziriyorlardı (Tablo 4.4). Aile hekimlerinin bir kısmının emzirme oranlarını bilmemeleri ve standart sapmanın bu kadar yüksek olması aile

hekimlerinin emzirme konusunda standart bir eğitim almamış olduklarını ve desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Başka bir sorumuzda ise aile hekimlerinin veya beraber çalıştıkları aile sağlığı elemanının “ Emzirme Danışmanlığı ” belgesi bulunma oranı %90,78 ve çalıştıkları birimin “ Bebek Dostu Aile hekimliği Merkezi ” olma durumu %98,4 ‘dü.

Anne sütünün korunması ve emzirme oranlarının artırılması için neler yapılmalıdır sorusu cevap aradığımız bir diğer soruydu. En fazla %71,1(n:401) “ Aile hekimleri veya aile sağlığı çalışanı annelere emzirme eğitimi vermelidir” ve ikinci olarak %63,48(n:358) oranında “Emziren annelerin ulaşabileceği online platformda destek sağlanmalıdır” ve %56 oranında eğitim verecek ekibin eğitilmesi gerektiği cevapları verilmektedir.

Bu soruda “diğer” seçeneği ile aile hekimlerinin varsa önerilerini açık uçlu olarak cevaplamalarını istedik, 46 kişi önerilerde bulundu (Tablo 4.5). Bu öneriler gruplandırıldığında;

1. Gebe okullarının sürekli ve yaygın olması ve katılımın zorunlu olması gerektiği,
2. Bilinçli mama kullanımı konusunda bilgi eksikliği olduğu vurgulandı; pediatristlerin mama başlama kararını hızlı verdiği ve bu nedenle ailelerin aile hekimlerinin emzirmeyi destekleme çabalarının boşa gittiği, doğum yapılan hastaneden annelerin elinden mama ile geldiği, reçetesiz mama satışının engellenmesi gerektiği yönünde düşüncelerini ifade ettiler.
3. Halka okullarda ve sonraki süreçte halk eğitimleriyle anne sütü ve emzirme derslerinin verilmesinin gerektiği vurgulandı.
4. Annelerin ve aile bireylerinin sosyal medya, kamu spotu veya ulusal kanallar aracılığıyla desteklenmesi gerektiği
5. Tüm sağlık personelinin daha ciddi bir eğitimden geçirilmesi gerektiği
6. Gebelere ve bebek takiplerine ayrılan sürenin artırılması
7. Kadınların emzirmesinin destelenmesi ve ödüllendirilmesi öneriler arasındaydı.

Kanada ve Amerika’da yapılan çalışmalarda üç branşın asistanlık müfredatında yer almasına rağmen bilgi düzeyleri ve uygulamada hekimler arasında büyük farklılıklar

olduğu gösterilmiştir. Amerika’da yapılan iki çalışmada katılımcıların %50’sinin (aile hekimlerinin, pediatriistlerin ve kadın doğumcuların) asistanlık eğitimleri esnasında verilen emzirme danışmanlığı eğitiminin yetersiz olduğu gösterilmektedir (85,86).

Aile hekimleri, pediatriistler ve kadın doğumculardan oluşan asistan gruplarına verilen emzirme eğitimi süresi arttıkça hekimlerin yeterlilik algılarının arttığına ve uygulama pratiklerine yansiyarak bu merkezlerde, altı ay sonra sadece anne sütüyle emzirme oranlarında belirgin bir artış olduğu gösterilmiştir (85,87).

Emzirme eğitiminin tümünün yatak başında yapılmasının çok vakit alacağı, yoğun iş yükü ve hekimler arasındaki emzirme bilgi ve uygulama düzeyi farklılığı göz önünde bulundurularak üç branş asistan doktorları, diğer ilgilenen hekimler ve yeni doğum yapmış aileler için emzirme eğitiminin video tabanlı bir eğitim modeli önerilmektedir (88).

İran’da yapılan bir çalışmada 28-32 haftalık gebeler iki gruba ayrılmış ve müdahale grubundaki gebelere Telegram uygulaması üzerinden haftalık olarak gebeliklerinin 32-37. haftalarında emzirme eğitim paketi değerlendirilmiştir. İki grup arasında annelerin emzirme konusunda güçlendirilmelerinin gerekliliği ve 6. aydaki sadece anne sütü ile emzirme oranları karşılaştırıldığında müdahale grubunda emzirme artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır (89).

Yeni doğum yapmış olan annelere emzirme danışmanlığı verecek olan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının eğitim öncesinde genel bilgi düzeylerinin sorgulandığı bir çalışmada aile hekimleri “Anne sütünün önemi” ve “Meme reddi” sorularına en fazla doğru cevap verirken “Emzirmeyi değerlendirme” konusundaki sorulara en fazla yanlış cevap vermişler ve sonuç olarak aile sağlığı elemanlarının anne sütü hakkındaki bilgi düzeylerinin aile hekimlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmektedir (90).

Edirne’de yapılan başka bir çalışmada ise İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü tarafından hazırlanan anne sütü ve emzirme ile ilgili 20 dakikalık bir eğitim görseli ve araştırmacı tarafından önemli noktaların özetlenerek gebelere birer kez eğitim verilmiş ve sonuçta müdahale ve kontrol grubu arasında ilk altı ay sadece anne sütü alımında bu

eğitimi alan ve almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (91).

İstanbul’da dört farklı ASM’ye kayıtlı gebe ve yeni doğum yapan annelere toplu eğitim verilerek planlanan çalışmada gebelik döneminden başlanarak eğitim verilmiş 6. ayda hem müdahale hem de kontrol grubuna telefonla ulaşılmış ve sadece anne sütü verme oranları %42,9 olduğu gösterilmiştir ve istatistiksel olarak kontrol grubu ile müdahale grubu arasındaki fark anlamlı bulunmaktadır (92).

5.4. Ailelerin Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuru Nedenleri:

Birinci basamakta ailelerin sıklıkla başvuru nedenlerine bakıldığında çocuklarda öksürük, burun akıntısı, döküntü-kızarıklık, ateş, nefes almada zorluk, kulak ağrısı, gastrointestinal sorunlar, boğaz ağrısı ve yaralanmalar karşımıza çıkmaktadır (93).

Bizim çalışmamızda aile hekimlerine sorduğumuz ailelerin en sık başvuru nedenleri arasında birinci sırada ‘’aşılar’’ yer almaktadır, bu aile hekimliği uygulamalarında performansa da girmesi nedeniyle ailelerin çocuklarını ASM’ye en sık getirme nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer nedenlere baktığımızda yapılan çalışmalarda da bahsedildiği gibi ateş, burun akıntısı ve öksürük tespit edilmiştir. En az danışmanlık alınan konulara baktığımızda oyuncak seçimi ve zehirlenmeler karşımıza çıkmaktadır (Tablo 4.7).

Ülkemizde yapılmış çalışmalarda ailelerin aile hekimliği birimlerine/merkezlerine çocukları getirme sebeplerini gösteren kapsamlı bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu nedenle ailelerin çocuklarını hastalık nedeniyle ASM’ye getirme ve çocuk acil servise getirme sebepleri ve ailelerin rahatsızlanan çocuklarına sağlık hizmeti arama davranışları değerlendirilmektedir.

İzmir’de yapılan bir çalışmada 0- 5 yaş grubundaki çocukların aileleriyle görüşülerek veriler toplanmış, çocuklarını hasta olarak değerlendirdikleri süreçte ilk olarak evde kendilerinin çare aradığı, hekime başvurmayı düşündüklerinde ilk aile hekimine

başvurmak istediklerini belirtenlerin oranı %92,1'di. Hekime başvuruyu çabuklaştırabilecek nedenlere bakıldığında bulantı-kusma, ishal, döküntü, ağrı, öksürük, beslenme bozukluğu ve burun akıntısının aksine ateş olması durumunda çok daha hızlı başvuru yapıldığı gözlenmektedir (94).

Çocukları hasta olduğunda ailelerin bir diğer tercihleri çocuk acil servisleri olmaktadır. Bu nedenle yapılan bu çalışma incelenmiş ve başvurularda daha çok 1 ay – 6 yaş grubundaki çocukların pediatri acil sevisine götürüldüğü, başvuru sıklığının yaşla giderek azaldığı gösterilmiştir. En sık başvuru nedeni %44,24 oranıyla enfeksiyona (en sık ateş %22,3 ve öksürük %16,4) bağlı nedenler, sırasıyla ağrı (boğaz ağrısı ve kulak ağrısı) %17,8 ve gastrointestinal nedenler (bulantı/kusma % 9.6 ve ishal% 14.5) ilk 3 sırada bulunmaktadır (95).

Diğer çalışmada ise bir üniversite hastanesi çocuk acil servisine başvuran çocukların ailelerinin öncesinde aile hekimliği merkezlerine başvuru durumları araştırılmıştır. Acil başvurusu olan ailelerin %83,12'sinin öncesinde aile hekimliği merkezlerine başvurmamış ve en sık başvuru nedeni solunum yolu enfeksiyonları olduğu gösterilmektedir (96).

Bizim çalışmamızda aile hekimlerinden en az danışmanlık alınan bir konu olması nedeniyle oyuncak seçimi ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında, ailelerin oyuncak alırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini bildiklerini ifade etme oranı %68,3 olarak gösterilmektedir (97).

Başka bir çalışmada ise ailelerin oyuncak seçiminde aşılarla da olduğu gibi sağlıkla ilgili güvenilir bilgilerin olduğuna inandıkları kaynaklardan, ailelerinden, arkadaşlarından, çocuk doktorlarından ve internetten edindiği gösterilmektedir (98).

Her ne kadar bizim çalışmamızın sonucuna göre ailelerin ihtiyaç duymadığı bulunsada da birinci basamakta çocuk sağlığı alanında çıkarılan kılavuzlarda çocukların yaşına uygun, zihinsel ve hayal gücünü, yaratıcılığı besleyen, sağlığa uygun alınması gereken oyuncakların eğitimciler veya sağlık çalışanlarının özellikle erken çocukluk döneminde

çocuklarının yaşlarına ve gelişimlerine uygun önerilerde bulunmaları önerilmektedir (99).

5.5. Bebek ve Çocukların Nöromotor Gelişimlerini Değerlendirme:

Amerikan Pediatri Akademisi yeni doğan döneminden itibaren bebek ve çocukların yakından izlenmesi gerektiğini ve özellikle 9. 18. ve 30. aylarda standardize bir ölçekle gelişimlerinin değerlendirilmesini önermektedir[100]. Aynı şekilde DSÖ'nün birinci basamakta çocuk sağlığı önerileri arasında da bebek ve çocukların gelişimlerinde bir değerlendirme aracı kullanımı önerilmektedir (9).

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından birinci basamakta çocuk sağlığı hizmeti veren tüm hekimlerin kullanması için 'Bebek, Çocuk ve Ergen ' protokolleri kitapçığını çıkarılmıştır. Bu protokoller kitapçığı ve içinde yer alan Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi (GIDR) ile çocuk sağlığında standart bir izlem yapılması hedeflenmektedir.

Biz de çalışmamızda bu önerilerin ne kadar bilindiğini ve uygulanma durumunu birkaç soruyla sorguladık. Aile hekimlerinde 'Bebek, Çocuk ve Ergen ' protokolleri kitapçığını bilinmeme oranları %18'di. GIDR'in veya farklı bir ölçeğin kullanım durumuyla ilgili 'Polikliniğin yoğun olması nedeniyle uygulayamadığını belirtenlerin oranı %42 ve GIDR veya başka bir ölçek kullandığını belirtenlerin oranı ise %30,8 idi (Tablo 4.3). Bir diğer sorumuz ise otizm spektrum bozukluğu taramasının 0-60 ay bebek ve çocuklarda rutin olarak yapılma durumuydu. Aile hekimlerinin %74,82'ü 'Evet' cevabını verdiler (Grafik 4.4).

Ülke çapında yapılmış bir çalışmada 'Bebek, Çocuk ve Ergen ' protokollerinin bilinmeme oranı %26,1 iken 'Sağlam çocuk izleminde kullandığınız herhangi bir algoritma/rehber var mı?' sorusuna 'evet' diyenlerin oranı %65,4 olduğu bildirilmektedir (67).

Eskişehir’de aile hekimliği uzman ve asistanları arasında yapılmış bir çalışmada gelişimsel tarama testi uyguladığını belirtenlerin oranı %5,9, nöromotor gelişimi değerlendirmesi yapmadığını belirtenlerin oranı ise %18’di (101).

Yapılan başka bir çalışmada ise aile hekimlerine sorulan sizce ‘‘ASM’de Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı konulması mümkün mü?’’ diye sorulmuş, %82,8 mümkün olduğunu ve tarama için bir ölçek kullanıldığını belirtenlerin oranı ise %59,9 idi (68).

Gerek bizim çalışmamızın sonucu gerek diğer yapılmış çalışma sonuçlarına baktığımızda bebek ve çocukların gelişimi için her ne kadar sağlık bakanlığı protokolleri belirlemiş ve gerekli ölçekleri yayınlamış olsa da henüz bu konuda birinci basamakta çocuk izlemine yönelik standardizasyon sağlanmış görünmemekte, hekimler çocuk izlemi ve ölçeklerin kullanımı konusunda yeterli eğitimi aldıklarını düşünmemekte ve kendilerini yeterli görmemektedirler (67,101,102).

5.6. Kronik Hastalığı Olan Bebek-Çocuk İzleminde Aile Hekimlerini Zorlayan Durumlar:

Yapılan çalışmalar son yıllarda çocuklarda kronik hastalık/durumda artış olduğunu bildirmektedir. Amerika’da bu oranın %25 en az bir ve %6 birden fazla kronik hastalıklı çocuk olduğu yönündedir (103). Madrid’de yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamakta sağlık verileri taranarak yapılan çalışmada 18 yaş altında 2961 çocuğun %15,72’sinde kronik hastalık tespit edilmiştir (104). Ülkemizde ise kronik hastalığı olan çocuk sayısı verilerine ulaşamamıştır.

