T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN AİLELERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜŞLERİ

Arş. Gör. Dr. Ceyda Fatma EKİNCİ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN

ERZURUM-2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iv**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
ÖZET ..... **ix**
ABSTRACT ..... **xi**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı 3
2.2. Dünyada Aile Hekimliği 4
2.3. Türkiye'de Aile Hekimliği 5
2.4. Aile Hekimliğinde Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri 7
2.5. Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayenesi Sıklığı ve Süresi 8
2.6. Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayenesi İlkeleri 8
2.7. Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayenesinde Basamaklar 9
2.7.1. Görüşme ve Öykü 10
2.7.2. Aile, Çevre ve Çocuk İlişkinin Gözlemlenmesi 10
2.7.3. Fizik Muayene 10
2.7.4. Gelişiminin Değerlendirilmesi 10
2.7.5. Bağışıklama 11
2.7.6 Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık 11
2.7.7. Taramalar 11
2.7.7.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi 12
2.7.7.2. Yenidoğan Döneminde Metabolik Taramalar 12
2.7.7.2.1. Fenilketonüri Taraması 13
2.7.7.2.2. Biotinidaz Eksikliği Taraması 14
2.7.7.2.3. Konjenital Hipotiroidi Taraması 14
2.7.7.2.4. Kistik Fibrozis Tarama Testi Programı 15

2.7.7.3. Yenidoğan İşitme Taraması Programı 16
2.7.7.4. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı 17
2.7.7.5. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamanın Yapılması 18
2.7.7.6. Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme 19
2.7.7.7. Demir Profilaksisi D Vitamini Profilaksisi 20
2.7.7.8. İnmemiş Testis Muayenesi 20
2.7.7.9. Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi 21
2.7.7.10. Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı 21
2.7.7.11. Sağlıklı Diyet Danışmanlığı 22
2.7.7.12. Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba Motor ve İnce Motor Gelişimin Taranması 22
2.7.7.13. Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması 23
2.7.7.13.1. Otizm Spektrum Bozukluğu 23
2.7.7.13.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 24
2.7.7.13.3. Özgül Öğrenme Güçlüğü 25
2.7.7.14. Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1. Onay 26
3.2. Araştırma Evreni 26
3.4. Araştırmadan Dışlama Kriterleri 26
3.5. Örneklemin Oluşumu 26
3.6. Araştırmanın Veri Kaynakları 27
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli 27
3.8. İstatistiksel Yöntemler 28
3.9. Araştırmanın Süresi 29
4. BULGULAR 30
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Çocuk İzlemlerindeki Bilgi, Görüş ve Tutumlarına Göre Dağılımı 30
5. TARTIŞMA 45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 54
KAYNAKLAR 56

EKLER..... 66
EK-1. Etik Kurul Kararı..... 66
EK-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu..... 68
EK-3. Kişisel Bilgi Formu..... 70
EK-4. Ailelerin Çocukluk Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Bilgi ve Görüşlerini İçeren Anket..... 71

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Avrupa aile hekimliği tanımı çekirdek yeterlilikler ve özellikleri 4
Tablo 2. FKÜ Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması..... 13
Tablo 3. Biotinidaz Eksikliği Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması 14
Tablo 4. Hipotiroidi Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması..... 15
Tablo 5. KF Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması 16
Tablo 6. Gelişimsel kalça displazisi risk faktörleri 18
Tablo 7. Ülkemize Aşı Takvimi 19
Tablo 8. Araştırmanın zaman çizelgesi 29
Tablo 9. Katılımcıların cinsiyetleri..... 30
Tablo 10. Katılımcıların yaş dağılımı..... 30
Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumları..... 30
Tablo 12. Katılımcıların Çocuk İzlemlere Katılma Durumları 31
Tablo 13. Aile Hekimlerinin Ebeveynleri Bilgilendirme Düzeyleri 32
Tablo 14. Katılımcıların izlemlere vakit ayırabilme durumları..... 32
Tablo 15. Katılımcıların Çocuklarına Yapılan İzlemler Hakkındaki Görüşü 32
Tablo 16. Katılımcıların anne sütü hakkındaki görüşleri 33
Tablo 17. Katılımcıların emzirme hakkındaki görüşleri 33
Tablo 18. Katılımcıların Aile Hekimliğinden Emzirme İle İlgili Bilgilendirilme Durumları 33
Tablo 19. Katılımcılara Aile Hekimliğinden D Vitamini Damlası Verilme Durumları 34
Tablo 20. Katılımcıların D Vitaminine Ücret Ödeme Durumları 34
Tablo 21. Katılımcıların D Vitamini Kullanma Durumları..... 34
Tablo 22. Katılımcıların çocuklarından topuk kanı alınma Durumları 35
Tablo 23. Katılımcıların Topuk Kanı İle İlgili Bilgi Düzeyi 35
Tablo 24. Katılımcıların Çocuklarına İşitme Taraması Yapılma Durumları 35
Tablo 25. Katılımcıların Çocuklarına Görme Taraması Yapılma Durumları 36
Tablo 26. Katılımcıların Çocuklarına Demir Damlası Verilme Durumları 36
Tablo 27. Katılımcıların Demir Damlasına Ücret Ödeme Durumları..... 36

Tablo 28. Katılımcıların Demir Damlasını Kullanma Süreleri 36
Tablo 29. Katılımcıların Çocuklarına Gelişimsel Kalça Displazisi Muayenesinin Uygulanma Durumu 37
Tablo 30. Katılımcıların Çocuklarına Tansiyon Ölçümünün Uygulanma Durumu .. 37
Tablo 31. Katılımcıların Otizm Taraması Farkındalık Durumu 37
Tablo 32. Katılımcıların Çocuklarına Otizm Taramasının Uygulanma Durumu 38
Tablo 33. Katılımcıların Otizm Taramasının Uygulanma Süresiyle İlgili Farkındalığı 38
Tablo 34. Katılımcıların Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Farkındalık Durumu ... 38
Tablo 35. Katılımcıların Çocuklarına dikkat eksikliği ve hiperaktivite Taramasının Uygulanma Durumu 39
Tablo 36. Katılımcıların Dikkat Eksikliği Taramasının Uygulanma Süresiyle İlgili Farkındalığı 39
Tablo 37. Katılımcıların Özgül Öğrenme Güçlüğü ile ilgili Farkındalık Durumu.... 39
Tablo 38. Katılımcıların Çocuklarına Özgül Öğrenme Güçlüğü Taramasının Uygulanma Durumu 40
Tablo 39. Katılımcıların Özgül Öğrenme Güçlüğü Taramasının Uygulanma Süresiyle İlgili Farkındalığı 40
Tablo 40. Katılımcıların Çocuklarına Obezite Taramasının Uygulanma Durumu ... 41
Tablo 41. Katılımcıların Aşılama İle İlgili Bilgi Düzeyi 42
Tablo 42. Katılımcıların Çocuklarını Aşılarını yaptırma durumları 42
Tablo 43. Katılımcıların Cinsiyetine Göre İzlemlere Vakit Ayırırken Zorluk Yaşama Durumlarının Kıyaslanması 43
Tablo 44. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aile Hekimliğinde Yapılan İzlemlere Katılma Durumlarının Kıyaslanması 43
Tablo 45. Katılımcıların Eğitim Durumlarıyla Bazı Sorulara Verilen Cevapların Karşılaştırılması 44

KISALTMALAR DİZİNİ

AAFP : American Academy of Family Physicians
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
ACPM : American College of Preventive Medicine
AÇSAP : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi
AH/GP : Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler
AHBS : Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality
AMA : American Medical Association
ASM : Aile Sağlığı Merkezi
BCG : Bacille Calmette- Guerin Aşısı Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza Tip b Aşısı
BÇİP : Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CTFPHC : Canadian Task Force on Preventive Health Care
ÇPGD : Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programı
DaBT-İPA-Hib : Beşli Karma Aşı
DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
e-ASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
FAH : Fenilalanin Hidroksilaz
FKÜ : Fenilketonüri
GBP : Genişletilmiş Bağışıklama Programı
GKD : Gelişimsel Kalça Displazisi
HB : Hemoglobin
HPLC : High Performance Liquid Chromatography
İRT : İmmün Reaktif Tripsinojen
KAH : Konjenital Adrenal Hiperplazi
KDT : Kanıta Dayalı Tıp
KF : Kistik Fibrozis
KHK : Kanun Hükmünde Kararname

KKK	**:** Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
KOAH	**:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KPA	: Konjuge Pnömokok Aşısı
OSB	**:** Otizm Spekturum Bozukluğu
ÖÖG	**:** Özgül Öğrenme Güçlüğü
PSM	**:** Periyodik Sağlık Muayenesi
RTÜK	**:** Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
USPSTF	**:** United States Preventive Services Task Force
T.C.	**:** Türkiye Cumhuriyeti
TSH	**:** Tiroid Stimülan Hormon
TV	**:** Televizyon
USG	**:** Ultrasonografi
WONCA	**:** World Organization Of National Colleges Academies and Academic Associations of Genereal Practioners/Family Physicians
YDTP	**:** Yenidoğan Tarama Programı
YÖK	**:** Yüksek Öğretim Kurulu

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içerisinde uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yardımları ile önemli katkıları olan Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Suat SİNCAN'a,

Sınırlı bir süre de olsa çalışma imkânı bulduğum Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a,

Tezime olan destek ve katkılarından dolayı, değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Mustafa BAYRAKTAR'a,

Hayatım boyunca bana emek veren annem Sibel BEKARLAR ve Babam Cezmi BEKARLAR 'a,

Hiçbir zaman benden yardımını ve desteğini esirgemeyen ailem Abdullah EKİNCİ, Nurgül EKİNCİ, Sümeyye EKİNCİ, Muhammet Sait EKİNCİ ve Elvan SÜMER'e

Sonsuz sevgisiyle her zaman yanımda olan hayat arkadaşım, her şeyim Ufuk EKİNCİ'ye,

Ve hayat enerjim, neşem canım oğlum Yusuf Ali EKİNCİ'ye

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. Ceyda Fatma EKİNCİ

ÖZET

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Ailelerin Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri

Giriş ve Amaç: Periyodik sağlık muayenesi (PSM); sağlıklı bireylerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla iyilik halinin devamını sağlamak amacıyla belirli zamanlarda yapılan düzenli sağlık kontrolleridir. Çocukluk çağı periyodik sağlık muayenelerinde bütün çocukların; büyüme ve gelişme takiplerinin yapılır, çocukluk çağı aşılarının yapılır, sık görülen çocukluk çağı hastalıklarının taramaları yapılır**,** sağlık durumları irdelenir, koruyucu hekimliğin ön planda olduğu sağlık hizmetleri sunulur. Çocukluk çağı periyodik muayenelerinde amaç sağlığı sürdürmek, sakatlıkların önüne geçmek ve bebek ve çocuk ölümlerini en aza indirmektir. Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran ailelerin çocukluk çağı periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmamız Eğitim tipi ASM' den hizmet alan, 0-5 yaş arası çocuk sahibi olan ve anketimize katılmayı kabul eden 126 kişi üzerinde yapılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 versiyonu ile analiz edilmiştir. İstatiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %76,2 (n=96) kadın, %23,8 (n=30) erkektir. %73,8'i (n=93) üniversite mezunudur. Tüm katılımcılar çocukluk çağı periyodik muayenelerinin yapılması gerektiği görüşünü belirtmiştir. 123 katılımcı (%97,6) çocuklarını aile hekimliğinde yapılan tüm izlemlere eksiksiz olarak getirdiğini, 94 katılımcı (%74,6) çocuklarına yapılan izlemlerin yeterli olduğunu belirtmiştir. Ebeveynlerden 96'sı (%76,2) izlemlere gelmeden önce bilgi sahibi olmak için bir araştırma yaparak geldiğini bildirirken, izlemlere gelmeden önce araştırma yapan

ebeveynlerin ise 47'si (%37,3) internetten, 46'sı (%36,5) aile hekiminden bilgi aldığını bildirmiştir. Katılımcıların topuk kanı %86,5 (n=109), aşılama %76,2 (n=96), işitme %100 (n=126), görme %81 (n=102), gelişimsel kalça displazisi %93,7 (n=118) gibi taramalarda katılımın ve bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülürken; hipertansiyon %72,2 (n=91), gelişimsel bozukluklar için yapılan taramalarda (otizm: %23 (n=82), DEHB: %15,1 (n=89), ÖÖG: %79,4 (n=100) hem katılımın hem de bilgi düzeylerinin daha az olduğu görülmüştür.

Sonuç: Ailelerin çocukluk çağı muayeneleri hakkında farkındalıklarının yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Aşılama, göz taraması, işitme taraması, gelişimsel kalça displazisi taramalarında yüksek bilgi seviyesi görülürken, hipertansiyon, gelişimsel bozukluklar gibi taramalarda yeterince bilgilerinin olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada, ebeveynlerin çocukluk çağı periyodik muayeneleri ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları, aile hekimlerinin yaptıkları işler konusunda aileleri yeterince bilgilendirmedikleri sonucu çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Periyodik sağlık muayeneleri; sağlam çocuk izlemi; koruyucu hekimlik

ABSTRACT

Knowledge, Attitudes and Opinions of Families Applying to Atatürk University Faculty of Medicine Education Family Health Center About Childhood Periodic Health Examinations

Purpose: Periodic health examination (PSM); These are regular health checks made at certain times in order to ensure the continuation of the well-being of healthy individuals through screening tests and physical examination, counseling and health education. In the periodic health examinations of all children; Growth and development follow-ups are made, childhood vaccinations are done, common childhood diseases are screened, health conditions are examined, and health services are provided where preventive medicine is at the forefront. The aim of periodic childhood examinations is to maintain health, prevent disability and minimize infant and child deaths. In this study, it was aimed to determine the knowledge, attitudes and opinions of families who applied to Atatürk University Faculty of Medicine Education Family Health Center about periodic childhood health examinations.

Materials and Methods: The study was carried out at Atatürk University Faculty of Medicine Education Family Health Centers (ASM) between March and April 2021. This study was carried out on 126 people who received service from the Education-type ASM, had children between the ages of 0-5 and agreed to participate in our survey. The obtained data were analyzed with SPSS version 22.0. The statistical significance value of $p<0.05$ was accepted.

Results: 76,2% (n=96) of the participants were female and 23,8% (n=30) were male. 73,8% (n=93) of them are university graduates. All participants expressed the opinion that periodic childhood examinations should be performed. 123 participants (97,6%) stated that they brought their children to all follow-ups in family medicine in full, 94 participants (74,6%) stated that the follow-ups for their children were sufficient. While 96 (76,2%) of the parents reported that they did a research to have information before coming to the follow-ups, 47 (37,3%) of the parents who did research before coming to the follow-ups came from the internet and 46 (36,5%)

reported that he had received information from his family doctor. Heel blood of the participants 86,5% (n=109), vaccination 76,2% (n=96), hearing 100% (n=126), vision 81% (n=102), developmental hip dysplasia 93,7% (n=118) while it is seen that participation and knowledge levels are high; hypertension 72,2% (n=91), screening for developmental disorders (autism: 23% (n=82), ADHD: 15,1% (n=89), SLD: 79,4% (n=100) It was observed that both participation and knowledge levels were lower.

Result: It has been understood that the awareness of families about childhood examinations is not enough. While a high level of knowledge was observed in vaccination, eye screening, hearing screening, and developmental hip dysplasia screenings, it was observed that they did not have enough information in screenings such as hypertension and developmental disorders. In this study, it was concluded that parents did not have enough information about periodic childhood examinations and family physicians did not inform families enough about their work.

Keywords: Periodic health examinations; well child follow-up; preventive medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın çalışan tabiplerdir (1). Birinci basamağın en önemli hizmetlerinden biri de çocuk izlemleridir. Bu izlem, yalnızca sağlıklı çocuklarla sınırlı değildir. Yapılan bu izlemler sayesinde bütün çocukların büyüme ve gelişimlerinin takip edilerek iyilik halleri değerlendirilir, aşılama hizmetleri, taramalar ve sağlıklılığın devam ettirilmesini sağlanarak koruyucu hekimlik hizmeti yerine getirilmiş olur. Koruyucu hekimlikte amaç PSM sayesinde erken teşhis ve tedavi ile mortalitenin ve morbitenin azaltılmasıdır (2).

Aile hekimliğinin kolay ulaşılabilir olup ve ilk temas noktası olarak hizmet sunmasından dolayı, hastalıkların önlenmesi açısından önemli bir sorumluluk yüklemektedir. Bağışıklamanın sağlanması, çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için koruyucu hekimlik adına önemli bir işlemdir. Aşılama hizmeti, ülkemizde aile hekimleri tarafından verilmektedir. Sağlık eğitimi çocuk sağlığı açısından oldukça önemli olup çoğu zaman önemsenmeyip atlanmaktadır. Oysa hem ailenin hem de hastanın eğitimi ile hastalıkların önlenmesine büyük katkılar sağlanabilmektedir. Danışmanlık ve sağlık eğitimi verilirken çocuğun yaşı, ailesinin özellikleri ve gereksinimleri dikkate alınmalıdır (3). Çocuk izlemlerinde süreklilik oldukça önemli olup izlemlerin devamlılığı için aile ve hekim daima işbirliği içerisinde olmalıdır (4).

Periyodik sağlık muayenesi kavramı; sağlam kişilere yönelik yapılan tarama testi, fizik muayene, bağışıklama ve danışmanlık hizmeti ile belirli zamanlarda ve düzenli aralıklarla tekrarlanan takipleri kapsar (5). Periyodik sağlık muayeneleri ile kişilere etkili bir sağlık hizmeti verilirken verilen, yapılan danışmanlık ve eğitimler ile gereksiz harcamalarında önüne geçilmiş olmaktadır. Çocukluk çağı periyodik sağlık muayeneleri bütün çocukların; büyüme ve gelişme takiplerinin yapıldığı, sağlık durumlarının irdelendiği, koruyucu hekimliğin ön planda olduğu sağlık hizmetidir. Çocukluk çağı periyodik muayenelerinde amaç sağlığı sürdürmek, sakatlıkların önüne geçmek ve bebek ve çocuk ölümlerini en aza indirmektir (6). Bu amacı

gerçekleştirmek için ailelerinde çocukluk çağı muayeneleri hakkında yeterli farkındalığa sahip olmaları gerekmektedir. Bu sayede hastalıklar erken teşhis edilip gerekli tedavi, eğitim ve danışmalık hizmetleri geç kalınmadan verilerek çocukların daha sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmeleri sağlanabilecektir.

Bu çalışma; birinci basamak hekimlerine başvuran 0-5 yaş arası çocuk sahibi olan ailelerin; uygulanması gereken PSM'leriyle ilgili görüşlerini almak bu konudaki farkındalıklarını öğrenmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile hekimliği ile ilgili ilk tanım Leeuwenhorst tarafından yapılmıştır. Leeuwenhorst'a (1977) göre aile hekimi; 'Sağlık hizmeti sunumunda ilk tıbbi temas noktasını oluşturur ve hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar (7). Yaş, cinsiyet ya da bireyin herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlık hizmetini bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım ile sunar. Sürekli sağlık hizmeti vermelidir. Hastalıkların görülme sıklığının belirlenmesinde etkin bir rol oynar. Kişilerin akut ve kronik sağlık sorunlarını tedavi etmeye çalışır aynı zamanda acil yaklaşım gerektiren durumları da yönetir. Toplum sağlığının gelişmesinde etkin rol oynar. Sağlık sorunlarını tüm boyutlarıyla irdeler (2, 9). WONCA 'ya göre Aile Hekimliğinin amacı hastaların ve toplumların eğitim ve sağlık hizmeti sunarak bu disiplini desteklemek ve geliştirmektir (8). Bu uzlaşı bildirgesi; hem aile hekimliği / genel pratisyenlik disiplinini ve mesleksel görevlerini hem de aile hekimlerinin gereksindiği çekirdek yeterliklerini tanımlamaktadır. Disiplini tanımlayan 12 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 temel yeteneği belirler. Bunlar 6 çekirdek yeterlikte toplanabilir; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım-modelleme (9).