Çalışmamızın pilot çalışmasında yer almasına rağmen çıkardığımız sorulardan birisi aile hekimlerine kayıtlı nüfuslarında kronik hastalığı olan çocuklarını sorduk bu cevabı net olarak bilmediklerini, sistemlerinde kayıtlı olmadığını belirttiler. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın kronik hastalık modülünde (HYP: Hastalık Yönetim Platformu) henüz çocuk yaş grubu için veri giriş alanı bulunmamaktadır (52).

Çalışmamızda aile hekimlerine sorduğumuz bir diğer soru ise ‘‘Kronik hastalığı olan çocukların izlemlerinde sizi en çok zorlayan durumlar nelerdir?’’ idi. Bu soruya aile

hekimlerinin %63,65'i ilgili branş doktoruyla irtibata geçmekte zorlandığını, %45,04'ü çocuğun ihtiyacına göre belirlenecek sağlık ekibiyle organizasyon sıkıntısı yaşadıklarını, %24,29'u uygulanacak aşılamalarda kararsız kaldığını, %23,76'sı beslenme ve gelişim izlemlerinde yaşanan zorluk olduğunu belirtti. Hekimlerin sadece %7,98'i kendisine kayıtlı kronik hastalığı olan çocuk olmadığını belirtti (grafik 4.5).

Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan çocukların yönetiminde multidisipliner yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır. Son yayınlarda çocukların hastalıklarına yönelik özel merkezlerin kurulması gerektiğine değinilmektedir. Örneğin sadece obezitesi veya pulmoner hipertansiyonu olan çocuklara yönelik tüm ihtiyaçlarının karşılandığı içerisinde uzman doktor, hemşire, diyetisyen, fizyolog, solunum fizyoterapisti, sosyal hizmet uzmanı, kardiyolog, göğüs hastalıkları uzmanı, genetik uzmanı, psikolog gibi ihtiyaca göre diğer uzmanların da dahil olabileceği özel merkezlerden bahsedilmektedir (105,106).

Aynı zamanda çocuğun medikal ve sosyal ihtiyacına göre tasarlanmış sağlık sistemiyle sorunlarını kendisinin çözebildiği ve bu durumdan sağlığının da olumlu etkilendiği gösterilmektedir (107).

Ülkemizde yapılmış başka bir çalışma bizim sonuçlarımıza benzer şekilde aile hekimlerinin engelli ve kronik hastalığı olan hastalarla ilgili destek gereken durumlarda ilgili branş doktoruyla iş birliğinde zorlanıldığı belirtilmektedir. Ayrıca özel gereksinimi olan bu grubun sağlık kuruluna sevkı yapıldığında yerel yönetimler veya sağlık bakanlığı kanalıyla yardım ve takibinin yapılması gerektiğine değinilmiştir (25).

Çalışmamıza göre aile hekimlerinin kronik hastalığı olan çocuklarla ilgili yaşadığı zorluklar bu konuda görevlendirilmiş ekibin olmamasından veya bir arada görev yapamamasından kaynaklanmaktadır. Daha öncelikli konu ise ülkemizde kronik hastalığı olan çocuk sayısı verilerine ulaşamamasıdır. En azından sayılarla bu çocukların görünür kılınması, güçlendirilmesi ve kendi sağlık sorunlarıyla kendilerinin başa çıkabileceği şekilde sağlık sistemlerinin düzenlenmesi gerekmektedir.

5.7. Aile Hekimlerinin Çocuk Hastaların Sevk/Konsültasyonlarında Yaşadıkları Zorluklar:

Türkiye genelinde birinci basamak sağlık sistemlerinden ikinci veya üçüncü basamağa sevk zinciri uygulaması vardır ama kayıtlar yeterince düzgün tutulmadığı için ve hangi ASM'nin hangi hastaneye sevk edebileceğine dair bir plan olmadığından doğru uygulanamamaktadır. Bu nedenle bir aile hekimi bir hastasını sevk etmek istediğinde nedenini hastanın eline yazılı olarak vermekte bundan sonraki süreç hastanın inisiyatifinde ilerlemektedir (20).

Çalışmamızda aile hekimlerinin çocuk hastaların sevk/konsültasyonlarında zorluk yaşadığı durumları sorguladık; %74,11(n:418)'ü "Ailelerin randevu alamaması veya konsültasyona çocuğu götürmemesi" olarak cevaplar alındı ve sırasıyla, %69,68 (n:393) oranında "Hastane ve ASM sistemlerinin entegre olmaması"nı, %52,66 (n:297)'sı ise "Konsültasyon sonuçlarının yazılı olarak ulaşmaması" olarak belirtti. En az seçilen cevap ise %5,85 (n:33) oranında "Zorluk yaşamıyorum " oldu (Grafik 4.6).

Yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer çalışmadan ziyade birinci basamak için öncelikli sorun olarak gösterilen sevk zincirinin neden başlaması gerektiğiyle ilgiliydi.

Uygulanabilir bir sevk süreci için her ASM'nin entegre olduğu, konsültasyon isteyebileceği bir hastane olması gerektiği ve o hastanenin doktor açığının olmaması gerektiği, sevk edilip gitmeyen hastalardan ciddi katkı payı alınması gerektiği ve diğer taraftan sevki olmadan 2. ve 3. Basamağa giden hastaların da mağdur edilmemesi gerektiği gibi çözümler önerilmektedir (23).

Başka bir çalışmada engelli hastaların sevkinde ve takibinde ilgili branş doktorlarıyla iş birliğinin önemine vurgu yapılmıştır. Aile hekimliğinde yapılması planlanan sevk sadece branşın seçilmesi, hangi hastaneye hangi doktora gitmek istediklerine hastaların karar vermesi gerektiği belirtilmiştir (25). Diğer taraftan hastaların sevklerinin olması ve gittiklerinde bakılacaklarının bilinmesi sevki işler hale getirecektir.

5.8. Aile Hekimlerinin Fiziksel ve Cinsel İstismar Vakalarına Yaklaşım Tecrübeleri:

Çocuk istismarı tüm dünyada görülen bir çocuk hakkı ihlalidir. DSÖ 2020 verilerine göre her 2 çocuktan 1'i herhangi bir çeşit istismara maruz kalmakta, yaşları 2-4 yaş arasında olan 4 çocuktan 3 'ü (yaklaşık 300 milyon) aile veya bakıcı tarafından fiziksel veya psikolojik bir şiddete maruz bırakılmakta, 5 yaş altında her 4 çocuktan 1'i eşi tarafından şiddete maruz kalan bir anne ile yaşamakta ve 20 yaş altı 120 milyon çocuk ve genç kadın cinsel istismara maruz kalmaktadır (108).

Çocuklarla ilk temas eden hekimler olmaları nedeniyle ihmal/istismar şüphesi ve önleme, bildirimde bulunma noktasında aile hekimlerinin bu hassas konuya yaklaşımları tıpkı öğretmenler gibi önem arz etmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerine istismar vakalarında yaşadıkları zorlukların neler olduğunu sorduğumuzda %63,12 (n:356) gibi yüksek bir oranda deneyimlerinin olmadığı cevabı verildi. Bildirim yaptıktan sonra kendisinin ve beraber çalıştığı sağlık personelinin güvenliğinden endişe duymak %23.58, çocuktan ve aileden öykü almada yaşanan zorluk %20.39, çocuk koruma servislerinin etkin bir şekilde çalıştığına dair şüphe %18,09 ve istismar vakalarını tanımakta zorlanırım diyenlerin oranı ise %8,16 idi. Alo 153'ü aramaya veya üst kuruma ihbar etmeye çekinirim diyenler %7,62'sini oluşturmaktaydı, diğer taraftan çocuk ve aileyle kurduğum bağ ihbar konusunda beni düşündürür diyenlerin oranı ise %4,43 (n:25) ve zorlanmıyorum diyenlerin oranı ise %7,98 (n:45) idi (Tablo 4.10).

Karabük'te yapılan bir çalışmada sonuçlar bizim sonuçlarımızı destekler şekilde bulunmuş, aile hekimlerinin %65,5'i ihmal veya istismar şüphesi veya olgusu ile karşılaşmadığını belirtmiştir. Karşılaşılan vakalarda ise aile hekimleri öykü alma ve fizik muayenede zorlandıklarını bildirilmektedirler (109).

Adana'da aile hekimleriyle yapılmış başka bir çalışmada, bizim çalışma sonucumuza benzer olarak %60,8'i ihmal ve istismar vakasıyla karşılaşmadığını belirtmektedir. İhmal /istismar vakasıyla karşı karşıya kalan hekimlerin sadece %44,2'si adli vaka olarak bildirimde bulunduğunu, bildirim yapmayan hekimlerin %27'si bildirim

konusunda bilgisinin yetersiz olduğunu, %21,6'sı bildirim yaptıktan sonra çocuğun hayatının olumsuz etkileneceğini düşündüğü için bildirim yapmadığını, %21,6(n:8)'sı şüphesinden emin olamadığını veya vakayı tanımakta zorlandığı için bildirim yapmadığını ve %13,5(n:5)'i ise bizim çalışmamızda hekimlerin yaşadığı endişeye benzer şekilde çocuk koruma programlarının efektif şekilde çalıştığına dair şüpheleri olduğunu; bildirim yaptığında sosyal hizmetlerin konuya ilgisiz kalacağını düşündüğü için bildirim yapmadığını bildirmiştir (110).

Türkiye'de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirildiği bir derlemede; bütüncül, kapsamlı, çocuğun üstün yararının gözetildiği ve tüm kurumların entegre olduğu bir çocuk koruma politikasının ve sisteminin olmadığı belirtilmektedir. Ayrıca çocuğun korunmasına yönelik bütçe olanaklarının yetersizliği, uygulamalarda bilimsel yönetim ilkelerinin takip edilmediği, meslek elemanı sayısının yetersizliği temel sorunlar arasında sayılmaktadır. Bu konunun daha profesyonel bir şekilde ele alınarak ilgili meslek elemanlarının ek eğitimlerle güçlendirilmesi gerektiği, personel sayısındaki yetersizlik için yapılacak ödemelerin teşvik edici olması gerektiği, personelin niteliğinin yükseltilmesi gerektiği, tüm ailelerin ihmal ve istismardan çocuklarını nasıl koruyacaklarıyla ilgili eğitilmeleri gerektiği ve riskli ailelerin evlerine yapılacak ziyaretlerle çocuk ihmallerinin önlenebileceği düşünülmektedir (111).

5.9. ASM'lerde Çocuklar için Bekleme Alanlarında Kitap, Oyuncak veya Oyun Alanı:

Oyun, oyuncak ve kitaplar çocukluk döneminde sosyal, bilişsel ve duygusal becerilerin geliştirilmesi için çok önemlidir. Ayrıca çocukların hastalık veya tedavi nedeniyle sağlık merkezine geldiği durumlarda stresin azaltılmasına yardımcı olarak normalleşmeye yardımcı olması nedeniyle son çıkarılan DSÖ ve birinci basamak çocuk sağlığı rehberlerinde sağlık merkezlerinde oyuncak ve kitap bulunması, ulusal kılavuzlarda buna yönelik düzenlemelerin yer verilmesi önerilmektedir (9,112).

Çalışmamızda aile hekimlerine ASM'lerde bekleme alanında kitap, oyuncak veya oyun alanını ihtiyaç olarak görüp görmediklerini sorguladık, cevaplarda en fazla %57,09 oranında hijyen sorununu çözmenin sorun olacağı ve bu nedenle kararsız oldukları ve %35,46 oranında çok uzun süre beklemedikleri bu nedenle ihtiyaç olarak görmedikleri

yanıtları alınmıştır. Diğer taraftan finansman sorunu çözülürse iyi olacağını düşünenler %29,43'ünü, kitap ve oyuncakları eve götürebilecekleri endişesini yaşayanların oranı %27,30'unu ve her yaş grubuna göre farklı düzen gerekeceğini düşünenler %22,87'sini oluşturmaktaydı (Tablo 4.11). Doğrudan sormadığımız için bu oranı net olarak bilememekle diğer şıkkı işaretleyerek açıklama yazanlardan %1,4 (n:8)'ü ASM'de oyun alanı olduğunu belirtti (Tablo 4.12).

DSÖ'nün 2022 yılında çıkardığı "çocuklar için birinci basamak" adlı kitapta da yer aldığı gibi çocuk dostu aile hekimliği merkezlerinin tasarımında çocuklar için eğlenceli, onların rahat edebileceği içerisinde oyuncakların, kitapların, kağıtların, boya kalemlerinin, tebeşirli kara tahtanın olduğu ve farklı yaş grubundan çocuklar için ayrı oluşturulmuş bekleme alanlarının bulunması tavsiye edilmiştir (9).

Birinci basamakta çocuk sağlığı önerilerinde her ne kadar bekleme alanında çocuklar için oyun ve eğlence alanı tavsiye edilse de bu alanda yapılmış bir çalışma bulunamadı. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ve her çocuğun oyuncağa erişim fırsatının olmadığı ülkelerde sağlık çalışanları çocukların oyuncağa erişimi için savunuculuk yapmalı ve çalışılan merkezlerde oyuncak ve kitap bulundurarak ilk 60 ay çocukluk dönemine bir katkı sağlayabilirler.

5.10. Aile Hekimlerinin Çocuklara Antibiyotik ve İlaç Reçete Etme Deneyimleri:

Türkiye'de birinci basamakta antibiyotik kullanım oranlarına bakıldığında 2019 yılında birinci basamakta sistemik antibiyotik yazılma oranı 12 DID iken, "ikinci sıra" (sefalosporin grubu) antibiyotik yazılma oranı 29.2 DID ile veri gönderen ülkeler arasında Kore'den sonra ikinci sırada yer almaktadır (60).

DSÖ'nün akılcı olmayan ilaç kullanımında vurguladığı noktalar arasında; bakteriyel olmayan enfeksiyonlar için antibiyotik kullanımı, ilaçların uygun olmayan dozlarda kullanımı, klinik kılavuzlara uygun olmayan şekilde ilaç reçete edilmesi, kendi kendine ilaç kullanmaya başlamak veya reçeteye doz değil sadece ilaç yazılması sayılmaktadır (113).