Tablo 1. Avrupa aile hekimliği tanımı çekirdek yeterlilikler ve özellikleri (WONCA 2002/2011)

ORTAM YÖNETİMİ BİLİMSELLİK DAVRANIŞ YÖNETİMİ	**İş Tanımlarının Uygulanması**	Birinci Basamak Yönetimi	Bakımın koordinasyonu ve savunmanlık
			İlk temas, açık erişim, tüm sağlık sorunları
		Topluma Yönelik Hizmet Anlayışı	Toplumun sağlığı için sorumluluk duyma
	Hastalarla İletişimin Güçlendirilmesi	Farklı Sorunları Anlayabilme ve Çözebilme Yeteneği	İnsidans ve prevalansa dayalı karar verme
			Sorunların erken ayrışmamış evreler görülmesi
		Detaylı Yaklaşım	Akut ve kronik sağlık sorunları aynı anda çözebilme
			Sağlık ve esenlik durumunu geliştirme
	Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi	Kişi Merkezli Bakım	Hastayla karar verme
			Hasta ve ortam merkezli
			Doktor hasta ilişkisi
		Bütüncül Yaklaşım	Bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşçu

2.2. Dünyada Aile Hekimliği

Hekimler 20. yüzyılın başlarına kadar genellikle hastalıklar üzerinde durmuşlardır. Bunun sonucunda ise tıpta aşırı uzmanlaşma durumu ortaya çıkmış hastaların ortada kalmasına neden olunmuştur. Dr. Francis Peabody, bu durumdan dolayı 1923 yılında; "Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliğini" savunmuştur (10). Bu görüşten sonra ilk olarak 1952'de İngiltere'de genel pratisyenliği geliştirmek ve standartlarını yükseltmek amacıyla Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji (Royal Collage of General Practitioners) kurulmuştur. 1960'lı yılların başında ise Amerika'da Aile Hekimliği (AH) fikri ortaya çıkmış, Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından 1966'da yayınlanan Millis ve Willard raporları yayınlanmıştır. Millis raporunda; Birinci basamak sağlık bakımı için mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliği vurgulanmıştır. Willard raporunda ise halkın sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için 'Aile Hekimliği' olarak isimlendirilecek yeni bir uzmanlık dalının kurulmasından bahsedilmiştir. 1969 yılında da "Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu" (American Board of Family Medicine-ABFM) kurulmuştur ve aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır (11). 1974

yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmış, Aile Hekimliği 'nin dayandığı ilkeleri belirten Leeuwenhorst tanımı ortaya konmuştur. Bu tanım, 1998 WHO (Dünya Sağlık Örgütü), 2000 ve 2002 WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians veya kısaca World Organization of Family DoctorsDünya Aile Hekimleri Birliği) tanımlarının temelini oluşturmuştur (12, 13).

Alma Ata (Almatı) Konferansı 1978 yılında yapılmış olup bu konferans, '2000 yılında herkese sağlık' başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler belirlenmiş. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. 1986'da toplanan Avrupa Konseyi, Avrupa Topluluğu ülkelerinde görev yapacak aile hekimlerinin; en az 2 yıl uzmanlık eğitimi almış olması gerektiğini kararlaştırmıştır. Daha sonra 2001 yılında Barcelona'daki toplantıda bu süreyi 3 yıla çıkarmışlardır (52).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 2000 Yılında "Herkese Sağlık" ilkesi doğrultusunda önemli bir işbirliği yapmışlardır. 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmekte Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlenmiştir (14). Bu konferansta alınan kararlar şu şekildedir; 'Sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulabilmesi için birçok değişikliğe ihtiyaç vardır. Aile Hekimliği, etkili, kaliteli ve düşük maliyete hizmet vermelidir. Aile Hekiminin bu şekilde hizmet sunumu yapabilmesi için, hasta bakımında yetkin olmalıdır' şeklinde önerilerde bulunulmuştur (15). Yapılan bu konferans günümüzde Aile Hekimliğinin temel esaslarının oluşmasında oldukça önemlidir.

2.3. Türkiye'de Aile Hekimliği

1947 yılında o dönemin sağlık bakanı olan Dr. Behçet UZ tarafından Koruyucu hekimlik teşkilatının kurulması ve yaygınlaştırılması kararı gündeme gelmiş fakat daha sonrasında nedeni bilinmeyen bir şekilde bu karar uygulanmaya konulmamıştır (16). Sonrasında Aile Hekimliği kavramı ülkemizde 1970'li yıllarda tekrar gündeme

gelmiş fakat uzmanlık dalı olarak kabul edilmemiştir. 1983 yılında ülkemizde AH uzmanlığı kabul edilmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınarak Türkiye'de AH bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur.

24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete 'de 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un yayımlanmasıyla Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması yürürlüğe girmiş ve ardından sırasıyla 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazetede Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ve 12.08.2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazetede "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" yayımlanmıştır. Böylece aile hekimliği uygulaması ilk 15.09.2005 tarihinde pilot olarak Düzce İlinde başlamıştır. 2010 yılı sonu itibariyle tüm ülkede uygulanması gerektiği belirtilmiştir. 2010 yılında "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" yayımlanmış daha sonra 2011 yılında tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Ülkemizde en son 25 Ocak 2013 te Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği yayınlanmış olup aile hekimliğinin görevleri madde-4 te 14 madde şeklinde belirtilmiştir.

1. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
2. Kendisine kayıtlı kişilere gerekli koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak,
3. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,
4. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek,
5. Kayıtlı kişilerin izlem ve taramalarını yapmak,

6. Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
7. Tetkik hizmetlerini vermek,
8. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,
9. Evde takibi zorunlu olan kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetleri esnasında birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
10. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek,
11. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
12. Aile sağlığı merkezini yönetmek ve gerekli eğitimleri vermek,
13. Kişi için düzenlenmesi gereken sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemektir (17).

Ülkemizde Aile Hekimliği ile koruyucu hizmetlerde verilen bütün sağlık hizmetleri kişilerin sağlık sigortasına bakılmaksızın herkes için ücretsiz olarak sunulmaktadır (53).

2.4. Aile Hekimliğinde Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri

Sağlıklı çocuk, hastalık belirtileri göstermeyen, kronolojik yaşına uygun bir bedensel büyüme, fizyolojik olgunlaşma, ruh ve zekâ gelişimi gösteren çocuk olarak tanımlanır (18). Çocukluk çağı periyodik sağlık muayeneleri, aile hekimliğinde çocuklara sunulan sağlık hizmetlerinin temelidir. PSM de tüm çocukların büyüme ve gelişmeleri izlenir, sağlıklı olup olmadığının değerlendirilir, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik hizmetleri verilir. Bu hizmetten yararlanmak her çocuğun en doğal hakkıdır. TBMM de 1995 yılında kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesinin 24. maddesi doğrudan çocuk sağlığı hizmetlerine yöneliktir (6).

2.5. Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayenesi Sıklığı ve Süresi

Çocukluk çağı izlemleri doğumla beraber başlar, adolesan dönemin sonuna kadar devam eder. Gebeliğin son trimesterinde anneye çocuk izlemi hakkında bilgi verilmeli, emzirme, beslenme, bebek bakımı konularında eğitimler düzenlenmelidir. Bu eğitimi sağlık personeli işbirliği içinde yürütmeli, çocuk içinde bulunduğu aile ortamıyla bir bütün olarak değerlendirilmelidir (6, 19). Çocuk sağlığı izlemi için önerilen standart programlar vardır. Sağlık Bakanlığı sağlık personeline yardımcı olması için çocukluk çağı periyodik muayene rehberini hazırlamıştır. Bu rehbere göre 0-4 gün, 1, 2, 4, 6, 9, 12. ayda olmak üzere ilk yılda en az 7 kez, 12-18 ay arası 3 ayda bir, 2-6 yaş arası yılda bir izlem önerilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ise doğumdan sonra ilk 24 saat içinde, taburcu olurken, 7–10. günlerde, ilk 6 ay içinde her ay, 6 ay ile 2 yaş arası üç ayda bir, 2–6 yaşlar arası altı ayda bir, 6 yaştan sonra yılda bir izlem önermektedir. Amerikan Pediatri Akademisine göre bebekler doğumda, 2 haftalık, 2 aylık, 4, 6, 9,12, 15, 18 ve 24 aylık iken mutlaka kontrol edilmelidir. Süt çocukluğundan sonra 6-12 ayda bir kontrollere devam etmelidirler (6).

2.6. Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayenesi İlkeleri

Çocukluk çağı periyodik sağlık muayenesinde amaç, sağlığın devamlılığını sağlamak çocukluk çağındaki morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Bu amacı ise; hastalıkları önleyerek, erken tanı ve tedavi olanağı sağlayarak, çocuğun sağlıklı yetişmesi konusunda aileye destek vererek ve bakımın sürekli olması sağlayacak şekilde hizmet sunarak yerine getirmektedir. Böylece çocukların daha uzun, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmeleri sağlanmaktadır (19). Birinci basamak sağlık birimlerinde verilen sağlık hizmetlerinde dört ana grup koruma bireye yönelik olarak hizmet vermektedir.

Birincil koruma, hastalığa neden olan davranışların değiştirilmesi için yapılan etkinlikleri hastalığa neden olan temasların azaltılmasını, maruziyete neden olan durumlarda hastalığın ortaya çıkmasını engellemeyi, hastalıklar için risk etmenlerinin kontrol edilmesini ve böylelikle hastalıkların görülme sıklığını azaltma için yapılanları içermektedir.

İkincil koruma, hastalığı kontrol etmek, sonuçları en aza indirmek için erken tanı ve acil girişim amacıyla kullanılan girişimler olarak tanımlanmıştır.

Üçüncül koruma, hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastalığın etkilediği kişinin yaşam kalitesini arttırma, yaşam süresini uzatmak amacıyla yapılan hizmetlerdir. Üçüncül koruma hastalıktan dolayı oluşabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla hizmet vermektedir.

Dördüncül Korunma (Kuaterner Korunma), hem tanıda kullanılan fazla tetkiklerin önüne geçmek, hem de hastalıkların gerekmediği halde tedavi edilmesini önlemeyi amaçlamaktadır.

Primordiyal koruma, hastalığın nedenselliğine yol açabilen toplumda hastalıklar için risk etmenlerinin ortaya çıkmasını azaltmak ya da elimine etmek için önlem ve eylemler olarak tanımlanmaktadır.

Periyodik sağlık taramaları sekonder koruma hizmetleri içerisinde yer almaktadır.

2.7. Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayenesinde Basamaklar

- Görüşme ve öykü
- Aile, çevre ve çocuk ilişkinin gözlemlenmesi
- Fizik muayene
- Gelişiminin değerlendirilmesi
- Taramalar ve aşı
- Veri ve bulguların kaydedilmesi
- Sağlık eğitimi ve bebeğin bulunduğu aya göre danışmanlık
- Annenin soruları ve özetleme ve bir sonraki randevuyu belirleme şeklindedir.

2.7.1. Görüşme ve Öykü

İlk başvuruda soygeçmiş dahil olmak üzere detaylı bir öykü alınmalıdır. Bu veriler düzenli takipler için oldukça önemlidir (20). Alınan öykü, yapılan en son takipten sonraki tüm yeni gelişmeleri içermelidir. Varolan şikayetleri, beslenme, aşı, aşı yan etkileri, çocuğun gelişimi ile ilgili herşey not edilmelidir (20).

2.7.2. Aile, Çevre ve Çocuk İlişkinin Gözlemlenmesi

Bebeğin ilk yaşında özellikle bebeğin bakımını üstlenen kişi ile olan ilişki, daha sonraki yıllarda ise çevresi ile olan ilişkisine dikkat edilmelidir (20). Doğumdan sonraki zamanlarda anneye emzirme durumu, emzik veya biberon kullanımı sorulmalı, kundaklama gibi yanlış bir uygulamada bulunulmasının önüne geçilmesi için gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Çocuk ihmali veya istismarını düşündürebilecek bulgulara dikkat edilmelidir (20).

2.7.3. Fizik Muayene

Fizik muayene hastalıkların teşhisinde kullandığımız en önemli yöntem olmaya devam etmektedir. Bu yüzden aile hekimliğine izlem için başvuran tüm çocuklarda şikâyet varlığına bakılmaksızın tam bir sistemik muayene yapılmalıdır. Daha sonra her yapılan izlemde boy, kilo ve iki yaşa kadar baş çevresi ölçülerek büyüme izlenmeli, büyüme ve gelişme persentil eğrisine göre değerlendirilerek aile bilgilendirilmelidir. Sağlık Bakanlığının rehberlerinde fizik muayene yapılması önerilmektedir.

2.7.4. Gelişiminin Değerlendirilmesi

Bedensel ve zihinsel fonksiyonlarda artış olması gelişme olarak tanımlanmaktadır (10). Dişlerin gelişimini, kemiklerin gelişmesini (kemik yaşı tayini), nöromotor, psikososyal ve cinsel gelişmeyi içerir. Gelişimsel izlem her muayenede yapılmalıdır, eğer şüphe edilen bir durum varsa bir üst basamağa sevki yapılmalıdır.

2.7.5. Bağışıklama

Kişilerin enfeksiyon hastalıklarından korunması için kişisel hijyen, temiz içme suyu, atıkların kontrolü vb. dikkat etmesinin yanı sıra bağışıklamaya da ihtiyaçları vardır. Aşılama hem etkili ve ucuz bir yöntem olup hem de enfeksiyon hastalıklarından korunmada oldukça önemlidir (21). Aşılamada amaç mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır. Aşı ile önlenebilir hastalıkların çoğu %100'e yakın azaltılmış, bazıları ise (çiçek hastalığı) eradike edilmiştir. Aşılama hastalık yapma gücü azaltılmış ya da çeşitli işlemlerle yok edilmiş aşı antijenleri verilerek vücudun buna karşı kendini savunacak bir bağışıklık yanıtı oluşturmakla sağlanır (22). Öncelikle bebek, çocuk ve gebeler olmak üzere tüm kişilerin aşılanma durumuna dikkat edilmeli, ulusal aşı takvimine göre aşılanması gerekenler ve eksik aşısı olanlar tespit edilip aşılanmalıdır.

2.7.6 Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık

Riskli davranışların azaltılması hastanın farkındalığı ile azaltılabilmektedir. Bu açıdan hastanın eğitimi büyük bir önem arz etmektedir. Hasta eğitimi, kişilerde sağlıkla ilgili herhangi bir davranışı, bilinçli ve gönüllü olarak kabul etmesini hazırlamak için oldukça önemlidir ve koruyucu hekimliğin en önemli görevlerindendir. Etkin bir hasta eğitimi, hasta-merkezli, hastanın düşüncesine, inançlarına uygun, hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenmiş hedefleri net, uygulanabilir, birinci basamak çalışanları, hastanın ailesi ve kendisiyle bir bütün olarak uygulanabilen zamana yayılmış ve süreğen bir eğitim sürecidir (23).

2.7.7. Taramalar

Tarama testleri; henüz herhangi bir hastalığı olmayan kişilerde bir hastalık saptamak üzerine yapılmaktadır. DSÖ'ye göre taranan hastalık toplumda yaygın olarak görülmeli ve tarama testi bu hastalığı erken tespit etmelidir. Tarama testleri hem ekonomik olmalıdır. Sonuç olarak tespit edilen hastalık tedavi edilebilir olmalıdır (24).

2.7.7.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi

Periyodik sağlık muayenesi, sağlıklı bireylerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla iyilik halinin devamını sağlamak amacıyla belirli zamanlarda yapılan düzenli sağlık kontrolleridir (25). Periyodik sağlık muayeneleri sayesinde kişilere koruyucu sağlık hizmetleri sunarken aynı zamanda danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilip, fizik muayene sırasında bireyin sağlık durumu ile ilgili fikir sahibi olup gereksiz tarama testi istenmesinin önüne geçilmekte böylece ekonomik açıdan da tasarruf edilmiş olmaktadır (25). Türkiye'de 2010 yılı sonunda Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin parçası olan "periyodik sağlık muayenesini yapmak" Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirtilerek aile hekimlerinin görev tanımına dâhil edilmiştir (26). Bundan sonra ki süreçte ise periyodik sağlık muayenesi rehberine yönelik çalışmalar başlamıştır. Sağlık Bakanlığı en son 2015 yılında aile hekimliği uygulamasında kullanılan rehberi güncelleyerek hizmete sunmuştur.

Yayımlanan rehberde aile hekimliği uygulamasında önerilen her yaş grubuna özgü periyodik muayenelere ait veriler bulunmaktadır. Ülkemizde bulunan rehberin uygulanması ile koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu sayede, yüksek risk gruplarında bulunan bireylerin erken teşhis edilmeleri ve gerekiyorsa tedavi almaları sağlanmalı, birinci basamakta gerekli tedaviyi alamayacak bireylerin ise tedavi, danışmanlık, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilmesi ile birinci basamak hekimliğinin kalitesinin artırılması amaçlanmıştır.

2.7.7.2. Yenidoğan Döneminde Metabolik Taramalar

Tarama testleri tüm dünyada yenidoğan döneminde yaygın olarak kullanılmaktır. Kullanılma amacı uzun vadede mortalite ve morbiditeye neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilerek erken müdahale edilmesinin sağlanmasıdır. Yenidoğanın metabolik taramaları ilk kez 1960'lı yılların başında Robert Guthrie tarafından bakteriyel inhibisyon yöntemi ile fenilketonüri taraması için filtre kağıdına (Guthrie) kan örneklerinin alınması ile başlamıştır (69). Bu programa

1974'te konjenital hipotroidi taramaları eklenmiştir. Ülkemizde 2006 yılında Yenidoğan Tarama Programı ile yenidoğanların Fenilketonüri ve Konjenital Hipotiroidi yönünden taranması zorunlu hale gelmiş, 2008'de panele Biyotinidaz eksikliği, 2015'den itibaren de Kistik Fibrozis eklenmiştir.

2.7.7.2.1. Fenilketonüri Taraması

Fenülketonüri, fenilalanin hidroksilaz enziminin tam ya da tama yakın eksikliği sonucu ortaya çıkan, erken teşhis edilmediği durumlarda çocuklarda ağır gelişme ve zeka geriliğine yol açan otozomal resesif geçiş gösteren kalıtsal bir hastalıktır (40). Ülkemizde akraba evliliklerinin de sık görülmesinden dolayı oldukça çok görülüp insidansı 1/6094'dır (41). Fenilketonürili hastalarda en sık görülen bulgu olan zeka geriliği ve diğer nörolojik sorunlardır. Yenidoğan Tarama Programı ile erken teşhis edilebilmekte ve yaşamın ilk 21. gününden önce diyet tedavisine başlanabilmektedir (42). Diyet tedavisiyle fenilalaninin dokularda birikmesini ve beyne zarar vermesi önlenebilmektedir. Fenilalanin içeren diyet ile plazma fenilalanin düzeylerinin (2-6mg/dL) arasında kalarak dengenin korunması sağlanmaktır (43).

Ülkemizde yenidoğanlara 3. veya 5. günlerinde FKÜ erken teşhisi için taraması yapılmalı, topuk kanı alınıp alınmadığının sorgulanmalı ve herhangi bir sebepten dolayı alınmamış ise topuk kanı alınmalıdır. Ülkemizde "Neonatal Tarama Programı Genelgesi (2006/130)" yılında başlamış olup en son 2015 yılında güncellenmiş ve bu rehberler nedeniyle topuk kanının alınması zorunludur. FKÜ açısından ulusal tarama programımızda izlenen akış şeması Tablo 2'de ki gibidir (26).

Tablo 2. FKÜ Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması

KAN ÖRNEĞİ	
UYGUNSUZ KAN ÖRNEĞİ	UYGUN KAN ÖRNEĞİ
Kan Örneği Tekrarı	Tarama Laboratuvarına Gönderilir.
Tarama laboratuvarına gönderilir.	>4 ml/dl ise
2.1-3.9 ml/dl ise tekrar kan örneği gönderilir.	Pediatrik beslenme ve metabolizma kliniğine sevk edilmeli
<2 mg/dl ise normal kabul edilir.	

2.7.7.2.2. Biotinidaz Eksikliği Taraması

İnsan vücudunda biotinin ortaya çıkmasını sağlayan biotidinaz enzimindeki eksikliği sonucu ortaya çıkmaktadır. Erken tanı konulamayıp ve tedavisine geç başlanan çocuklarda nörolojik sekeller ortaya çıkabilir ve hatta ölümle sonuçlanabilir. Ülkemiz Biyotinidaz eksikliğinin en sık görüldüğü ülkelerden biridir. Görülme sıklığı dünyada 1/60000 iken, ülkemizde insidansı 1:11000 olarak bildirilmektedir (44). Tanı enzim aktivitesinin yokluğunun gösterilmesi ile konmaktadır. Tedavide yüksek doz biotin oral yolla verilir.