Çocuklarda akılcı olmayan ilaç kullanımı gereksiz ilaç kullanımına, tedavi başarısızlığına, toksisiteye ve birden fazla kullanılan ilaç olması durumunda ilaç etkileşimine neden olmaktadır. Başlıca sorun bebek ve çocuklarda ilaç doz hesaplamalarının yetersiz olması, etik nedenlerle etkinlik ve güvenilirlik çalışmalarının azlığı veya yokluğu ve ilaç kupürlerinde çocuklar için detaylı bilgilendirmenin olmamasıdır. Çoğu ilaç pediatrik grupta mg/kg olarak veya vücut alanına göre hesaplanmamaktadır (114).

DSÖ akılcı ilaç kullanımı konusunda önerilerinden birisi halk eğitimi; halkın sağlık okur yazarlığını arttırarak, gereksiz ilaç isteğinin önüne geçilmesidir. Ayrıca antibiyotik direnci ve çocuklarda henüz gelişmekte olan bedenlerine gereksiz kullanılan ilaçların zararları anlatılmalıdır (113).

Çalışmamızda ilk olarak aile hekimlerinin %50'si ailelerin ASM'ye en sık başvuru nedenleri arasında "Antibiyotik yazdırma"nın yer aldığını belirtti.

Bir diğer sorumuzda aile hekimlerinden ailelerin çocukları için antibiyotik kullanım durumlarını değerlendirmeleri istendi. En sık verilen cevap %71,28 ile çocukları ateşlendiğinde antibiyotik isteklerinin arttığı, 2. en sık verilen cevap %56,03 evde yedek antibiyotik bulundurmak amaçlı isteklerinin olması ve 3. sırada %35,28 oranında önceki yıllara göre ailelerin antibiyotik isteklerinin azalması belirtildi. Daha az verilen cevaplar ise şekildeydi; %16,13 semptom gerileyince antibiyotik kullanımını yarıda bıraktıkları, %14,54 oranında doktor reçete etmesi durumunda antibiyotik aldıkları, ekstra istekleri olmadığı ve en az seçilen cevap %3,01 oranında çocuklarına antibiyotik kullanmak istemedikleriydi (Tablo 4.13).

Bu başlık altında cevap aranan diğer soru "Aile hekimlerinin çocuk hastalarda ilaç dozu ayarlama, reçete etmede zorlanma durumları" idi. Verilen cevaplarda en sık %72,52 oranında zorlanmadıkları, buna en yakın cevap ise %15,25 oranında kronik hastalığı olan çocuk hastalarda zorluk yaşadıklarıyla ilgiliydi. Kilo ve yaşa göre ilaç dozu ayarlamakta zorlandığını belirtenlerin oranı %9,22 ve doz ve yan etki gibi durumlar nedeniyle reçetelerin bir klinik farmakolog onayından geçmesi gerektiğini düşünenlerin oranı ise sadece %8,87 idi (Tablo 4.7).

Çocuklarda antibiyotik kullanımıyla ilgili ailelerin tutumunun değerlendirildiği bir çalışmada ebeveynlerin çocukları her hasta olduğunda %55,5 (n:111) oranında antibiyotik kullandıkları gösterilmiş ve en sık boğaz ağrısı, ateş, bronşiolit, ishal ve kusma durumlarında antibiyotik kullandıkları tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %4,5'i sadece doktor önerisi dışında antibiyotik kullandıklarını, bunun yanında %40,5 oranında doktora götürmeden evdeki ilaçları kullandıklarını fakat %95,5 evde antibiyotik bulundurmadığını belirtmiştir (115).

Ankara'da bir üniversite hastanesinin çocuk hastalıkları polikliniğinde yapılmış bir çalışmada 18 yaş altında çocukları olan ailelerin antibiyotik kullanımlarıyla ilgili yapılmış bir çalışmada ailelerin %15,7'sinin çocukları her ateşlendiğinde antibiyotik kullanması gerektiğini ve %37'sinin viral nedenli enfeksiyonları antibiyotikle tedavi edilebildiğini düşündüğü gösterilmiş ayrıca %6,3'ü pediatristlere antibiyotik reçete ettirmek için baskı yaptığını kabul ettiği, diğer yandan % 85,6'sının çocuğu ateşlendiğinde doktoru antibiyotik reçete etmezse kullanmadığını % 80,9'u evde bulunan ve daha önce kullandığı antibiyotiği çocuğunda yeni bir enfeksiyon geliştiğinde kullanmadığını belirtiyordu (116).

Denizli'de birinci basamakta yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %13,1'i çocuklarına her ateşlendiğinde antibiyotik verdiklerini, %28,2'si ise soğuk algınlığı, grip, nezle gibi durumlarda antibiyotik kullandığını belirtilmiş ve son 1 yıl içerisinde çocuklara %70,4 oranda, en sık olarak üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle antibiyotik verildiği belirtilmektedir. Doktorlarından çocuğu hasta olduğunda antibiyotik yazmalarını talep etme oranı ise %30,8 olarak bulunmuştur (117).

Mardin'de yapılmış bir çalışmada ebeveynlerin %10,6 'sının evde bulunsun diye antibiyotik yazdığını gösterilmektedir (118).

İstanbul'da yapılan bir çalışmada ailelerin doktora başvurmadan önce çocuklarına ilaç verme durumlarına bakılmış herhangi bir semptom başladığında çocukların %46,2'sine bir ilaç başlandığı bunların %19, 1'inin(tüm çocuklar olarak düşünüldüğünde bu oran %8,8) antibiyotik olduğu tespit edilmiştir (119). Yapılan bu dört çalışmada ailelerin

evde antibiyotik bulundurma nedeniyle reçete ettirme oranı bizim çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamıza benzer şekilde aile hekimlerine ilaçlarla ilgili bilgilerini yeterli hissetme durumları sorgulandığında özel durumlarda (gebelik ve çocuk dozlarında) bilgi düzeylerini çoğu orta ve iyi olarak değerlendirmektedir (120).

Hala antibiyotik kullanımı çok yüksek olan ülkemizde bu oranı azaltmaya yönelik mevsimsel grip aşısı, menenjit aşısı gibi aşılar rutin çocuk aşılama programına alınmalıdır.

5.11. Aile Hekimlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Deneyimleri:

Erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ) tanım olarak 5 yaş altında gözlenen diş çürükleri için kullanılmaktadır. Tedavi edilmediğinde ağrıya, yeme isteksizliğine, kilo kaybına, gelişme geriliğine hatta süt dişlerin çürümesine bağlı olarak artan bakteri nedeniyle kalıcı dişlerinde çürümesine neden olabilmektedir (121).

Dünya çapında yapılmış olan çalışmaların tarandığı bir meta analiz sonucuna göre süt dişlerinde çürük prevalansı %46,2 olarak bulunmuştur (122). Bu oran DSÖ verilerinde 3-5 yaş grubu çocuklarda ülkelere göre çok farklı prevalansta bildirilmektedir. Amerika'da %40 olan bu oran, Avrupa verilerinden daha yüksektir (123).

Sağlık istatistikleri verilerine bakıldığında 2019 yılında 0-6 yaş grubunda son 6 ay içerisinde ağız ve diş sağlığı sorunu görülme oranı %6,4 olarak bildirilmiştir (124).

Türkiye genelinde 2004 yılında yapılmış bir çalışmada 5 yaş grubunda diş hekimine gitmeme oranı %82,1, çürüğü olmayanların oranı %30,2, çürük diş sayısı 3,6 ve DMFT (çürük kayıp ve dolgulu diş) 3.7(önerilen 3 ün altında olması) olarak bulunmuştur. Ağız ve diş sağlığında koruyucu bakım gereksiniminin çok fazla olduğunu başka bir deyişle yeterli ağız ve diş sağlığı bakımının verilmediğini göstermektedir (125).

Ülkemizde birinci basamak sağlık sistemleri içerisinde ağız ve diş sağlığı konusunda rutin diş hekimi kontrolü uygulaması yoktur, 2-12 yaş grubu için 3 ilde (Eskişehir, Karabük, Kırşehir) 28.04.2022 yılında pilot uygulama başlatıldığına dair bir duyuru bulunmaktadır (126).

Diş hekimi sayısının yetersiz olduğu veya yeterli ve rutin diş hekimi kontrolünün yapılamadığı ülkeler için, ağız ve diş sağlığı için çocukları daha sık ve erken dönemde gören aile hekimlerinden destek beklenmektedir (27,127).

Bu nedenle çalışmamızda aile hekimlerinin çocuklara ağız sağlığı önerilerini sorguladık %20,92'si sadece rutin olarak çocukların dişlerini kontrol ettiğini bildirirken, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı diş hekimi var yönlendiriyorum diyenlerin oranı %6,21(n:35) idi. Hekimlerin %57,09'u günde iki kez diş fırçalama önerisinde bulunduğunu, %54,96'sı diş hekimine kontrole götürmelerini, %39,72'si aileler soru sorduğunda cevap verdiğini bildirirken, %24,65'i iş yoğunluğu nedeniyle vakit ayıramadığını ve diş hekimiyle birlikte çalışılması gerektiğini belirtti (Tablo 4.15).

Bir diğer sorumuzun alt başlıkları arasında yer alan ailelerin ASM'ye başvuru nedenleri arasında ‘ ‘ Ağız ve diş Sağlığı ‘ ‘ seçen aile hekimi oranı %12,06 idi.

Çocukları 0-14 yaş gurubunda yer alan ailelerle yapılmış bir çalışmada 0-6 yaş grubunda hiç diş doktoruna görülmeme oranı %82,7 idi, götürülenlerin sadece %9,9'unun rutin diş kontrolü olduğu gösterilmişti (72).

Aile hekimleriyle yapılan erken çocukluk çağı çürükleriyle (EÇÇ) ilgili başka bir çalışmada katılımcı aile hekimlerinin görev yaptığı merkeze bağlı diş kliniği bulunma oranı %13,6 olduğu belirtilmekteydi. Aile hekimlerinin %92,6'sı diş çürüklerinin önlenmesi ve bebeklerin ağız sağlığının sağlanmasında aile hekiminin etkin rolü olduğunu düşünmekte ve %97,4'ü ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ifade etmekteydi (128).

Amerikan aile hekimliği verilerine göre aile hekimlerinin çocuk sağlığı kontrollerinde ağız ve diş sağlığı kontrolünde etkin rol aldığı yer almaktadır (129).

Amerika’da yapılan yine başka bir çalışmada aile hekimlerinin %78’i çocuklarda erken çürük belirtisi gördüklerinde diş doktoruna sevk edebileceklerini, %54’ü diş doktorunu arayarak çocuk adına randevu aldığını belirtmiştir (130).

5.12. Aile Hekimlerinin Tele-tıp Kullanma Konusunda Görüşleri:

Sağlık alanında Tele-tıp uygulamaları son derece geniştir; hekimin iş yükünü azaltabilir, sağıkta ulaşılabilirliği arttırabilir, eşitsizliğin önüne geçebilir, sağık harcamalarını azaltabilir ve hekimler arasındaki iletişimi arttırabilir. Buna rağmen birinci basamak çocuk sağlığında tele-tıp uygulamalarının kullanımı yapılan çalışmalarda %12-15 aralığında bildirilmektedir (131).

Çalışmamızda aile hekimlerinin %19,86’sı çocuk sağlığı hizmetlerini geliştirmek için tele tıp uygulamalarını günlük pratiklerine entegre edilmesini uygun buldu. Verilen diğer cevaplara bakıldığında %18,79’u tetkik sonucu ve reçete için, %17,91’i mobil ve kronik hastaları takibi veya evde sağık hizmetlerine entegre olarak, %7,62’si acil vakalar hariç, randevulu olarak ailelerle video görüşme görüşmesinde ve %37,77’si aile hekimlerinden ziyade ailelerin standart eğitim videoları izleyerek öğrenebileceği bir kullanım durumunda tele-tıp uygulamalarından yararlanabileceğini belirtti (Tablo 4.16).

Aile hekimliği sisteminde teletıp uygulanamaz diyenlerin oranı ise %49,65’tir. Bazı hekimler neden kullanılamayacağını şu şekilde açıkladılar; henüz randevulu çalışmaya dahi geçilemediği için teletıp uygulamaları için çok erken olduğu düşünölmekte ayrıca çalışılan bölgenin sosyoköltürel olarak uygun olmadığı, sağık okur yazarlığının çok zayıf olduğu, ailelerin suistimal edebileceği, bu durumda çocukları ASM’ye getirmeyebileceği, hukuki alt yapının yetersizliği bu durumun malpraktise neden olabileceği endişesi, alt yapı yetersizliği, polikliniğe gelen hastalara bile zor yetişildiği, pandemi döneminde çok zorlayıcı olacağını gibi nedenler sıralandı.

Dünya’da e-sağık birinci basamak sağık hizmetlerinde farklı alanlarda ve giderek artan oranlarda kullanılmaya başlanmıştır (132).

Amerikan Aile hekimliği Birliğinin (AAFP)’nin 2016 yılında yaptığı bir çalışmaya göre aile hekimlerinin %15’inin tele-tıp kullandığı, %78’inin sağlık erişimine katkısı olacağını ve %68’inin sağlık hizmetlerinde sürekliliğe katkısı olacağını düşünmekte fakat %54 oranında hekimlerin teletıp alanında eğitim eksikliği, %53 oranında ödemeyle ilgili eksiklikler, %45 oranında ekipman eksikliği ve %41 yükümlülükle ilgili sorunlar nedeniyle kullanımlarının olmadığı gösterilmektedir (133).

Ülkemizde hekimlerin isteğine bağlı olarak günlük pratiklerinde teletıp kullanımı pandemi dönemiyle kısmen başlamıştır ayrıca 2022 yılında uzaktan sağlık hizmeti sunumu hakkında yönetmelik çıkarılmıştır (134).