Ülkemizde Yenidoğanlara 3. veya 5. günlerinde biotidinaz eksikliğinin erken teşhisi için tarama yapılmalı, topuk kanı alınıp alınmadığının sorgulanmalı ve herhangi bir nedenden dolayı alınmadı ise topuk kanı alınmalıdır. Ülkemizde "Neonatal Tarama Programı Genel Yazısı (2012)" ve "YDTP Genelgesi 2014/7"uyarınca alınması zorunludur(26). Biotinidaz eksikliği durumunda ulusal tarama programımızda izlenen akış şeması Tablo 3'teki gibidir.

Tablo 3. Biotinidaz Eksikliği Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması (26)

KAN ÖRNEĞİ	
UYGUNSUZ KAN ÖRNEĞİ	UYGUN KAN ÖRNEĞİ
Kan Örneği Tekrarı	Tarama Laboratuvarına Gönderilir.
Tarama laboratuvarına gönderilir.	Enzim aktivetisi eksik veya yok ise
Enzim aktivitesi varsa normal kabul edilir.	Tekrar kan örneği alınmalı
	Enzim aktivetisi eksik veya yok ise
	Pediatrik beslenme ve metabolizma kliniğine sevk edilmeli

2.7.7.2.3. Konjenital Hipotiroidi Taraması

Ülkemizde yenidoğanlarda en sık görülen endokrinolojik sorun olmakla

beraber önlenebilir zeka geriliğinin de en sık nedenidir. Ülkemizde görülme sıklığı yenidoğanda 1/3000-1/4500 arasındadır. Tarama doğumdan sonra 48-96. saatler arasında yapılmalıdır. TSH ölçümü için cut-off değerinin kapiller kanda 20 mIU/ ml olarak alınmaktadır. Tedavide levotiroksin kullanılır.

Ülkemizde yenidoğanlara 3. veya 5. günlerinde konjenital hipotroidinin erken teşhisi için tarama yapılmalı, topuk kanı alınıp alınmadığının sorgulanmalı ve herhangi bir sebepten dolayı alınmamış ise topuk kanı alınmalıdır. Ülkemizde "Neonatal Tarama Programı Genelgesi (2006/130) ve YDTP Genelgesi 2014/7 ile yürürlüğe giren en son 2015 yılında güncellenen genelgeye göre topuk kanının alınması zorunludur (26). Ulusal Tarama Programımızda İzlenen Akış Şeması Tablo 4'teki Gibidir (27).

Tablo 4. Hipotiroidi Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması (26)

KAN ÖRNEĞİ	
UYGUNSUZ KAN ÖRNEĞİ	UYGUN KAN ÖRNEĞİ
Kan Örneği Tekrarı	Tarama Laboratuvarına Gönderilir.
Tarama laboratuvarına gönderilir.	>20 ug/l ise
<5.5 ise normal kabul edilir.	İldeki uygun laboratuvarda serum T4 ve TSH bakılmalı
>5.5-20 ug/l ise tekrar kan örneği alınır.	Danışman hekim görüşü alınmalı
>5.5 mlu/L ise	Pediatrik endokrinolojiye sevk edilmeli
İldeki uygun laboratuvarda serum T4 ve TSH bakılmalı şüpheli durumda sevk edilmeli	

2.7.7.2.4. Kistik Fibrozis Tarama Testi Programı

Kistik fibrozisin görülme sıklığı 1/2000-3500 olup otozomal resesif geçiş gösteren en yaygın mortal hastalıktır (45). Temel bozukluk ter, tükürük, trakeobronşiyal, egzokrin glandlarından anormal sekresyonların oluşmasıdır. Tekrarlayan akciğer infeksiyonları ölümün en sık sebebidir 46). Topuk kanından alınan örneklerde immun reaktif tripsinojen (IRT) ölçümü yapılır. IRT değeri yüksek çıkan bebekler ter testi yapan merkezlere yönlendirilmelidir. Kistik fibrozisli hastalar uygun diyet, ilaçlar ve fizyoterapi ile takip edilir.

Tablo 5. KF Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması (26)

KAN ÖRNEĞİ	
UYGUNSUZ KAN ÖRNEĞİ	UYGUN KAN ÖRNEĞİ
Kan Örneği Tekrarı	Tarama Laboratuvarına Gönderilir
Tarama laboratuvarına gönderilir.	>90 ug/l ise
<90 ise normal kabul edilir.	7-14 günler arasında tekrar kan örneği gönderilir
>90 ug/l ise gerekli prosedür uygulanır.	>70 ug/l ise
	Ter testi için sevk edilir.
	Şüpheli ise ilgili kliniğe sevk edilir.

2.7.7.3. Yenidoğan İşitme Taraması Programı

Bebeklerde işitme kaybı erken dönemde tanı alıp tedavi edilmediğinde, konuşma ve dil gelişimi oldukça etkilenmektedir. İşitme kaybı 1000 canlı doğumda 1-3 civarında görülmektedir. İşitme kaydı ülkemizde en çok görülen doğumsal defekttir (28, 29). İşitme kaybı olan çocuklardan işitme desteği alabilecek olanların belirlenip altı aydan önce gerekli müdahale yapılmalıdır. Yapılan çalışmalarda altı aydan önce gerekli müdahalenin yapıldığı çocuklarda üç yaşında uygulanan ekspresif dil testlerinin normal olduğu görülmüştür. İşitme engeli erken dönemde teşhis edilen çocuklarda dil, sosyal ve kognitif yeteneklerin geliştirilmesi sağlanabilmektedir (30).

İşitme taramasının amacı işitme kaybının erken tespit edilmesini sağlamaktır (31, 32). Dünya Sağlık Örgütü çocuğun işitmesi ile ilgili şüphe duyulduğu takdirde ilk üç ay içinde işitmenin test edilmesini önermektedir (33).

İşitme taraması testinin doğumdan sonraki ilk 72 saat içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması gerekli olup ülkemizce kabul edilen "Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi-2014/27" yürürlüğe giren en son 2015 yılında güncellenen genelge gereğince 3. izlem olan 3 - 25.günlerde taramanın tamamlanması eğer kayıp varsa 3 ay içinde tanı alması ve bebeğin 6. ay izleminde ise cihazlandırılmasının yapılması gereklidir.

Aile hekimlerinin nüfuslarına kayıtlı bebeklerin taramalarının sorgulanması, tanı almış bebek/çocukların takiplerine devamlılıklarını kontrol etmeleri gereklidir (34).

2.7.7.4. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı

Doğumda femur başının asetabulum içinde olmayıp, farklı bir pozisyonda bulunmasına 'Gelişimsel Kalça Displazisi'(GKD) denir. Bu patolojinin doğumdan hemen sonra olması gerekmez. İlerleyen zamanlarda kalça ekleminde oluşan bir uyumsuzluk sonucu da ortaya çıkabilir (29). Gelişimsel kalça displazisi doğumda anlaşılabileceği gibi yaşamın ilerleyen dönemlerinde de anlaşılabilmektedir. Türkiye'de GKD'nin prevalansı 1000 canlı doğumda 10 civarında olduğu bilinmektedir. Sonuç olarak ülkemizde her yıl 14-18 bin yenidoğan sakat kalma durumuyla karşılaşmaktadır (35).

Etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. GKD erken tanı alıp tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Yenidoğan döneminde, fizik muayenede fizyolojik kalça ve diz kontraktürünün olmaması, abdüksiyon kısıtlılığı, Ortolani ve Barlow bulgusu ve pili asimetrisi değerlendirilerek tanı konulabilir. Ortolani ve Barlow testleri doğumda ve 6. haftada muayenenin bir parçası olarak yapılır. 2-3.aydan sonra Ortolani ve Barlow testleri tanı için yeterli olmayabilir. Bu dönemden sonra kalça 90°fleksiyondayken abdüksiyon kısıtlılığı önemli bir bulgudur. Kalça ultrasonografisi ilk 12 ayda uygulanabilen, özellikle ilk 4 ayda radyografiden daha üstün bir tanı yöntemidir. Erken dönemde saptandığında konservatif yöntemlerle başarıyla tedavi edilebilirken, geç tanı aldığında tedavinin başarı şansı düşmektedir (36-38).

Ülkemizde GKD Tarama Programı Genelgesi 2013/4 yürürlüğe giren ve 2015 te güncellenen rehber nedeniyle doğumdan sonra ilk 48 saatte aileyi bilgilendirme, 3 ve 4. haftada bebeğin GKD açısından erken teşhisi için risk değerlendirmesi ve fizik muayenesinin yapılması ve riskli vakaların uzman doktorlara yönlendirilmesinin yapılması gereklidir.

Tablo 6. Gelişimsel kalça displazisi risk faktörleri

Gelişimsel Kalça Displazisi Risk Faktörleri	
Anamnezde	**Fizk Muayenede**
• GKD'Lİ kardeş veya yakın akraba	• Kalça abduksiyonunda kısıtlılık
• İlk doğan kız bebek	• Kalçalar ve dizler 90 derece büküldükten sonra Diz seviyelerinin farklı oluşu
• Çoğul gebelik	• Makat duruş
• Amnion sıvısı anormallikleri	• Ortolani bulgusu (kalçanın yerine)konulabilirliği
• Bebeğin ayağında şekil bozukluğu	• Barlow bulgusu (kalçanın çıkarılabilirliği)
• Skolyoz	• Uyluk yada kasık katlantılarında asimetri
• Pelvik oblisite	• Bacaklar arasında uzunluk farkı
• Kalça abduksiyon kısıtlılığı	• Kundaklama

2.7.7.5. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamanın Yapılması

Periyodik sağlık muayenesi, henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı bireylerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi ile yapılan düzenli sağlık kontrolleri olup, bununla birlikte bağışıklamayı da içine alan bir sağlık izlem programıdır (39).

Yüzyıllar boyunca bağışıklama bulaşıcı hastalıklarla mücadelede en etkili yöntem olarak bilinmektedir. Bağışıklama ile birçok öldürücü ve bulaşıcı hastalık bitme noktasına gelmiş hatta çiçek hastalığı eradike edilmiştir. Bağışıklama sadece aşılanan kişiyi değil tüm toplumu koruyabilmeyi sağlar. Bir toplumda aşılama belirli bir oranda yapıldığı zaman o hastalık toplumda yayılamaz.

Bağışıklık geliştirmek için antijen ya da antijenler karışımının çeşitli met otlarla vücuda uygulanması işlemine de aşılama denir. Aşılamada amaç hastalıkları oluşmadan önlemektir. Bu sayede bulaşıcı hastalıkları azaltmak hatta tamamen eradike etmek amaçlanmaktadır (40).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda erişkinlerde aşı ile önlenebilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" kapsamında aşı uygulamaları yapılmasının önemli olduğu vurgulanmıştır.