Ülkemizde aile hekimleri, pandemi döneminde Covid-19 tanısı alan hastaların izlemi telefonla takip etmenin yanında yine bu dönemde telefonla veya WhatsApp desteğiyle dermatolojik sorunlara, kronik hastalığı olanların tetkik sonuçları ve ilaç yazımı için, yaşlı hastalara veya kırsal hekimlik uygulamalarında, acil durum tespitinde ve danışmanlık almak gibi birçok konuda fırsatlar sunabileceği gösterilmektedir (135).

5.13. Aile Hekimlerinin Aşı Kararsızlığı, Kaçırılmış Aşılar ve Rutinde Olmayan Aşılarla İlgili Önerileri ve Deneyimleri:

Dünyada aşılar karşı güvenin en az olduğu ülkelerin başında Fransa gelmektedir, hatta Fransa’da yapılan bir çalışmada aile hekimleri arasında bile aşılar karşı tereddüdünün yüksek olduğu ve ailelere spesifik bir aşı tavsiye etme oranları %16 ile %43 veya hiç tavsiye etmedikleri gösterilmektedir (136). Aşıya güvenin düşük olduğu diğer ülkeler sırasıyla Bosna Hersek, Rusya, Ukrayna, Yunanistan, Ermenistan, Slovenya, Japonya ve Moğolistan’dır. Aşıların güvenli olduğuna inanan ülkelerin başında ise Bangladeş, Endonezya, Tayland, Hindistan yer almaktadır (137).

Çalışmamızda aile hekimlerinin aşılarla ilgili deneyimlerinden yararlanmak için ilk olarak aşı kararsızlığıyla ilgili olarak ‘‘Aileleri aşı konusunda ikna etmeniz gereken durumlar oluyor mu ‘’ diye sorduk ve %92,73 oranında evet cevabını verdiler. Bu oranın yüksekliği Covid-19 pandemi döneminde olunması ve soruda çocukluk çağı aşıları olarak ayrı sorulmaması da katkı sağlamış olabilir.

Bu soruyla bağlantılı olarak ailelerin bu kararsızlığına neden olan durumları sorguladık. En sık verilen cevap %89,01 ile ‘‘Sosyal medyanın aşı karşıtı yazı ve faaliyetleri’’ oldu, sırasıyla diğer cevaplar %57,45 ‘‘ Dini nedenler’’, %53,90 ‘‘Aşıların içerisindeki katkı maddeleri’’, %36,70 ‘‘Gelişebilecek istenmeyen yan etkiler’’, %8,33 ‘‘Ailelerin aşılarla ilgili sorularının yeterince cevaplanmaması’’, %8,16 ‘‘Aşıların sayısının ve dozunun çokluğu’’, %1,24 ‘‘ Uygulayan personelin aşı kararsızlığı ve uygulama tereddütleri’’ olarak karşımıza çıkmıştır. Hiç aşı kararsızlığı ile karşılaşmadım /deneyimim yok diyenlerin oranı ise %2,13 idi (Tablo 4.17).

Yapılan bir çalışmada aşıların ülkelerin dinleriyle uyumunun sorulduğu soruda en uyumlu diyen ülke Suudi Arabistan iken, Türkiye sıralamada 11. sıradaydı (137).

Yine ülkemizde yapılmış bir çalışmada ailelerin en sık endişe duydukları nedenler sıralandığında içeriğindeki zararlı madde varlığı %96 ile en sık nedenken, kısırlık yapacağı endişesi %70,4’le ikinci, anne sütünün bebeği koruduğuna olan inanç %21,6 oranıyla 7. sırada ve dini nedenler %20,3 oranla 10. sırada yer almaktaydı (138).

Mersin’de aile sağlığı elemanlarının %28,3’ünün aşı kararsızlığı ve %32,6’sının aşı reddi ile karşılaştığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran çok daha yüksekti aşı kararsızlığı ile hiç karşılaşmadığını belirten aile hekimi oranı %2,13 idi. En sık aşı kararsızlığına neden olan aşıların Kızamık ve DaBT-IPV-Hib olduğu, karşıtlığa neden olan iki aşının ise Hepatit A ve aBT-IPV-Hib olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin en sık aşı kararsızlık nedenleri %59,5 aşı içeriğinde bulunan maddelere güvensizlik, % 38 aşıların yan etkileri, %13,9 çevreden aşılarla ilgili duyulan olumsuz yorumlar, % 10,1 sosyal medyadan duyulan olumsuz yorumlar, % 5,1 dini nedenler ve aynı oranda aşıların yarasız olduğuna inanılması, %3,8 aşıların ithal olması ve en az neden % 2,5 aşılar hakkında yeterli bilgi sahibi olamamalarıydı (139).

İstanbul’da yapılmış bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi orta ve düşük olan ilçelerden seçilmiş ebeveynlerle yapılmış bir çalışmada çocuklarını aşılattırma nedenleri olarak sırasıyla; dini nedenler, aşıların yarasız veya etkisiz olması, aşılar hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılmaması, otizm gibi hastalıklara kaynak gösterilmesi, aşıların

içeriğinin zararlı olması, bağışıklığı zayıflatması, nüfusu azaltma politikası olması, aşılarla ilgili gerçeklerin saklanması gibi inançlar sayılmaktaydı (140).

Çalışmamızda cevap aradığımız bir diğer soru aile hekimlerinin ‘‘Aşı kararsızlığıyla gelen ailelere yaklaşımlarıydı’’. En sık verilen cevap, %65,96 oranında ‘‘Ailelere eğitim veriyorum, aşılama konusunda ikna ediyorum’’, sırasıyla %30,85 ‘‘Aşı kararsızlığı ile karşılaştığımda çözmekte zorlanıyorum, destek olabilecek online birimler olmalı’’, %16,13(n:91) ‘‘Çözemiyorum, ilçe sağlık müdürlüğüne yönlendiriyorum’’, %9,93’’Ailelerin bazı sorularını cevaplamakta zorlanıyorum’’ ve % 5,85 (n:33) oranında ise diğer seçeneğini işaretleyerek yaşadıkları sorunları örneklendirmiş veya çözüm önerilerinde bulunmuştu (Tablo 4.18). Verilen cevaplarda aşı kararsızlığı yanında aşı karşıtlığına da değinildi (Tablo 4.19 ve Tablo 4.20).

İstanbul’da yapılmış bir çalışmada birinci basamakta görev yapan aile sağlığı çalışanlarına yine aynı soru sorulmuş en sık verilen cevap çalışmamızda olduğu gibi aşılarla ilgili eğitim verildiği, aşılardan öneminin anlatıldığı, gelişebilecek komplikasyonların hatırlatıldığı, neden aşı endişeleri olduğunun öğrenildiği ve değiştirilebilecek nedenlerin çözüme kavuşturulmaya çalışıldığı belirtilmektedir (138).

Aile sağlığı çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada kararsızlık yaşayan aileleri ikna etmede %42,2 oranında yetersiz hissettiklerini, %31,7 bizim çalışmamızda da olduğu gibi ailelerle iletişim kurmakta zorlandıklarını ve ikna edemeyip aşılayamadığını ve %7,9 oranında ise sağlık müdürlüğüne bildirdiğini belirtmişlerdi, bu oran bizim çalışmamızdan daha düşüktür (138).

Çalışmamızda cevap aradığımız bir diğer soru ise ‘‘Aile hekimlerinin kaçırılmış veya eksik aşılarla ilgili yaşadıkları zorluklardı’’ en sık verilen cevap %61,70 oranında ‘‘Aileye ve çocuğa ulaşma zorluğu (ikamet değişikliği vs)’’, %55,50 oranında ‘‘Ailelerin aşı kararsızlığı veya reddi’’, %40,43 oranında ‘‘Evrak ve prosedürler (sistemin izin verdiği performans aralığı vs)’’, %21,63 oranında ‘‘Ailelerin olumsuz aşı deneyimi’’, %17,02 oranında ‘‘Çocukların eksik olan aşılarının tespit edilmesi’’ olarak karşımıza çıktı. Zorluk yaşamadığını belirten aile hekimi %8,16(n:46) oranındaydı (Tablo 4.21).

1991-2014 yılları arasında düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yapılmış yayınların tarandığı bir sistematik derleme sonucuna göre çocukluk çağı aşılama oranı kaçırılmış aşı oranı %32,2 olduğu gösterilmişti. En sık nedenin sağlık çalışanlarının uygulamaları, yanlış kontrendikasyonlar, aşılarda ilgili lojistik destek sorunları ve organizasyon bozuklukları olduğu gösterilerek ve son yıllarda aşı karşıtlığı nedeniyle kaçırılmış fırsatların artışına dikkat çekilmektedir (141).

Ülkemizde 2008 yılında, aile sağlığı modeli uygulaması öncesi, kaçırılmış aşılarda ilgili birinci basamakta yapılmış bir çalışmada iki sağlık ocağı için kaçırılmış aşı fırsatı oranı %14,4 ve 12,7 olarak belirlenmiş ve neden olarak da en sık sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi eksikliği ve ailelerin eksik veya yanlış bilgilendirilmeleri gösterilmişti (142). Aile hekimliği sistemine geçildikten sonra aşılama oranlarının yüksek olması nedeniyle bu alanda yapılmış çalışma bulunamamıştır fakat bizim çalışmamızda da gösterildiği gibi aile hekimlerinin çok az bir kesimi aşılama konusunda sorun yaşamadığını belirtmektedir. Özellikle çocuklara ulaşmakta yaşanan zorluk ve aşı karşıtlığıyla ilgili sosyal medyadaki paylaşımlar ve ailelere herhangi bir yaptırımın olmayıp sadece aile hekimlerine negatif performans olması nedeniyle, tek taraflı yaptırımlar hekimleri zorlamaktadır.

Çalışmamızda cevap aradığımız bir diğer soru ise aile hekimlerinin “Genişletilmiş bağışıklama programı dışında uygulanan aşılarda önerme durumları” idi. Aile hekimlerinin %67,38’i “Evet öneriyorum”, %15,96’sı “Sadece kronik hastalığı olanlara öneriyorum” şeklinde cevapladı. Programda olmadığı için önermeyenlerin oranı ise %13,83’ idi (Tablo 4.22).

Manisa’da yapılmış bir çalışmada aşı takvimi dışında önerilen aşılarda pediatrist ve aile hekimlerinin ailelere önerme durumu araştırıldığında (branşlar arasında istatistiksel fark görülmemiş) hekimlerin %40,1’inin her zaman, %39,2’sinin arada bir önerdiği, %4,4’ünün hiçbir zaman önermediği ve %49’unun bu grup aşılarda ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu gösterilmiştir (143).

Hindistan’da yapılmış bir çalışmada aile hekimlerinin kendi programlarında olmayan aşıları (meningokok, kolera, tifo, HPV, Varicella) bilme düzeyleri %51,23 ve ailelere öneride bulunma düzeyi bizim çalışmamızda %67,38 iken onlarda bir miktar fazla, %72,84 olarak bulunmuştur (144).

Kısıtlılıklar:

Aile hekimleri kısmen de olsa çocuk hastalara gerekli vakti ayırabildiklerini düşünmektedirler fakat çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak çocuk hastalar için ayırdıkları süreyi dakika olarak ve ASM’lerde oyun alanları, oyuncak ve kitap bulunup bulunmadığını sormadık. Ayrıca pilot çalışmamızda yer almasına rağmen aile hekimlerinin oranlarının bilinmediğiyle ilgili geri bildirimleri nedeniyle çıkardığımız önemli başlıklar; anemi oranları, kronik hastalığı veya engelli olan çocuk sayısı yer almaktaydı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

- 1- Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında çıkarılmış olan “Bebek Çocuk ve Ergen izlem Protokolleri” kitapçığı detaylı bir şekilde hazırlanmış, yol gösterici bir kılavuzdur. Çocuk sağlığına dair birçok izlemi detaylı bir şekilde içermektedir fakat aile hekimlerinden alınan bilgiye göre henüz bilinirliği yeterli değildir ve etkin bir şekilde kullanılamamaktadır.

Öneri: Aile hekimliği sisteminde göreve başlayan tüm hekim ve aile sağlığı elemanlarına görev başladıkları ilk dönemde ve sonrasında kılavuz güncellendikçe “Bebek Çocuk ve Ergen Protokolleri” izlemlerinin içeriği, nasıl uygulamaları gerektiği detaylı olarak anlatılmalıdır. Kılavuzun hazırlanmasında ve güncellenmesinde aile hekimliği uzmanlık derneklerinden birinci basamakta uygulanabilirliğiyle ilgili destek alınması gerekmektedir. Ayrıca aile hekimleri iş yoğunluğu nedeniyle 0-5 yaş çocukların sosyal ve nöromotor gelişimlerini gelişim ölçekleriyle takip edemediklerini belirtmişlerdir, bu ihtiyacı gidermek için ilçelerde istihdam edilecek çocuk gelişim uzmanları ile belirli aylarda çocukların gelişimleri ölçeklerle değerlendirmeli ve ailelerine standart önerilerde bulunulmalıdır.

- 2- Performansta olmayan diğer çocuk sağlığı izlemlerinin etkin bir şekilde yapıldığından emin olmak için kayıt altına alınması sağlanmalıdır.

Öneri: Hem çocukların gelişimi hem de ülke ekonomisi için önemli birer konu olan aile hekimleri tarafından kayıtlı nüfuslarındaki çocuklarda tespiti ve takibi yapılan tedavisi düzenlenen: anemi oranı, kronik hastalık dağılımı ve engelli çocuk sayısı, ağız ve diş sağlığı gibi verilerin aşı izlemlerinde olduğu gibi kaliteli ve sayılarla görünür olması sağlanmalıdır.

- 3- Olağanüstü şartlara göre çocuk sağlığı hizmetlerinde düzenlemeler yapılmalıdır

Pandemi veya diğer olağanüstü durumlarda doğrudan veya dolaylı olarak çocuk sağlığı etkilenmektedir, süre uzadıkça bu etki kalıcı sorunlara neden olabilmektedir.

Öneri: Çocukların bu durumu en az zararla atlatabilmeleri için Covid-19 pandemisinde ve 6 Şubat 2023 depremindeki deneyimlerden faydalanarak birinci basamağa özgü, anlaşılır ve pratik bilgileri içeren kılavuzlar oluşturulmalı ve erişilebilirliği arttıracak için teletıp hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.

4- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aileler tarafından daha etkin kullanılması sağlanmalıdır, diğer basamak sağlık sistemlerine sevk zinciri aktifleştirilmeli veya en azından veri akışının etkin bir şekilde olması sağlanmalıdır.

- Gerek çalışmamızda tespit ettiğimiz ailelerin aile hekimine en sık başvurularının, performans sisteminde de olan, ‘‘Aşılar’’ olarak karşımıza çıkması, gerekse de sevk/konsültasyonda ilgili branş doktoruna erişimde yaşanan zorluklar sevk zincirinin aktif olarak kullanılmamasının ve sağlık sistemlerinin yeterince birbirine entegre olmamasını bir nedenidir.

Öneri: Öncelikle aile hekimlerinin nüfusunun azaltılması ve birinci basamağın gerek doktor gerekse yardımcı personel çeşidinin ve sayısının artırılması sağlanmalıdır. İkinci olarak sevk zincirini aktif kullanılamamasının nedenleri tespit edilmelidir: nedenlerden birisi olan branş doktoruna erişim zorluğu veya sevk/konsültasyonda yaşanan güçlüklerle ilgili olarak, pediatristlerin birinci basamakta çalışmaları veya aile hekimlerin Sosyal pediatristlere danışabileceği online veya telefon sistemi kurulabilir. Bu sayede doktorlar arasındaki fikir alışverişi, çocuk sağlığı hizmetlerinin kalitesini arttırmaya ve sağlık harcamaları düşürülmesine yardımcı olacaktır. Aynı zamanda ailelerin çocuklarının sağlığının tanıdık bir ortamda takip edildiğini hissetmelerine, güven duymalarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerini daha aktif olarak kullanmalarına neden olacaktır.

5- Birinci basamakta emzirmeyi desteklemeye dair daha etkin düzenlemeler yapılmalıdır.

Öneri: Anne sütünün korunması ve emzirme oranlarının artırılmasına katkı sağlamak amacıyla verilen ‘‘Emzirme Danışmanlığı’’ ve ‘‘Bebek dostu Aile Hekimliği Merkezi’’

gibi belgelerin birinci basamak çalışanlarında mevcut olmasına rağmen emzirme oranlarının düşük olması bu belgelerin verilme şeklini, güncelleme ihtiyacının gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca emzirme oranlarını arttırmak için hamilelik döneminden başlanarak ücretsiz ve düzenli halk sağlığı eğitimleriyle anne sütünün önemi anne ve baba adaylarına anlatılmalı ve yeni doğum yapan annelere sadece emzirme desteği sağlayan ayrı bir ekiple ve sürekli destek alabilecekleri online/sosyal medya gibi destek organlarıyla da desteklenmeleri sağlanabilir.

6- Aile hekimleri ihmal ve istismar vakalarını tanımak, yönetmek ve ihbar etmek konusunda desteklenmeli ve cesaretlendirilmelilerdir.

Öneri: Birinci basamakta çalışan tüm sağlık personelinin ihmal ve istismar konusunda düzenli eğitimlerle farkındalıkları ve cesaretleri artırılmalı, konunun hassasiyeti ve önemi sık sık tekrarlanarak şüpheli durumlarda bildirimde bulunmaları için aile hekimlerinin bilgisayar sistemlerinde işaretleyebilecekleri “otomatik bir modül” eklenebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak sağlık sistemlerine entegre çalışmaları sağlanmalıdır. İhmal, istismar açısından riskli olabilecek ailelerin ev ziyareti veya diğer tedbirlerle izlenmesi sağlanmalıdır.

7- Çocuklara yazılan ilaçların etkin ve toksik olmayan dozlarda ulaştığından emin olunmalı ve ailelerin antibiyotik kullanımı konusunda bilinçlenmesi sağlanmalıdır.

- Aile hekimleri ilaç yazarken çocuk dozlarında desteklenmeleri gerektiğini her ne kadar düşünmeseler de küçük bedenlerde tedavi dozu ve toksik dozlar birbirine çok yakındır ve ilaç küplerinde çocuk dozları, çocuklara yan etkiler gibi konular ayrıntılı yer almamaktadır. Ayrıca antibiyotik kullanım oranları ülkemizde hala yüksektir ve aileler çocukları her ateşlendiğinde antibiyotik yazdırmak için aile hekimlerine başvurmaktadır.

Öneri: Dünyada örnekleri olduğu gibi birinci basamakta aktif olarak çalışan ve tüm reçeteleri kontrol eden klinik farmakologların, klinik eczacıların veya bu konunun uzmanı yardımcı personelin istihdam edilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca antibiyotik direnci

de göz önünde bulundurularak sağlık bakanlığı aracılığıyla ailelerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi, mevsimsel grip aşısı gibi rutinde uygulanmayan aşılardan rutin aşı programına alınması sağlanarak çocukların hasta olmaları azaltılmalıdır.

8- Aile hekimleri aşı kararsızlığı yaşayan ailelerle ve eksik aşıları olan çocuklara ulaşım gibi konularda desteklenmelidir.

- Azımsanmayacak bir oranda aile hekimi aşı kararsızlığında zorlandığını, en sık neden olarak sosyal medya ve ikinci sıklıkta dini nedenli olduğunu bu ailelere verilen kısa bir eğitimin çoğu zaman sorunu çözdüğünü belirtmişlerdir.

Öneri: Dünyada giderek artan aşı karşıtlığını da göz önünde bulundurduğumuzda aşılarla ilgili doğru bilgilerin halka ulaşmasını sağlamak için ilk olarak aile hekimlerinin ihtiyaç anında online ulaşabileceği sosyal pediatristlerden oluşan destek hattı kurulabilir. Ailelerin güvenle başvurabileceği sosyal medya hesapları arttırılmalı ve dini liderlerden destek alınmalıdır. Bir diğer konu da kaçırılmış aşıların çözümüyle ilgili ailelerinde sorumlu hissedeceği bir sistem geliştirilmelidir.

9- Çocuklara danışmanlık sağlanması gereken konularla ilgili ek kılavuzlar geliştirilmelidir.

- Çalışmamızda aile hekimlerinin ailelere danışmanlık sağlayabilecekleri konulardan olan “Oyuncak Seçimi” hiç soru gelmediği bulunmuştur.

Öneri: Erken çocukluk dönemi özen gösterilmesi gereken bir dönemdir, bu dönem yapılan her bir yatırım katlanarak geri dönmektedir. Oyun ve oyuncak gibi erken çocukluk dönemine katkıda bulunacak; çocukların kendilerini ifade etmeleri ve yeterli uyaranlarla beslenmelerine destek olabilecek danışmanlık konuları belirlenmelidir. Ailelere aile hekimleri ve ilçelere istihdam edilecek çocuk gelişim uzmanları tarafından yüz yüze veya tele tıp uygulamalarıyla danışmanlık verilmelidir.

10- Ülkemizde birinci basamakta Tele-tıp uygulamaları için henüz alt yapı yeterli değildir, bu nedenle de aile hekimleri kullanılmasına endişeyle yaklaşmaktadır.

- Çalışmamızda Tele-tıp uygulaması deneyimlememiş ve eğitimini almamış hekimler hastalarıyla geleneksel görüşme yapmak ve fizik muayeneyi yüz yüze uygulamak istemektedirler. Bazı ülkelerde de kullanıldığı gibi iş yükünü hafifletmek için: basit danışmanlıklar, kronik hastaların ilaçlarını reçete etmek, emzirme danışmanlığı, tetkik sonuçları, evde bakım hastaları, kırsal ve mobil hekimlikte veya ASM'ye gelip gelmeme kararları için alternatif olabilecek bir yöntemdir. Bir diğer faydası da gerek yoğunluk gerekse farklı nedenlerle artan şiddeti azaltabileceği düşünülmektedir.

Öneri: Gerekli altyapı düzenlemelerinin bir an önce yapılması ve öncelikle pilot ASM'lerde uygulamaya konularak hangi durumlarda kullanılmasının uygun olduğu planlanarak yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- [1] WHO. Geneva: Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. 2018: World Health Organization. Erişim: 27.08.2024
<https://iris.who.int/handle/10665/272603>.
- [2] TÜİK 2021 İstatistiklerle Çocuk, 45633: Ankara Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2022 Erişim: 13.01.2023
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Cocuk-2021-45633>
- [3] WHO. Switzerland : A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 Erişim: 27.08.2024: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [4] WHO. Almata: Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, Erişim: 27.08.2024
<https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
- [5] Gill, P.J., Hislop, J., Mant, D. *Harnden A.* General practitioners' views on quality markers for children in UK primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 13, 92 (2012).Erişim:26.12.2023
<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-92>
- [6] Blair M., Rigby M., ve Alexander D., Editor, Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The Final Summarised Results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project. Emerald Publishing Limited, 2018, Kasım: Erişim 27.02.2022
<https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/MOCHA-Issues-and-Opportunities-in-Primary-Health-Care-for-Children-in-Europe.pdf>
- [7] WHO. Copenhagen: European Primary Health Care Impact, Performance and Capacity Tool (PHC-IMPACT) 2019 Erişim: 29.01.2023.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346481/WHO-EURO-2019-3662-43421-60966-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [8] WHO. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens". World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. Şubat Erişim: 29.01.2023 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
- [9] WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen: Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022. Erişim: 11.02.2023.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352485>
- [10] Minicuci N., Corso B., Rocco I., Luzi D., Pecoraro F., Tamburis O. WP 4: Identification and Application of Innovative Measures of Quality and Outcome

- of Models: Innovative measures of outcome and quality of care in child primary care models 2017, Mayıs Erişim: 18.02.2023.
<https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/D7-Identification-and-Application-of-Innovative-Measures-of-Quality-and-Outcome-of-Models.pdf>
- [11] Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, 2023, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı (İnternette), 2023, Erişim: 15.01.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html>
- [12] Türkiye’de Aile Hekimliği, 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı (İnternette), Erişim: 05.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tr-aile-hekimligi.html>
- [13] Sağlık Bakanlığının Tarihçesi, 2023, T.C. Sağlık Bakanlığı: (İnternette) Erişim: 05.02.2023. <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html>
- [14] Sumer S., Shear j., ve Yener A. L., Building an Improved Primary Health Care System in Turkey through Care Integration. World Bank, Washington, 2019. Erişim: 16.01.2023
<https://documents1.worldbank.org/curated/ar/895321576170471609/pdf/Building-an-Improved-Primary-Health-Care-System-in-Turkey-through-Care-Integration.pdf>
- [15] Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T ve ark. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013 Nov;63(616):e742-50. 2013 Kasım Erişim: 17.01.2023
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3809427/>
- [16] Başara B.B., Çağlar İ.S., Aygün A., Özdemir T.A., Kulalı B., T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2020, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara: 2022 Erişim: 17.01.2023.
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>
- [17] Aile Hekimliği Nedir? - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği: (İnternette) Erişim: 16.01.2023 <https://www.tahud.org.tr/page/aile-hekimligi-nedir>
- [18] Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (İnternette) Sayı: 28539; 2013, Ocak Erişim: 16.01.2023. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm>
- [19] Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (İnternette) Sayı: 5258, 2005 Temmuz: Erişim: 18.01.2023. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050706-7.htm>
- [20] WHO, Copenhagen: Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Editors: Building primary care in a changing Europe Case Studies; Erişim: 18.01.2023.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf
- [21] Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul ve Esasları, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Dairesi Başkanlığı (İnternette) Erişim: 16.01.2023.
https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/sahu_yonerge.pdf

- [22] Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, Resmî Gazete Sayısı: 31527, 2021 Haziran. Erişim: 17.06.2023
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/21.5.4198.pdf>
- [23] Bulut S. ve Uğurluoğlu Ö., Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 018; 22 (3): 118-132: 2018 Eylül, Erişim: 17.06.2023
https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_22_3_118_132.pdf
- [24] Çankaya S. Trabzon ilinde toplumun ve hekimlerin sevk sistemi hakkında görüşlerinin değerlendirilmesi çalışması, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı 2018. Erişim: 17.06.2023. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/438049>
- [25] Bektemur G., Arıca S., ve Gençer M.Z., “How Should Referral Chain be Implemented in Family Medicine in Turkey?”, Ankara Medical Journal, 2018;(3):256-66; <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/538419>
- [26] Aile Hekimliği Birimi Bebek Dostu Başvuru Kriterleri, Bebek Dostu Aile Hekimliği Birimi Nasıl Olunur? T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü; Erişim: 03.08.2024 <https://124.im/cMoNx>
- [27] Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 2018; Erişim: 21.01.2023.
https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf
- [28] Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara,2022; Erişim:05.02.2023.
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/ntp.html>
- [29] Gökçay G., Beyazova U., İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi, 2. basım. Nobel Tıp Kitabevi, 2020.
- [30] Yenidoğan İşitme Taraması Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara,2004; Erişim: 05.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/yenidogan-isitme-taramasi-programi.html>
- [31] Yenidoğan Görme Taraması Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara,2006; Erişim: 06.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/yenidogan-gorme-taramasi.html>
- [32] Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 2015; Erişim: 06.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/okul-onesi-cocuklarda-gorme-taramasi-programi.html>
- [33] Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı

- Ankara, 2010 Erişim: 06.02.2023; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/gkd-tarama-programlari.html>
- [34] WHO and UNICEF, 2020. Competency verification toolkit: ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Erişim: 06.02.2023. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
- [35] Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 1991 Erişim: 06.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/anne-sutunun-tesviki-bebek-dostu-skp.html>
- [36] Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Uygulama Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, (İnternette) Erişim: 08.02.2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligidb/Programlar/BEBEK_VE_KUCUK_COCUK_BESLENME_PROGRAMLARI_UYGULAMA_REHBERI.pdf
- [37] Aile Hekimliği Birimi Bebek Dostu Başvuru Kriterleri. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (İnternette) Erişim: 05.05.2024. <https://ismhs.istanbulsaglik.gov.tr/Media/Uploads/Halk-Sagligi-Hizmetleri-Baskanligi/Cocuk-Ergen-Kadin-Ureme-Sagligi-Birimi/AILE%20HEKIMLIGI%20BIRIMI%20BEBEK%20DOSTU%20BASVURU%20KRITERLERI.pdf>
- [38] Tamamlayıcı Beslenme Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, Erişim: 06.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/tamamlayici-beslenme-programlari.html>
- [39] Türkiye Beslenme Rehber (TÜBER) 2022 Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022; Erişim: 08.02.2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf
- [40] Demir Gibi Türkiye Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 2004 (İnternette) Erişim: 06.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/demir-gibi-turkiye.html>
- [41] D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 2005 (İnternette) Erişim: 07.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/d-vitamini-eksikligi-onleme-kontrol-programi.html>
- [42] Türkiye'de Tuz Tüketilmesinin Azaltılması Programı 2017-2021: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı; 2. Basım, 2016; Ankara; Erişim: 07.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Programlar/turkiyede-tuz-tuketiminin-azaltilmasi-programi-2017-2021.pdf>
- [43] Yetişkin ve Çocuk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara 2019:

- Erişim: 08.02.2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Programlar/Eylem_Plani_.pdf
- [44] Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi; 2008 (İnternette) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Erişim: 08.02.2023. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpgenelge2008pdf.pdf>
- [45] WHO: Global Immunization coverage 2023 (A summary of global vaccination coverage in 2023) World Health Organization (İnternette) Erişim: 07.02.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- [46] UNİCEF: The State of the World's Children 2023: For Every Child (New data indicates declining confidence in childhood vaccines of up to 44 percentage points in some countries during the COVID-19 pandemic) Erişim: 29.06.2023. <https://www.unicef.org/rosa/press-releases/new-data-indicates-declining-confidence-childhood-vaccines-44-percentage-points-some>
- [47] Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara (İnternette) Erişim: 07.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/cocuk-guvenliginin-saglanmasi-programi.html>
- [48] Topçu S., Çocuklarda otizm spektrum bozukluğunun M-CHAT (modified checklist for autism in toddlers/ değiştirilmiş erken çocukluk dönemi otizm tarama ölçeği) ve TIDOS (three-item direct observation screen/ üç maddelik direk gözlemsel tarama) tarama testleri ile değerlendirilmesi, Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017. Erişim:15.06.2023. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=w9m3wqLGQbowJJdQNViArQ&no=yMcIvJyNNpFoU8xEuBaEMg>
- [49] Bebek Ölümleri İzleme Sistemi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara (İnternette) Erişim: 07.02.2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/bebek-cocuk-olumleri.html>
- [50] Blackwell C.K., Elliott A.J., Ganiban J.,Herbstman J., Hunt K.,Forrest C.B.,ve ark. on behalf of program collaborators for Environmental influences on Child Health Outcomes “General Health and Life Satisfaction in Children With Chronic Illness”, *Pediatrics* June 2019; 143 (6): e20182988. 10.1542/peds.2018-2988, Erişim: 07.02.2023 <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/143/6/e20182988/37132/General-Health-and-Life-Satisfaction-in-Children?redirectedFrom=fulltext>
- [51] Australian Institute of Health and Welfare. (2022). “Australia’s children, Chronic conditions and burden of disease”, Australian Institute of Health and Welfare. Erişim:17.06.2023.<https://www.aihw.gov.au/reports/children-youth/australias-children>
- [52] Hastalık Yönetim Platformu. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara (İnternette) Erişim: 30.06.2024. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platformu.html>

- [53] Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge 2021, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Erişim: 09.02.2023.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Yonergeler/Aile_Hekimligi_Tarama_ve_Takip_Katsayisi_nasil_iliskin_Yonerge.pdf
- [54] Covid-19 Çocuk Hasta Yönetimi ve Tedavi 2022 T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Erişim: 09.02.2023.
<https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/42283/0/covid-19rehbericocukhastayonetimivetedavi06012022v1pdf.pdf>
- [55] TÜİK, İstatistiklerle Çocuk, 2023:53679, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2024 Erişim: 11.05.2024.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2023-53679>
- [56] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye Erişim: 22.01.2023. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- [57] Başara B.B., Çağlar İ.S., Aygün A., Özdemir T.A., Kulali B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü 2024; Erişim: 12.05.2024.
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
- [58] TÜİK, İstatistiklerle Çocuk,2020; 37228 Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2021, Erişim:17.06.2023.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2020-37228>
- [59] Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni Ocak 2022, T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Erişim:17.06.2023.
https://www.aile.gov.tr/media/98625/eyhgm_istatistik_bulteni_ocak_2022.pdf
- [60] OECD, Health Care Quality Indicators : Prescribing in primary care”. Erişim: 18.06.2023. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=69051>
- [61] Ceyhan M., Yildirim I., Ecevit C., Aydoğan A., Örnek A., Salman N. Ve ark. Inappropriate antimicrobial use in Turkish pediatric hospitals: a multicenter point prevalence survey, International journal of infectious diseases (IJID) official publication of the International Society for Infectious Diseases, 2010;14(1), e55–e61. Erişim: 16.08.2023 <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.03.013>
- [62] Mete B., Salcan T., Demirhindi H., “Behaviour and perception of parents on irrational use of antibiotics in children at primary care level: A cross-sectional study from Turkey”, Asian Pacific Journal of Tropical Medicine,2023; c. 16, sy 6, s. 253, Erişim: 16.08.2023
https://journals.lww.com/aptm/fulltext/2023/16060/behaviour_and_perception_of_parents_on_irrational.4.aspx
- [63] UN Department of Economic and Social Affairs, The 17 Goals Sustainable Development (internette) Erişim: 16.08.2023. <https://sdgs.un.org/goals>
- [64] OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Erişim: 16.08. 2023. (İnternette) https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
- [65] BMA(2024)Pressures in general practice data analysis, The British Medical Association is the trade union and professional body for doctors in the UK. Erişim: 16.08.2023.(İnternette) <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/pressures-in-general-practice-data-analysis>

- [66] Topal Y., Topal H., İnanç B.B., Özkoç H.H., Türkiye’de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2017; 4(2):6-10 Erişim: 15.06.2023. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/467805>
- [67] Karabekiroğlu B., Kuş C., Gümüştakım R.Ş., Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk İzlemleri Konusundaki Bilgi Düzey ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. The Journal of Current Pediatrics Güncel Pediatri 2022;20(2):155-167. Erişim: 15.06.2023 <https://guncelpediatri.com/articles/doi/jcp.2022.42243>
- [68] Tamur Y., Celasin N.Ş., “Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Otizm Konusundaki Bilgi ve Erken Tanıya Yönelik Görüşleri”, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2022;16(3):517-531, Erişim 15.06.2023 <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1041206>
- [69] Ferris T.G., Saglam D., Stafford R.S., Causino N., Starfield B., Culpepper L. Ve ark. Changes in the Daily Practice of Primary Care for Children. Archives of pediatrics and adolescent medicine(Arch. Pediatr. Adolesc. Med.) 1998;152(3):227–233. Erişim: 15.06.2023 <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/189353>
- [70] Mousmanis P., Watson W. J. The 18-month well-child visit in primary care: Clinical strategies for early intervention. Paediatr Child Health. 2008 Dec;13(10):845-9. Erişim:22.04.2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603504/>
- [71] Ozcan S., Importance of Social Services in Family Medicine Practice, TJFMPC, 2013;7 (4), 65 Erişim: 15.06.2023 http://www.tjfmpe.gen.tr/2013_4/2013_4_1.pdf
- [72] Topal Y., Topal H., İnanç B.B., Assessment of dental health check-ups in Turkey between 0-14 years of age in 201, Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019; 11(2) 148-154, Erişim: 15.06.2024 <https://www.otdjournal.com/download/assessment-of-dental-health-check-ups-in-turkey-between-0-14-years-of-age-in-2014-8078.pdf>
- [73] de Sá M. R., Thomazinho P.deA., Santos F.L., Cavalcanti N.C., Ribeiro C.T., Negreiros M. F. Ve ark (2014). Physical therapy in pediatric primary care: a review of experiences Pan American journal of public health, 2014 36(5), 324–330. Erişim: 15.06.2023
- [74] Ryding H. G., Mitchell L. J., Rigby R. R., Ball L., Hobby J., Williams L. T. Effectiveness of dietetic care for cancer survivors in the primary care setting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of cancer survivorship : research and practice (2024) Erişim: 15.06.2024 <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01583-6>
- [75] Saatçı E., “COVID-19 Pandemisi ve sağlık çalışanları: Yaşatmak mı yaşamak mı?”, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2020;24(3):153-166 Erişim: 16.06.2023 <https://www.turkailehekderg.org/jvi.aspx?un=TAHD-05752&volume=>
- [76] Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., Trobia, G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. The Lancet. Child and Adolescent Health; 2020;4(5),10–11. Erişim: 16.06.2023 [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30108-5)
- [77] Güler S., Topuz İ., Ulusoy F., Covid-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Deneyimleri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2020: 2(3), 143-151. Erişim:16.06.2023 https://dergipark.org.tr/tr/pub/jphn/issue/58585/841472#article_cite
- [78] Başer D.A., Sezgin F., Fidancı İ., Aksoy H., Cankurtaran M., The Impact of the COVID 19 Pandemic on Applications for a Family Health Center,

- Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Dergisi: 2021;17(7),107-116 Erişim: 07.05.2023. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2011084>
- [79] Kolcu G. Ve Özceylan G., Effect of Covid-19 on first Step Health Services Meta Matbaacılık; İzmir: 2020. Erişim: 08.05.2023
- [80] Zhong Y., Clapham H. E., Aishworiya R., Chua Y. X., Mathews J., Ong M., ve ark Childhood vaccinations: Hidden impact of COVID-19 on children in Singapore. *Vaccine*, 2021; 39(5), 780–785. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.054>
- [81] Woolford S. J., Sidell M., Li X., Else V., Young D. R., Resnicow K. Ve ark. Changes in Body Mass Index Among Children and Adolescents During the Covid-19 Pandemic. *JAMA*, 2021;326(14),1434–1436. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.15036>
- [82] Hernández-Vásquez A., Vargas-Fernández R. Changes in the Prevalence of Overweight and Obesity among Peruvian Children under Five Years before and during the COVID-19 Pandemic: Findings from a Nationwide Population-Based Study. *International journal of environmental research and public health*, 2022;19(19), 12390. Erişim: 09.05.2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36231690/>
- [83] Yalaki Z. Covid-19 Pandemisi Çocuk Sağlığı İzlemlerini Nasıl Etkiledi? Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2022;16(4):293-8 Erişim:10.06.2023 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1924367>
- [84] Sato K., Fukai T., Fujisawa K.K., Nakamuro M., Association Between the Covid-19 Pandemic and Early Childhood Development. *JAMA Pediatrics* 2023;177(9):930–938. Erişim14.06.2023 <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2807128?resultClick=1>
- [85] Feldman-Winter L., Barone L., Milcarek B., Hunter K., Meek J., Morton J. Ve ark. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics*, 2010;126(2), 289–297. Erişim: 15.06.2023 <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3250>
- [86] Freed G. L., Clark S. J., Curtis P., Sorenson, J. R. Breast-feeding education and practice in family medicine. *The Journal of Family Practice*, 1995;40(3), 263–269. Erişim: 17.06.2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7876784/>
- [87] Uzumcu Z., Sutter M.B., Cronholm P.F., Breastfeeding Education in Family Medicine Residencies: A 2019 CERA Program Directors Survey. *Family Medicine*. 2020; 52(7):497-504.Erişim:10.06.2023 <https://doi.org/10.22454/FamMed.2020.579473>.
- [88] Hammond J., D., Brucker J., Seul L., Adler M., Higgins Joyce A. Utilizing a Video-Based Learning Platform for Teaching Breastfeeding Medicine. *Cureus*, 2022; 14(11), e31327. Erişim:12.06.2023 <https://doi.org/10.7759/cureus.31327>
- [89] Taheri Z., Bakouei F., Delavar M. A., Famararzi M., Bakhtiari A., Amiri F. N., Effectiveness of distance education program on mothers' empowerment in exclusive breastfeeding: A randomized clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 2022; 11, 420. Erişim:12.06.2023 https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1614_21
- [90] Ayhan D.B., Sönmez C.I. ve Arslan M., Kocaeli İlindeki Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Anne Sütü ve Emzirme İle İlgili Bilgi Düzeyleri (Knowledge Level of Family Physicians and Family Health Members about Breastfeeding in Kocaeli Province), *Konuralp Tıp Dergisi*, 2018; 10 (1) 34-40 Erişim: 17.06.2023 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/455933>