Tablo 7. Ülkemize Aşı Takvimi (64)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay[3]	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçeği[1]						I				
KKK						I			II	
Hep-A[2]							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

[1] 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.
[2] 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.
[3] 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

2.7.7.6. Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme

Çocukluk döneminde çocuğun sağlıklı gelişimi açısından oldukça değerli olup bu dönmede çocuğun biyolik ve psikososyal gereksinimleri karşılanmalıdır. Bu yönden çocuğun tüm ihtiyaçlarını karşılayan anne sütü en ideal besin olarak bilinmektedir (41). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), 6. Ayda ek besinlere başlayarak emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi gerektiğini belirtmektedir (42). Bebeğe verilen ek besinler anne sütünün yerine geçmemelidir. Anne sütü altı aydan sonra çocuk için önemli bir besin, sıvı ve immünolojik koruma kaynağı olması açısından önemlidir (43, 44). Ek gıdalara erken başlanması halinde anne sütü giderek azalır. Anne sütünü az alan çocukta ise daha çabuk enfeksiyona yakalanma veya daha sık ishal olmasına sebep olur (45). Gebeliğin 32. haftasından başlamak üzere bütün gebe takiplerinde ve doğumdan itibaren 2 yaşına kadar tüm bebek takiplerinde beslenme yetersizliği ve neden olduğu hastalıklardan

korunma amacıyla Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü'ne (BÇİP) uygun şekilde anne sütü ile beslenme, emzirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda aileler bilgilendirilmelidir (46).

2.7.7.7. Demir Profilaksisi D Vitamini Profilaksisi

Çocuklarda demir eksikliğinin değerlendirilmesi için sistemik bir muayene yapılmalıdır. Anamnez alırken çocuğun ne kadar anne sütü aldığı, ek gıdalara ne zaman başlandığı, ek gıdaların içeriği/miktarı, günlük aldığı inek sütü miktarı ve ailenin beslenme alışkanlıkları yer alır. Demir eksikliği anemisini önlemek amaçlı olarak Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı periyodik muayene rehberine göre profilaktik olarak 4.aydan başlayarak 12.aya kadar demir takviyesi verilmelidir. Hemoglobin (Hb) değerlerine 9.ayda bakılmalı ve 12-24 ay grubundaki çocuklarda palmar solukluk muayenesi yapılarak gerekli durumlarda demir eksikliği tedavisi başlanmalıdır. 5 yaş ve erken orta ve geç adolesan dönemde ise birer kez Hb (hemoglobin) bakılmalıdır (47).

Ayrıca doğumdan itibaren 1 yaşına kadar tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini profilaksisi verilmelidir (40).

2.7.7.8. İnmemiş Testis Muayenesi

İnmemiş testisin sebebi bilinmemekle beraber sıklığı gittikçe artmaktadır. İnsidansı ülkemizde %4 iken prematürelerde bu oran %30' lara kadar çıkmaktadır (48). Ülkemizde oldukça fazla görülmesine rağmen tanı ve tedavisinde gecikilmektedir (49). Geç tanı almasının sebepleri arasında ailelerin çocuklarını izlemlere götürmemeleri, hekimlerin ayrıntılı muayene yapmamaları veya farkındalıklarının az olması olabilir. İlerleyen dönemlerde birçok soruna neden olan inmemiş testis erken dönemde tanı almalı ve tedavi edilmelidir. Bundan dolayı erken teşhis için fizik muayene çok büyük öneme sahiptir (50, 51).

Ülkemizde BÇİP-2008/45 Genelgesi ve 2015 te güncellenen son rehbere göre 6 ay-1 yaş arası bebek izlemlerinde en az bir kez inmemiş testis muayenesi yapılması

zorunludur (40).

2.7.7.9. Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi

Görme taramalarında amaç görmeyi engelleyecek risk faktörlerinin erken dönemde tespit edilmesi, görmesinde kısıtlılık olanların erken dönemde tanınarak gerekli müdahalelerin zamanında yapılmasını sağlamaktır. Periyodik sağlık muayenesi rehberine göre ilk görme değerlendirilmesi doğumdan sonraki 15. Gün izleminde yapılmalıdır. 36-42 aylık çocuklarda kırmızı refle, 3 yaş üstü çocuklarda ise görme keskinliği muayenesi yapılmalıdır. İzlemlerde şüpheli bir durum varsa bir üst basamağa sevki sağlanmalıdır. Strabismus saptanan çocuk tespit edildiği an göz uzmanına sevk edilmelidir (52).

Ülkemizde "BÇİP Genelgesi -2008/45 -Yönerge 8a ve 8b" maddesi gereğince görme keskinliğini tarama amaçlı 15. gün muayenesi ve sonraki her muayenede bebeğin görmesinin değerlendirilmesi, muayenede sonucu şüpheli bulunan vakaların ileri merkeze vakit geçirmeden sevk edilmesi zorunludur. Bebeğin 1. ayda kırmızı refle, 2. ayda ışık refleksi, 3. ayda ise ışık takibi testi kontrolü yapılmaktadır. Ayrıca strabismus saptanan bebek veya çocuklar her yaşta ileri merkeze sevk edilmelidir (34).

2.7.7.10. Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız ve diş sağlığı çocuğun gelişimi açısından oldukça önemlidir. Ağız ve diş sağlığında sorun yaşayan çocuklar farklı sağlık sorunları açısından da risk altındadır. Çocuklardaki diş problemleri çocukların beslenme ve gelişimlerini, sosyal ilişkilerini ve derslere olan konsantrasyonlarını etkileyip okul başarısını düşürebilmektedir. Bebeklerde dişler 4. Ayla birlikte çıkmaya başlar 27.aya kadar devam eder. Dişlerin çıkmaya başlamasıyla birlikte çürük oluşma ihtimalide başlamış olur. Bebeğin biberonla beslenmesi, çok fazla şekerli gıda tüketmesi, gerekli vitamin ve mineralleri yetersiz alması ağız hijyenine dikkat edilmemesi neticesinde dişlerde çürükler meydana gelmektedir. Yapılan birçok çalışmada ağız hijyenine dikkat edilmediği takdirde tükürük salgısı içinde bakteri kolonilerinin oluşmaya başladığı ve bunların

dişlerde çürüğe neden olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle bu kolonilerin oluşmasını önlemek için bebeklerde ağız hijyeni sağlamaya özen gösterilmelidir. Ağız ve diş sağlığı hayat kalitesi için oldukça büyük önem taşımaktadır. Ağızla ilgili oluşan birçok problem daha önceden önlenebilecek sorunları içermektedir. Bundan dolayı koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olan aile hekimleri aileleri ağız ve diş sağlığı açısından bilgilendirmeli ve gerektiğinde diş hekimine sevk etmelidir (34). Bebekte süt dişlerinin çıkmasıyla diş hekimine altı aylık aralıklarla ağız diş sağlığının korunması amacıyla kontrollere gidilmelidir.

2.7.7.11. Sağlıklı Diyet Danışmanlığı

Dünyada en çok ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağında başlayan sağlıksız beslenme alışkanlığının ilerleyen dönemlerde kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı belirtilmiştir (53). Çocukluk döneminde başlayan sağlıksız beslenme alışkanlığı erken dönemde tespit edilmelidir. Bunun içinde koruyucu hekimlik rolünü üstlenen aile hekimlikleri gerekli danışmanlık ve eğitim hizmetlerini vererek ilerleyen dönemlerde oluşabilecek hastalıkları önleyebilir ve sağlıklı bir yaşam biçimi oluşturabilirler.

Sağlıklı beslenme konusunda 0-1 yaş arası bebeklik dönemi ve 1-5 yaş arası okul öncesi dönemlerde en az bir kez eğitim verilmelidir (34).

2.7.7.12. Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba Motor ve İnce Motor Gelişimin Taranması

Çocukların en önemli özelliklerinden biri büyüme ve gelişmelerinin devam ediyor olmasıdır. Doğumdan sonraki ilk dönemde sinir sisteminin gelişimi oldukça hızlıdır (54). Çocukluk çağında gelişme geriliğinin görülme oranı %15 ‘tir. Çocuklarda gelişim 6 yaşına kadar tamamlanmaktadır. Bundan dolayı 6 yaşına kadar tanı alamayan gelişim gerilikleri tedavi şanslarını kaybetmiş olabilir (55). Gelişme geriliğinin erken tanı alması ile rehabilitasyon programları sayesinde çocuğun gelişimi açısından ilerlemeler kaydedilebilir. Çocukluk döneminde gelişme geriliği olan çocuklarda erişkinlik döneminde birçok sorunun ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Gelişme geriliği

olan çocukların erken tespit edilip gerekli eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetleri verildiğin de gelişim geriliğinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (54). Okul öncesi rehabilitasyon programları, onların sosyal, toplumsal yapısını ve özbakımını geliştirir ve ailelere destek sağlayıp yol gösterirler. Gelişme geriliğini ilk fark edecek olanlar ebeveynlerdir (54). Çoğu ebeveyn birinci basamak hizmetlerinden faydalanmak için okul öncesine kadar aile hekimliklerine başvurmaktadırlar. Bu başvurular gelişme geriliğinin fark edilmesi için aile hekimlikleri için fırsat sunmaktadır. Aynı zamanda çocuğun gelişimini etkileyecek ailevi risk faktörlerinin değerlendirilmesi için bu takipler oldukça değerlidir. Aile hekimliğinin ilk tıbbi temas noktasını oluşturması ve süreklilik esasına uygun olarak çalışmasından dolayı gelişme geriliği olan çocukların aileleri için oldukça önemlidir. Aileler için duygusal olarak destek sağlanmasında da faydalı olabilirler.

Ülkemizde kabul gören "BÇİP ve Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programına (ÇPGD)" uygun olarak 0-6 yaş döneminde bebek ve çocuğun bilişsel ve dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişimi, kaba motor ve ince motor gelişimi ile ilgili muayenelerin yapılması, şüphelenilen durumlarda ebeveynler bilgilendirilerek ilgili üst basamağa sevk edilmesi gereklidir (34).

2.7.7.13. Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması

2.7.7.13.1. Otizm Spektrum Bozukluğu

Otizm çocukluk döneminde ortaya çıkarak yaşımın diğer dönemlerinde de kişinin sosyal yaşantısını, iletişim becerilerini etkileyen, nörogelişimsel bir hastalıktır (56). Zihinsel engellikten sonra en sık görülen gelişimsel geriliktir (57). Etyolojisi net olarak bilinmemektedir (58). Otizm spekturum bozukluğu günümüzde oldukça sık görülmektedir. Amerikada prevalansı %2 civarında olup ülkemizde erkek çocuklarda 5 kat daha fazla olmak üzere %3 civarında görülmektedir (59, 60). OSB'nin erken tanı aldığı takdirde çocuklarda gerekli bilişsel ve davranış terapileri sayesinde olumlu yönde gelişmeler olmaktadır (61). Erken teşhis edilen çocuklarda gerekli eğitimler geç kalınmadan başlanabileceği için çocuklar okuma, çalışma, bağımsız yaşama gibi yetilerini geliştirebilmektedir (61). Prognozun iyi seyrediyor olmasından dolayı

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) çocukların 18. ve 24. aylarda otistik bulgular açısından taranmasını önermektedir (62). OSB'nin her geçen gün artması, erken tanı aldığı durumlarda prognozun olumlu yönde seyretmesinden dolayı OSB taraması oldukça önemli bir hal almıştır. Aile Hekimliklerinin ilk tıbbi temas noktası olması OSB'nin erken tanı alması için oldukça önemlidir.

Sağlık Bakanlığı periyodik çocuk muayene rehberine göre; OSB'nin erken tespiti için bebeklerin 18-36 aylar arasında bir kez otizm açısından muayene edilmesi gereklidir. Muayene esnasında; çocuğun ismi söylendiği zaman bakıp bakmamasına, göz kontağı kurup kurmamasına ve parmakla gösterilen nesneye bakıp bakmamasına göre yapılandırılmış test yapılmalıdır (34). Puanlama sonucuna göre ebeveynler bilgilendirilerek ilgili üst basamağa sevk edilmelidir.

2.7.7.13.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluğudur. Ülkemizde insidansı %10 civarındadır. Erken tanı alıp tedavi edildiğinde belirgin düzelme olurken tedavi edilmediği takdirde psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun kesin tanı koydurucu bir testi bulunmamaktadır. Yapılan bir çalışmada çocukluk çağında görülen DEHB'nin yeterli tanı almadığı ifade edilmektedir. Bunun en önemli sebebi hastalığın çok görülmesine rağmen aile hekimlerinin bu konuda farkındalıklarının az olmasıdır. Erken teşhis edilmediği yaşam kalitesini bozan, birçok soruna sebep olan DEHB'nin sadece tanısı ve tedavisi değil, taramasıda oldukça önemlidir. Amerikan Pediatri Akademisi tarafından yayınlanan "Çocuk ve Ergenlerde DEHB'nun Tanı, Değerlendirme ve Tedavisi için Klinik Uygulama Kılavuzu" nun ilk maddesinde de 4-18 yaş arasında dikkatsizlik, aşırı hareketlilik bulguları gösteren tüm çocukların birinci basamak hekimi tarafından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Çocukluk Çağı Periyodik Muayene Rehberine göre 48-60 aylar arasında çocukta bir kez elleri ve ayakları sürekli kıpır kıpır olan veya oturduğu yerde kıpırdanan, dalgın, dikkatsiz görünen ve karşısındakini dinleyemeyen

çocuklar dikkat eksikliği ve hiperaktivite açısından değerlendirilmelidir (34).

2.7.7.13.3. Özgül Öğrenme Güçlüğü

Genellikle 7-8 yaşlarında bulgu verir. Zeka geriliği olmamasına rağmen okuma-yazma, aritmetik ve diğer akademik işlevlerde zorlanma olarak ortaya çıkar. Ülkemizde insidansı %7'dir. Gelişimsel bir sorundur. Okulda sosyal problemler yaşayan çocukların kişilik gelişimleri olumsuz etkilenmekte bunun sonucunda çocuklarda psikolojik problemler ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı periyodik muayene rehberine göre 48-60 aylar arasında 2 kez, konuşmanın değerlendirilmesi, öğrenme yetisinin gelişmişlik durumunun değerlendirilmesi önerilmektedir (34).

2.7.7.14. Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması

Çocuğun gereksinimlerinin karşılanmaması veya ihlal edilmesi çocuğa karşı kötü muamele zeminini oluşturmaktadır. Çocuk ihmali hem yasal hem de toplum sağlığı ile ilgili bir konudur. Çocuğa uygulanan kötü muamele ile bilinçli veya bilinçsiz zarar verebilme düşüncesini içermektedir. Çocuğa uygulanan kötü muamele sonucu çocuğun sağlığı tehdit edilmiş olmakta ve birçok psikolojik rahatsızlıklara zemin oluşturmaktadır. Kötü muameleye maruz kalana çocukta depresyon, kaygı bozukluğu gibi psikolojik sorunlar görülürken, bağışığın zayıflaması gibi sorunlara da sebep olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin çeşitli sebeplerle de olsa ilk başvurduğu yer aile hekimlikleri olmaktadır. Aile hekimleri çocuk ihmali ve istismarı ile çocuğa kötü muamele olup olmadığını anlamak için 0-6 yaş çocuklarda her izlemde sorgulama, gözlem ve muayene yapılmalıdır. Çocuğun vücudunda yaygın morluk, pişik, kesik, yanık ve benzeri izlerin bulunması ayrıca çocukta ve/veya ailesinde şüpheli tavır ve davranışların tespit edilmesi durumunda gerekli durumlarda ilgili mercilere bildirimde bulunulmaktadır(63).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı ve Onay

Araştırmamız Erzurum Atatürk Üniversitesi Eğitim Tipi ASM'lerde gerçekleştirilmiş olup, kesitsel bir araştırmadır.

Bu araştırma için Atatürk Üniversitesi Girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu'ndan, çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair onay alındı (No: B.30.2.ATA.0.01.00/122).

3.2. Araştırma Evreni

Çalışma evrenimizi Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezine ait toplam beş aile hekimliği birimine başvuran 0-5 yaş çocuk sahibi olan aileler oluşturmuştur. Buna göre toplam 290 ebeveyn çalışmamızın evrenini oluşturmuştur.

3.3. Araştırma Örneklemi

Erzurum Atatürk Üniversitesi Eğitim ASM' lerde 3 Mart 2021 ve 1 Nisan 2021 tarihleri arasında 0-5 yaş çocuk sahibi olan ve çalışmayı kabul eden 126 ebeveyn örneklemimizi oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

5 yaş üzeri çocuk sahibi aileler, ciddi nörolojik ve-veya psikiyatrik hastalığı olanlar, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler dahil edilmedi.

3.5. Örneklemin Oluşumu

5 AHB'ne kayıtlı olan 290 ebeveyne ulaşıldı. Çalışmanın güç hesabı için G-power programı kullanıldı. Çalışmanın güç hesabı için G-power® programı kullanıldı. %95 güven düzeyinde %80 güçte alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü 100

olarak hesaplandı. Bu sayıya oluşabilecek %15'lik kayıp eklendiğinde için en az 115 katılımcının alınması planlandı. Araştırmanın yapıldığı dönemde dâhil edilme kriterlerini karşılayan, hariç bırakılma kriteri bulunmayan, çalışmamızı kabul eden 126 ebeveyn çalışma grubunu oluşturdu.

3.6. Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve katılımcıların çocukluk çağı periyodik muayene hakkındaki tutumlarını içeren 78 sorudan oluşan anket formu kullanıldı.

İlk bölümde; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 7 soru bulunmaktadır. Bu bölüm; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, eve giren aylık gelir, kaç çocuğunuz var, çocuklarınız kaç yaşında sorularından oluşmaktadır.

İkinci bölümde; Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı periyodik muayene rehberi örnek alınarak hazırlanan, araştırmaya katılan ebeveynlerin çocukluk çağı periyodik muayenelerine bakış açısını gösteren ve bu konudaki tutumlarını belirleyen 71 soru bulunmaktadır. Soru sayısı çok olsa da bakanlığın önerdiği PSM rehberinin konusal zenginliği nedeniyle azaltılamamıştır.

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan ve daha önce eğitim ASM'lerde çalışmış kişilere pilot çalışma yapılmış olup sorular katılımcıların anlayacağı şekilde biçimlendirildi. Araştırma için veriler 4 Mart 2021 ve 1 Nisan 2021 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ASM'ye gidilerek araştırmacı tarafından yüz yüze anket yapılarak toplandı. Öncelikle araştırmacı kendini tanıtıp araştırmanın konusunu, amacını ve önemini, hekime ait herhangi özel bir bilginin sorgulanmadığını (isim, adres, telefon numarası vb.) anlatarak katılımcıları bilgilendirdi. Bu bilgilendirme sonucunda araştırmaya

katılmayı kabul edenlerle anket görüşmesi yapıldı. Her katılımcı için anket ortalama yirmi dakika kadar sürdü. Sorular ve şıklar tek tek araştırma görevlisi tarafından yöneltildi, anlaşılmayan yerler olduğunda katılımcının anlayabileceği şekilde anlatıldı.

3.8. İstatistiksel Yöntemler

Analizler IBM SPSS 20 istatistik analiz programı ile yapıldı.

Numerik ve kategorik veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı olarak sunuldu.

Kategorik değişkenler arasındaki kıyaslamalarda Ki-kare veya Fisher's Exact testi kullanılarak yapıldı.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.9. Araştırmanın Süresi

Tablo 8. Araştırmanın zaman çizelgesi

	1. ay	**2. ay**	**3. ay**	**4. ay**	**5. ay**	**6. ay**	**7. ay**	**8. ay**	**9. ay**	**10. ay**	**11. ay**	**12. ay**
PLAN AŞAMASI												
Literatür tarama, okuma												
Anket formunun hazırlanması												
Etik Kurul başvuru ve onayı												
UYGULAMA AŞAMASI												
Verilerin toplanması												
Verilerin bilgisayara aktarılması												
ANALİZ AŞAMASI												
Verilerin analizi ve tabloların oluşturulması												
Verilerin yorumlanması												
RAPOR AŞAMASI												
Tez raporunun hazırlanması												
Tez raporunun sunulması												

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Çocuk İzlemlerindeki Bilgi, Görüş ve Tutumlarına Göre Dağılımı

Çalışmaya %76,2'si (n=96) kadın, %23,8'i (n=30) erkek olmak üzere toplam 126 ebeveyn katıldı.