- [91] Onbaşı Ş., Duran R., Çiftçdemir N. A., Vatansever Ü., Acunaş B., Süt N. Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi*, 2011; 46(1), 75-80.
<https://doi.org/10.4274/tpa.46.13>
- [92] Irmak N., Uzuner A., Yapılandırılmış Emzirme Eğitiminin Sadece Anne Sütünü Erken Bırakma Üzerine Etkisi, *Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği A.B.D. Uzmanlık Tezi*; 2015 Erişim: 30.06.2024.
- [93] Stojanović-Spehar S., Blazeković-Milaković S., Bergman-Marković B., Matijasević I. Preschool children as frequent attenders in primary health care in Croatia: retrospective study. *Croatian medical journal*, 2007;48(6), 852–859. Erişim: 18.06.2023 <https://doi.org/10.3325/cmj.2007.6.852>
- [94] Akpak F., Yüksel N.S., Kabanlı A., ve Günvar T., “Health care seeking behaviors for sick children: time span for seeking health care”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*; 2015;19(2):108-115, Erişim: 18.06.2023
https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_19_2_108_115.pdf
- [95] Karakaş N.M., Özdemir B., Kılıç S., Akbulut Ö., Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 yıllık İzlem, *Osmangazi Journal of Medicine* 2020;42(1):67-74 Erişim: 19.06.2023 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/588709>
- [96] Tosun M., Edirne T. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamağa Başvurularının Değerlendirilmesi; *Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi*:2020, Erişim: 13.06.2023.
<https://grcris.pau.edu.tr/bitstream/11499/35268/1/TEZ%20pdf.pdf>
- [97] Sarıkaya N., Kaya G., Ebeveynlerin Oyuncak Seçimine Yönelik Tutum, Algı ve Davranışlarına Yönelik Bir Araştırma. *European Journal of Managerial Research* 2022;6(10),1-14.Erişim:14.06.2023
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/eujmr/issue/72389/1154012>
- [98] Richards M.N., Putnick D.L., Bornstein M. H., Toy Buying Today: Considerations, Information Seeking, and Thoughts about Manufacturer Suggested Age. *Journal of applied developmental psychology*; 2020:68,101134. Erişim:15.06.2023 <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2020.101134>
- [99] Sağlam Z. Çocuklara Yönelik Kitap ve Oyuncak Seçiminde Ailelere Öneriler, T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; Ankara, 2021, Erişim: 20.08.2023 (İnternette) https://www.aile.gov.tr/media/107608/cocuklara-yonelik-kitap-ve-oyuncak-seciminde-ailelere-oneriler_1.pdf
- [100] Lipkin P. H., Macias M. M., Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*;2020:145(1)e20193449. Erişim:23.08.2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31843861/>
- [101] Carman K.B., Kayhan M., Bilge U., Dinleyici M., Balcıoğlu H., Yazar C. Ve ark. Aile Hekimlerinin Gelişimsel Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Uygulama Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2017;39(3):44-8. Erişim: 24.08.2023 <https://doi.org/10.20515/otd.320953>
- [102] Gölbaşı H., DemiRel Y., Karaca S.N., CiCek A.U., Sari S.A., “Sivas İl Merkezi’nde otizm spektrum bozukluğunun (OSB) yaygınlığı ve aile sağlığı merkezleri sağlık çalışanlarının OSB farkındalıkları”, *Cukurova Medical Journal*; 2021: 46 (3), 998-1008, eRİŞİM: 25.08.2023
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/62102/904937>
- [103] AAP, Consensus Statement on Core Tenets of Chronic Condition Management in Schools, American Academy of Pediatrics;2021: Agreement Number:

NU380T000282 Erişim: 30.06.2024.

<https://downloads.aap.org/AAP/PDF/Consensus%20Statement%20-%20Core%20Tenets%20of%20CCMS%20%202021-08%20.pdf>

- [104] Cortes J.B., Fernandez C.S, de Oliveira M.B., Lagos C.M., Martinez T.B., Hernandez C.L. ve ark. Chronic diseases in the paediatric population: Comorbidities and use of primary care services, *Anales de Pediatría (English Edition)*; 2020;93(3),183-193 Erişim: 28.06.2023
<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2019.12.006>
- [105] Abeysekara P., Turchi R., O'Neil M., Obesity and children with special healthcare needs: special considerations for a special population. *Current opinion in pediatrics*; 2014; 26(4), 508–515. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000124>
- [106] Whalen E., Ely E., Brown A., The role of a multidisciplinary team in a pediatric pulmonary hypertension center. *Pediatric Pulmonology*. 2021; 56: 630–635.Erişim: 30.06.2023 <https://doi.org/10.1002/ppul.24761>
- [107] Lozano, P., Houtrow, A. Supporting Self-Management in Children and Adolescents With Complex Chronic Conditions. *Pediatrics*; 2018;141(3),233–S241. Erişim: 02.07.2023 <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1284H>
- [108] WHO (2020) Global status report on preventing violence against children. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Erişim: 18.02.2024 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332394/9789240004191-eng.pdf?sequence=1>.
- [109] Özyürek A., Çetin A., Yıldırım R., Aile Hekimi ve Öğretmenlerin Çocuk İhmal ve İstismar Konusundaki Görüş ve Tutumları, İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi: 2018;7(1), 436-453 Erişim: 17.06.2023.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/450659>
- [110] Solak Y., Danışman: Yoldaşcan B.E., Adana il merkezi aile hekimliği birimlerinde görev yapan doktorların çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi, Çukurova Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D. Uzmanlık Tezi (2018) No:507670, Adana Erişim:18.06.2023
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=y4s1LXyzul00iuGb3lN_Rg&no=3-DtZGJg2NrPtXl-ow5f6Q
- [111] Yolcuoğlu İ.G. Türkiye’de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi, Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi :2009;5(18), 43-57 Erişim: 24.06.2023
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/197984>
- [112] Jones M., The Necessity of Play in Healthcare Settings, *Pediatric Nursing*;2018;44(6),303-305 Erişim: 27.06.2023
https://www.researchgate.net/publication/352018704_The_necessity_of_play_in_healthcare_settings#fullTextFileContent
- [113] WHO, Promoting rational use of medicines, Erişim: 21.08.2023. (İnternette)
<https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>
- [114] O’Hara K. Paediatric pharmacokinetics and drug doses. *Australian Prescriber*: 2016; 39:208-10. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2016.071>
- [115] Güngör A., Çakır B.Ç., Yalçın H., Çakır H.T., Karauzun A., Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı ile İlgili Ebeveynlerin Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Türkiye Çocuk hastalıkları Dergisi*: 2019;3:203-207 Erişim: 18.06.2023 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/683089>
- [116] Albayrak A., Karakaş N. M., Karahalil B. Evaluation of parental knowledge, attitudes and practices regarding antibiotic use in acute upper respiratory tract infections in children under 18 years of age: a cross-sectional study in Turkey. *BMC pediatrics*; 2021;21(1), 554. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-03020-4>

- [117] Sabancı Ş., Danışmanlar: Tamer E., Özşahin A., 0-14 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarda akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının araştırılması”, Investigation of knowledge and attitudes of parents with children aged 0-14 on rational use of antibiotics in children, Pamukkale Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi: 2023, Erişim: 18.02.2024.
<https://hdl.handle.net/11499/56238>
- [118] Utli H., Turan M. 0-12 Yaş Arası Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;2020; 36(2),87-95 Erişim: 18.02.2024.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/859205>
- [119] Akıcı N., Gelal A., Gürbüz T., Ceran Ö. ve Akıcı A. Hastaneye başvuru öncesinde çocuklarda ilaç kullanımının araştırılması. Anatolian Journal of Clinical Investigation; 2015;9(1),204-209.Erişim:22.07.2023
<https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/5409>
- [120] Yılmaz M., Yılmaz A., Özyörük M., Turunç F., Erkman N.G., Kınalıkaya A. Ve ark. Knowledge and Behaviors of Family Physicians in Düzce, Türk Aile Hekimliği Dergisi:2018;22(1),20-27 Erişim: 28.07.2023
https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_22_1_20_27.pdf
- [121] Savage M.F, Lee J.Y., Kotch J.B., Vann W.F., Early Preventive Dental Visits: Effects on Subsequent Utilization and Costs *Pediatrics*:2004;114(4),418-423 Erişim:2.08.2023 <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/114/4/e418/73261/Early-Preventive-Dental-Visits-Effects-on>
- [122] Kazeminia M., Abdi A., Shohaimi S., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Salari N., Mohammadi M. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide,1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. *Head Face Medicine*, 2020; 16(1),22. <https://doi.org/10.1186/s13005-020-00237-z>
- [123] WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries: report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26–28 January 2016. Geneva: World Health Organization; 2017 Erişim: 23.08.2023. (İnternette)
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255627/WHO-NMH-PND-17.1-eng.pdf>
- [124] Başara B.B., Çağlar İ.S., Aygün A., Özdemir T.A., Kulali B., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2023, Yayın no:1260, Erişim: 23.06.2023.
https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/istatistikler/2021/2021_SB_SIY.pdf
- [125] Gokalp S., Dogan B., Tekcicek M., Berberoglu A., Unluer S. Bes, on iki ve on bes yas cocuklarin agiz dis sagligi profili, Türkiye-2004. *J Hacettepe Facult Dent*; 2007;31(4), 3-10 Erişim: 23.06.2023.
- [126] Aile Diş Hekimliği Modeli Uygulaması 3 Pilot İlde Başlatıldı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığı,2022 Erişim: 23.08.2023. <https://shgmadsdb.saglik.gov.tr/TR-92751/aile-dis-hekimligi-modeli-uygulamasi-3-pilot-ilde-baslatildi.html>
- [127] Chou R., Pappas M., Dana T., Selph S., Hart E., Fu R.F. ve ark. Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children Younger Than Age Five Years: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force, Agency for Healthcare Research and Quality; 2021(no:210) Erişim: 23.08.2023
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK575915/>
- [128] Kardeş E., Saraç F., Çelikel P., Derelioğlu, S.Ş., Cinisli Ö.D., Türkiye’de Bir Grup Aile Hekiminin Erken Çocukluk Çürükleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

- Dergisi:2022;32(1),17-22 Erişim:24.08.2023
<https://doi.org/10.17567/ataunidfd.1011984>
- [129] Stephens M.B., Wiedemer J.P., Kushner G.M. Dental Problems in Primary Care. *American Family Physician*,2018; 98 11, 654-660 Erişim: 25.08.2023
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1201/p654.html>
- [130] dela Cruz G.G., Rozier R.G., Slade G. Dental Screening and Referral of Young Children by Pediatric Primary Care Providers. *Pediatrics* :2004; 114 (5),642–652. Erişim: 25.08.2023 <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1269>
- [131] Sisk B., Alexander J., Bodnar C., Curfman A., Garber K., McSwain S. D. Ve ark. Pediatrician Attitudes Toward and Experiences With Telehealth Use: Results From a National Survey. *Academic Pediatrics*, 2020;20(5),628–635. Erişim: 25.08.2023 <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.05.004>
- [132] Çöme O. ve Mevsim V. Aile Hekimliği Uygulamasında E-Sağlık Çözümleri. *Journal of Turkish Family Physician*: 2023; 14 (1): 30-41. Erişim:26.08.2023
<https://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2023/03/JTFM-2023-1-Derleme-Aile-Hekimligi-e-saglik.pdf>
- [133] Moore, M. A., Coffman, M., Jetty, A., Petterson, S., & Bazemore, A., Only 15% of FPs Report Using Telehealth; Training and Lack of Reimbursement Are Top Barriers. *American Family Physician*:2016; 93(2), 101. Erişim: 27.08.2023
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0115/p101.html>
- [134] Uzaktan sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2022 Sayı: 31746 T.C. Sağlık Bakanlığı Erişim: 28.08.2023. (İnternette)
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>
- [135] Gök G., Covid-19 Pandemisinde Stratejik Bir İnovasyon olan Tele-Sağlık Hizmetinin SWOT Analizi ile İncelenmesi, *Business Economics and Management Research Journal*, 2022;5(3),286-304. Erişim:26.08.2023
https://dergipark.org.tr/tr/pub/bemarej/issue/73285/1195186#article_cite
- [136] Verger P., Fressard L., Collange F., Gautier A., Jestin C., Launay O. Ve ark. Vaccine hesitancy among General Practitioners and its Determinants during Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine*: 2015; 2(8), 891-897. Erişim: 27.08.2023
[https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(15\)30047-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(15)30047-5/fulltext)
- [137] Larson H.J., de Figueiredo A., Xiahong Z., Schulz W.S., Verger P., Johnston I.G. ve ark. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey, *EBioMedicine*:2016;12,295-301 Erişim: 28.08.2023
[https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(16\)30398-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(16)30398-X/fulltext)
- [138] Demirel A. C. Danışman: Önal A. E. İstanbul'daki İki İlçede Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarının Aşı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları; İstanbul Üniversitesi, halk Sağlığı A.B.D. Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2019 Erişim: 29.08.2023 <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/61438.pdf>
- [139] Buğdaycı Yalçın B.N., Tunç, A.Y., Şaşmaz, C. T., Mersin il merkezinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aşı kararsızlığı veya reddi ile karşılaşma durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *Turkish Journal of Public Health*: 2020;18(3),155-169. Erişim: 29.08.2023 <https://doi.org/10.20518/tjph.699186>
- [140] Aygün E., Tortop H.S., Ebeveynlerin Aşı Tereddüt Düzeylerinin ve Karşıtlık nedenlerinin İncelenmesi, *Güncel Pediatri (JCP)*:2020;18(3),300-316 Erişim:29.08.2023 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1450665>
- [141] Sridhar S., Maleq N., Guillermet E., Colombini A., Gessner B. D. A systematic literature review of missed opportunities for immunization in low-and middle-

- income countries. *Vaccine*, 2014;32(51),6870-6879. Erişim:30.08.2023
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.10.063>
- [142] Oñel S. Missed opportunities in vaccination/Asida kacirilmis firsatlar. Çocuk Enfeksiyon Dergisi: 2008;2(Özel Sayı:2),87-90 Erişim: 30.08.2023
https://www.researchgate.net/publication/26576382_Missed_Opportunities_in_Vaccination
- [143] Sertkaya D, şen Bayturan S., Pediatric and Family Physicians' Attitudes Regarding Childhood Optional Vaccines During the COVID-19 Pandemic. The Cureus Journal of Medical Science:2023;15(4),1-12 Erişim: 03.12.2023
https://www.researchgate.net/publication/369909612_Pediatric_and_Family_Physicians'_Attitudes_Regarding_Childhood_Optional_Vaccines_During_the_COVID-19_Pandemic#fullTextFileContent
- [144] Dhobale R.V., Waghachavare V.B., Gore A.D., ve Dhumale G.B., “General practitioners’ knowledge, attitude, and practices regarding optional immunization in urban area of Sangli District: A cross sectional study”, J Family Med Prim Care2022;11: (7),3923-3928 Erişim: 04.12.2023
https://www.researchgate.net/publication/362392098_General_practitioners'_knowledge_attitude_and_practices_regarding_optional_immunization_in_urban_area_of_Sangli_District_A_cross_sectional_study#fullTextFileContent

HAM VERİLER

https://docs.google.com/forms/d/1rwNmEswqCuKw72bhD2-e4UWzu_5FHDUoNzu2bit4qdo/edit#responses



FORMLAR

Ek-1 : Anket Formu

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Kaç yıldır aile hekimi olarak görev yapıyorsunuz (bir yıldan az ise ay olarak belirtiniz)?
4. Branşınız nedir?
 - a) Pratisyen
 - b) SAHU
 - c) Aile Hekimliği Uzmanı
 - d) Diğer branş uzmanı
5. Hangi şehirde görev yapıyorsunuz (şehir plakası yazınız)?
6. Çalıştığınız ASM il merkezinde mi, ilçede mi bulunuyor?
 - a) Merkez
 - b) İlçe
7. Çalıştığınız aile hekimliği biriminiz hangi sınıfta yer almaktadır?
 - a) A
 - b) B
 - c) C
 - d) D
 - e) Sınıfsız
8. Hizmet verdiğiniz nüfusun sosyo-kültürel ve ekonomik durumu sizce nasıl?
 - a) Kötü
 - b) Orta
 - c) İyi
 - d) Çok iyi
9. Hizmet verdiğiniz toplam nüfus sayınız nedir (Rakamla yazınız)?
10. 0-60 ay/ performans dahil olan çocuk nüfusunuz nedir?
11. Ortalama günlük poliklinik sayınız nedir?
12. Aile sağlığı biriminize günlük 0-60 aylık çocuk (aşılar, bebek-çocuk izlemi ve poliklinik toplam günlük gelen çocuk sayısı) başvurusu kaç tanedir?
 - a) 0-10 çocuk
 - b) 11-20 çocuk
 - c) 21-30 çocuk
 - d) 31 -40 çocuk
 - e) 41 ve üzeri çocuk

13. Çalıştığınız ilçede, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı görev yapan aşağıdaki meslek gruplarında personel var mı, varsa hangileri vardır, iş birliği içerisinde çalışabiliyor musunuz (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)?
- a) Diş Hekimi
 - b) Diyetisyen
 - c) Fizyoterapist
 - d) Psikolog
 - e) Sosyal Hizmet Uzmanı
 - f) Var fakat iş birliği içerisinde çalışmıyoruz
 - g) Diğer...
14. Bir çocuk hastaya veya sağlam çocuk muayenesine yeterli zamanı ayırabiliyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kısmen
 - d) Covid-19 sonrası yeterli zamanı ayıramıyorum
 - e) Diğer...
15. Covid-19 ülkemizde görüldüğü dönemden itibaren bebek ve çocuk sağlığı hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?
- a) Başvurular arttı
 - b) Aileler ASM'ye getirmekte endişe duyuyorlar
 - c) Covid-19 öncesine göre, ailelerle iyi bir iletişimimiz var
 - d) Covid-19 çocuk hasta tedavi ve takibinde zorlandım
 - e) Covid-19 öncesine kıyasla verilen hizmetin kalitesi azaldı
 - f) Değişiklik olmadı
 - g) Diğer...
16. Size bağlı nüfusta "Covid-19 tanısı" alan 0-60 ay çocuk oldu mu?
- a) Evet Covid-19 tanısı alan oldu
 - b) Sınıf arkadaşı /komşusu /öğretmeni vs pozitif olup karantina takibi yaptıklarım oldu
 - c) Ailesi Covid-19 olup takip ettiklerim oldu
 - d) Hayır olmadı
17. Sizin veya beraber çalıştığınız aile sağlığı çalışanının "Emzirme Danışmanlığı" belgesi var mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
18. Çalıştığınız birimin "Bebek dostu aile hekimliği merkezi" belgesi var mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
19. Gözleminize göre annelerin bebeklerini ilk altı ayda, emzirme oranı nedir?
20. Gözleminize göre annelerin bebeklerini ilk 2 yaşta ek besin veya mama dahil emzirme oranı nedir?
21. Anne sütü ve emzirme oranlarını arttırmak için ülkemizde verilecek danışmanlık nasıl olmalıdır (birden fazla seçenek işaretlenebilir)?
- a) Aile hekimleri veya aile sağlığı çalışanı annelere emzirme eğitimi vermelidir
 - b) Pediatristler tarafından eğitim verilmeli ve izlenmelidir
 - c) Uzman bir ekip tarafından ev ziyareti ile takip sağlanabilir
 - d) Emziren annelerin ulaşabileceği online platformda destek sağlanmalıdır
 - e) Emzirme desteği verecek ekibin eğitilmesi sağlanmalıdır
 - f) Diğer.....

22. Ailelerin size 0-60 ay arası çocuklarıyla ilgili en sık başvuru nedenleri nelerdir? (Birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

- Aşılar
- Beslenme (emzirme dahil) sorunları/ tavsiyeleri
- Antibiyotik yazdırmak
- Diş sağlığı
- Kas/iskelet sistemi sorunları
- Büyüme-gelişimin izlenmesi veya endişeleri (boy-kilo-uzamama vs.)
- Nöromotor gelişim ile ilgili endişeler (ayına uygun gelişim gösteriyor mu?)
- Ateş
- Ağlama
- Öksürük
- Burun akıntısı/ tıkanıklığı
- Karın ağrısı/kolik
- Akran veya kardeşle yaşanan sorunlar
- Uyku düzeni
- Tuvalet Eğitimi
- Kabızlık
- Enezi
- Görme ve işitme ile ilgili sorunlar
- Zehirlenmeler
- Diğer...

23. Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan ‘‘Bebek, Çocuk, Ergen ‘’ protokolleri kitapçığında yer alan GIDR (Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi)’i kullanıyor musunuz?

- a) Protokoller kitapçığını bilmiyorum
- b) GIDR uygulama eğitimi verilmedi
- c) GIDR’ uyguluyorum
- d) GIDR den farklı bir ölçek kullanıyorum
- e) Polikliniğim yoğun, vaktim olmuyor
- f) Diğer...

24. Kronik hastalığı olan çocukların izleminde sizi en çok zorlayan nedir/nelerdir?

- a) Çocukluk çağı aşılama larını uygulanmasında kararsız kalmak
- b) Beslenme ve gelişim izlemleri
- c) İlgili branş doktoru ile irtibatta zorluk
- d) Ekip (diyetisyen, fizyoterapist vs.) organizasyonda zorluk
- e) Aile ihtiyaçlarını (raporlar, tekerlekli araba vs.) planlamada zorluk
- f) Kronik hastalığı olan kayıtlı çocuğum yok
- g) Hiçbiri
- h) Diğer....

25. Çocuk hastaların sevk-konsültasyonunda hangi alanlarda zorluk yaşıyorsunuz?

- a) Hastane ve ASM sistemlerinin entegre olmaması
- b) Konsültasyon sonucunun yazılı ulaşmaması
- c) Ailelerin randevu alamaması veya konsültasyona çocuğu götürmemesi
- d) Ailelerin ikinci bir görüş amaçlı sevk ısrarı
- e) Zorluk yaşamıyorum
- f) Diğer nedenler

26. Fiziksel veya cinsel istismar vakalarında sizi zorlayan nedir?

- a) İstismar vakalarını tanımakta zorlanırım
- b) Çocuktan veya aileden öykü almakta zorlanırım
- c) Alo 153'ü aramaya veya üst kuruma ihbar etmeye çekinirim
- d) Kendimin veya sağlık personelimın güvenliğinden endişe duyarım %31- 9 kişi
- e) Çocuk koruma servislerinin etkin çalıştığına dair şüphelerim var
- f) Çocuk ve ailesiyle kurduğum bağ ihbar konusunda beni düşündürür
- g) Böyle bir deneyimim olmadı, bilemiyorum %48,3- 14 kişi
- h) Zorlanmıyorum
- i) Diğer nedenler

27. ASM'ler de bekleme alanında, kitap, oyuncak veya oyun alanı olmalı mı?

- a) Finansman sorunu çözülebilirse, iyi olur
- b) İyi olur fakat oyuncak ve kitapları eve götürebilirler
- c) Her yaş grubuna uygun olarak düzenlenmesi çok zor
- d) Çok uzun süre beklemiyorlar ihtiyaç olduğunu düşünmüyorum
- e) Hijyen sorununu çözmek zor olabilir, kararsızım
- f) Diğer...

28. Ailelerin çocuklarına antibiyotik kullanımlarını nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Ben reçete edersem antibiyotik alıyorlar, ekstra istekleri olmuyor
- b) Çocukları ateşlendiğinde antibiyotik istekleri oluyor
- c) Daha önceki yıllara göre antibiyotik istekleri bir miktar azaldı
- d) Evde yedek antibiyotik bulundurmak amaçlı istekleri oluyor
- e) Çocuklarına antibiyotik kullanmak istemiyorlar
- f) Semptom gerileyince antibiyotik kullanımını yarıda bırakıyorlar
- g) Diğer...

29. Çocuk hastaların reçetesinde ilaç dozunu ayarlarken zorlanıyor musunuz?

- a) Kilo ve yaşa göre doz ayarlamada zorlanıyorum
- b) Prospektüslere ve güvenli bilgiye ulaşmada zorlanıyorum
- c) Kronik hastalığı olanlarda zorluk yaşıyorum
- d) Doz, yan etkiler vs. açısından klinik farmakolog onayından geçmesi endişemi azaltabilir
- e) Zorlanmıyorum
- f) Diğer

30. Ailelere çocuklar için koruyucu ağız ve diş sağlığı önerileriniz ne oluyor?

- a) Belirli aralıklarla kontrol ediyorum
- b) Günde iki defa diş fırçalamalarını tavsiye ediyorum
- c) Aileler bu konuda sorduğunda cevap veriyorum
- d) İlçe sağlık müdürlüğüne bağlı diş hekimi var, yönlendiriyorum
- e) Diş sağlığı için diş hekimine görünmeleri gerektiğini hatırlatıyorum
- f) Yeterince vakit ayıramıyorum, diş hekimleriyle birlikte çalışılmalı
- g) Diğer....

31. Ülkemizde çocuk sağlığı hizmetlerini geliştirmek ve ulaşılabilirliği arttırmak için aile hekimliğine tele-tıp (tele-medicine) entegre edilebilir mi, nasıl olmalıdır?

- a) Ailelere standart eğitim videoları hazırlanıp, izlemeleri sağlanabilir
- b) Randevulu ve acil vakalar hariç ailelerle video-chat yapılabilir.
- c) Tetkik sonuçları ve reçete için uygulanabilir
- d) Mobil veya evde sağlık hizmetlerine entegre olabilir
- e) Entegre olmalıdır, hangi alanlarda uygulanabileceği düşünülebilir
- f) Aile hekimliğinde uygulanamaz
- g) Diğer

32. Aşı kararsızlığı (aileleri aşı konusunda ikna etmeniz gereken durumlar) oluyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

33. Ailelerin aşı konusunda kararsızlık yaşamalarına neden olan durumlar nelerdir?

- a) Uygulayan personelin aşı ve uygulama tereddütleri
- b) Sosyal medyanın aşı karşıtlığı yazı ve faaliyetleri
- c) Dini nedenlerle
- d) Ailelerin aşılarla ilgili sorularının yeterince cevaplanamaması
- e) Aşıların sayısının ve dozunun çokluğu
- f) Aşıların içerisindeki katkı maddeleri
- g) Gelişebilecek istenmeyen etki/yan etkiler
- h) Aşı kararsızlığı ile karşılaşmadım/deneyimim yok
- i) Diğer...

34. Aşı kararsızlığını ile gelen ailelerle karşılaştığınızda bu durumu nasıl yönetiyorsunuz?

- a) Ailelere eğitim vererek, aşılama konusunda ikna ediyorum
- b) Ailelerin bazı sorularını cevaplamakta zorlanıyorum
- c) Aşı kararsızlığı ile karşılaştığımda çözmekte zorlanıyorum, destek olabilecek online birimler olmalı
- d) Çözemiyorum, ilçe sağlık müdürlüğüne yönlendiriyorum
- e) Diğer...

35. Kaçırılmış veya eksik aşıların uygulamasında yaşadığınız zorluklar nelerdir?

- a) Ailelerin aşı kararsızlığı veya reddi
- b) Çocukların eksik olan aşılarının tespit edilmesi
- c) Ailenin olumsuz aşı deneyimi
- d) Aileye veya çocuğa ulaşmak zorluğu (ikamet değişikliği vs.)
- e) Evrak veya prosedürler (sistemin izin verdiği performans aralığı vs.)
- f) Zorluk yaşamıyorum
- g) Diğer...

36. Ulusal Aşı programında olmayan aşılarından ailelere yapılmasını önerdikleriniz oluyor mu?

- a) Evet Öneriyorum
- b) Programda olmayan aşıları önermiyorum
- c) Herkese değil ama kronik hastalığı olanlara önerdiklerim oluyor
- d) Diğer...

37. Otizm Spektrum bozukluğunu taramasını rutin yapıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

38. Covid-19 pandemisiyle, ailelerin tutumlarındaki değişikliklerinde göz önünde bulundurarak, çocuk sağlığı uygulamalarında nasıl değişiklik oldu mu?

	Arttı	Kısmen arttı	Değişmedi	Azaldı	Kısmen azaldı
Yeni doğan topuk kanı aldırma oranı					
Boy-kilo- baş çevresi izlem oranı					
Çocuklarda obezite					
Çocuklarda malnütrisyon					
Emzirme ve anne sütü ile besleme Oranı					
Rutin aşıların uygulanması					
Rutinde olmayan aşıların uygulanması					
Görme taraması yaptırma oranı					
İşitme taraması yaptırma oranı					
Çocukların Psikomotor gelişimleri					
Çocukların Sosyal ve Duygusal gelişimi					
Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Oranları					
Otizm Spektrum Bozukluğu tespiti					
Konuşma bozukluğu					
Rutin demir başlanması					
Rutin D vitamini başlanması					
Hemogram takibi					

Ek-2 : Sağlık Bakanlığı Çalışma İzni Onayı**Ek-3 : Etik Kurul İzni**

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE VERİLEN ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN İÇERİĞİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**9**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**8**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%**3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

www.halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

%**1**

2

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

3

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

4

erzurumism.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

5

Submitted to The Scientific & Technological
Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

<%**1**

6

dspace.ceid.org.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

pdffox.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

www.hips.hacettepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

docplayer.biz.tr