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyetleri

Cinsiyet	n (%)
Kadın	96(76,2)
Erkek	30(23,8)

Ankete katılan ebeveynlerin %99,2'si (n=125) evlidir.

Katılımcıların %28,6' sı 20-30 yaş arası, %61,9'u 30-40 yaş, %9,5'i ise 40-50 yaş arasında olduğunu belirtmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların yaş dağılımı

	n (%)
20-30 yaş	36 (28,6)
30-40 yaş	78 (61,9)
40-50 yaş	12 (9,5)

Eğitim durumlarına bakıldığında %73,8'i (n=93) üniversite mezunu, %18,3'ü (n=23) lise mezunu, %7,1 (n=9) ortaokul mezunu, %0,8'i (n=1) okuryazar olduğunu belirtmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	n (%)
Okur-yazar	1(%0,8)
İlkokul	0
Ortaokul	9(%7,1)
Lise	3(%18,3)
Üniversite	93(73,8)

Katılımcıların aylık gelir durumu incelendiğinde %35,7 (n=45) 3000-7000 TL, %29,4 (n=37) 7000-10000 TL,%28 (n=22) 10000 TL ve üzeri, %12,7 (n=16) 0-3000 TL geliri olanlardı.

Katılımcıların %46,8'inin (n=59) en az bir tane yaşayan çocuğu vardı. %51,6'sı (n=65) en büyük pay iki çocuk sahibi olan ebeveynlerindi.

'Bebeğiniz dünyaya geldikten sonra ilk izlemleri için / ilk bilgileri kimden aldınız sorusuna % 57,9'u (n=73) hastaneden hem aile hekimi hem kadın doğum uzmanından % 41,3'ü (n=52) ilk bilgileri aldığını bildirdi.%0,8'i (n=1) ise hiç bilgilendirilmediğini söyledi.

Ebeveynlerin %90,5'inin (n=114) prematüre doğuma sahip olmadıkları % 8,7' sinin (n=11) prematüre olduğu saptanmıştır. Ailelerin %0,8' inin (n=1) hatırlamadığını bildirdi.

Ailelerin %97,6'sı (n=123) çocuklarını aile hekimliğinde yapılan tüm izlemlere eksiksiz olarak getirdiğini bildirirken %0,8'i (n=1) getirmediklerini, %1,6'sı (n= 2) hatırlamadığını bildirdi

Tablo 12. Katılımcıların Çocuk İzlemlere Katılma Durumları

Çocuğunuzu bugüne kadar aile hekimliğinde yapılan tüm izlemlerine eksiksiz yerine getirdiniz mi ?	**n (%)**
Evet	123(97,6)
Hatırlamıyorum	2 (1,6)
Hayır	1 (0,8)

Ailelerin % 96,8'i (n=122) bugüne kadarki izlemlerinin normal olduğunu bildirirken %2,4'ü (n=3) normal seyrinde olmadığını % 0,8'inin (n=1) hatırlamadığını bildirdi.

'Aile hekiminiz çocuğunuzun izlemleriyle ilgili yeterince her türlü bilgilendirmeyi yaptı mı ?'sorusuna ebeveynlerin % 78,6' sı (n= 99) evet derken ,%11,9' u (n= 15) hayır ,%9,5'i (n=12) kararsızım cevabını verdi. Hayır diyenlerin

%24,6'sı (n=31) ise her türlü bilgilendirilmenin yapılmasını istediklerini bildirdi.

Tablo 13. Aile Hekimlerinin Ebeveynleri Bilgilendirme Düzeyleri

Aile hekiminiz çocuğunuzun izlemleriyle ilgili yeterince her türlü bilgilendirmeyi yaptı mı ?	**n (%)**
Evet	99(78,6)
Hayır	15(11,9)
Kararsızım	12(9,5)

Ebeveynlerin %8,7'si (n=11) izlem için vakit ayırmakta zorlandıklarını belirtirken %90,5 'i (n=114) sorun yaşamadıklarını iletti.

Tablo 14. Katılımcıların izlemlere vakit ayırabilme durumları

İzlem için çağrıldığınızda vakit ayırmakta zorlandınız mı ?	**n (%)**
Hayır	1 14(90,5)
Evet	11(8,7)
Kararsızım	1(0,8)

Ailelerin % 74,6'sı (n= 94) çocuklarına yapılan izlemlerin yeterli olduğunu düşünürken %13,5'i (n=21) yetersiz olduğunu bildirdi. Katılımcıların hepsi izlemlerin yapılması gerektiği düşüncesindeler.

Tablo 15. Katılımcıların Çocuklarına Yapılan İzlemler Hakkındaki Görüşü

Çocuğunuza yapılan izlemleri yeterli buluyormusunuz?	**n (%)**
Evet	94 (74,6)
Hayır	21 (13,5)
Kararsızım	15 (11,9)

Ebeveynlerin %76,2' si (n= 96) izlemelere gelmeden önce bilgi sahibi olmak için bir araştırma yaparak geldiğini bildirirken, %19'u (n=24) herhangi bir çaba sarfetmediğini, %4,8' inin (n= 6) ise hatırlayamadığı yönünde görüş bildirdi. İzlemlere gelmeden önce araştırma yapan ebeveynlerin ise %37,3'ü (n=47) internetten, %36,5'i (n=46) Aile Hekiminden ,%11,9'u (n=15) aile kitap, dergi vs. %4,8'i (n=6) aile diğer olarak cevaplandırmıştır.

Ebeveynlerin %97,6'sı (n=123) emzirmenin bebeği çeşitli hastalıklardan koruduğunu söylerken %1,6'sı (n=2) korumadığını, %0,8'i (n=1) herhangi bir fikre sahip olmadığını beyan etmiştir.

Ailelerin %78,6'sı (n=99) ilk 1 yılda ki sütün daha değerli olduğunu belirtirken,%17,4'ü (n=22) ilk 15 günün, %4'ü (n=5) ilk 3 ayın daha değerli olduğunu düşünmektedir.

Tablo 16. Katılımcıların anne sütü hakkındaki görüşleri

Sizce hangi dönemlerde ki süt daha değerlidir ?	**n (%)**
İlk 1 yıl	99(78,6)
İlk 15 gün	22(17,4)
İlk 3 ay	5(4)

'Sizce bebek ek besine başladıktan sonra kaç yaşına kadar emzirilmeli ?' sorusuna ebeveynlerin %79,3 (n=100) ilk 2 yıl, %12.7'si (n=16) ilk 1 yıl, %4'ü (n=5) ilk 6 ayın daha değerli olduğunu belirtirken %4'ü (n=5) herhangi bir fikri olmadığını belirmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların emzirme hakkındaki görüşleri

Sizce bebek ek besine başladıktan sonra kaç yaşına kadar emzirilmeli?	**n (%)**
24 ay	100 (79,3)
12 ay	16(12,7)
İlk 6 ay	5 (4)
Fikrim yok	5 (4)

Katılımcıların %77'si (n=97) sağlık görevlilerinin emzirmeyle ilgili daha önce bilgilendirme yaptığını söylerken %13,5'i (n=17) herhangi bir bilgilendirme yapılmadığını,%9,5'i (n=12) hatırlayamadığını ifade etmişti.

Tablo 18. Katılımcıların Aile Hekimliğinden Emzirme İle İlgili Bilgilendirilme Durumları

Aile Hekimiz/ Ebeniz/Hemşireniz sağlık görevlilerinden size emzirme ile ilgili daha önce bilgilendirme yaptılar mı ?	**n (%)**
Evet	97(77)
Hayır	17(13,5)
Kararsızım	12(9,5)

‘Bebeğinize D vitamini damlası verildi mi ?’sorusuna katılımcıların %93.7’si (n=118) evet yanıtı verirken %4.8’i (n=6) hayır yanıtı vermiştir.

Tablo 19. Katılımcılara Aile Hekimliğinden D Vitamini Damlası Verilme Durumları

Bebeğinize D vitamini damlası verildi mi?	**n (%)**
Evet	118(93,7)
Hayır	6(4,8)
Hatırlamıyorum	2(1,5)

Çocukların da D vitamini kullanan ailelerin %12,7’si (n=16) D vitaminine ücret öderken %76,2’si (n=96) herhangi bir ücret ödememiştir.

Tablo 20. Katılımcıların D Vitaminine Ücret Ödeme Durumları

Verilen damla için ücret ödediniz mi ?	**n (%)**
Hayır	96(76,2)
Evet	16(12,7)
Hatırlamıyorum	2(1,8)

D vitamini kullanan çocukların %81,7’sin de (n=103) herhangi bir sorunla karşılaşılmazken %10,3’ün de (n=13) çeşitli sorunlar gözlenmiştir. Bu sorunlar hiperkalsemi, kabızlık, huzursuzluk, alerji, bulantı kusma ve fontonelin erken kapanması gibi çeşitli şikayetlere yol açmıştır.

D vitamini kullanan ailelerin %57,1’i (n=68) düzenli kullandığını belirtirken %34,5’i (n=41) düzenli olarak kullanmamış %8,4 (n=10) hatırlamadığını belirtmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların D Vitamini Kullanma Durumları

Hergün düzenli olarak D vitamini damlası kullanabildiniz mi?	**n (%)**
Evet	65(57.1)
Hayır	41(34,5)
Hatırlamıyorum	10(8,4)

‘Bebeğinizden doğduğu zaman topuk kanı alındı mı ?’ sorusuna katılımcıların %96,8’i (n=122) evet doğduğu hastanede alındı cevabını verirken %4,2’si (n=4) hatırlamadığını belirtmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların çocuklarından topuk kanı alınma Durumları

Bebeğinizden doğduğu zaman topuk kanı alındı mı?	n (%)
Doğduğu Hastanede alındı	122(96,8)
Hatırlamıyorum	4(4,2)
Aile Hekimliğinde alındı	0
Alınmadı	0

Ebeveynlerin %86,5'i (n=109) topuk kanının neden alındığı hakkında bilgisi olduğunu belirtirken %11,1'i (n=14) bilgisi olmadığını, %2,4'ünün (n=3) ise hiçbir fikre sahip olmadığını beyan etmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Topuk Kanı İle İlgili Bilgi Düzeyi

Topuk kanının neden alındığını biliyor musunuz ?	n (%)
Evet	109(86,5)
Hayır	14(11,1)
Fikrim Yok	3(2,4)

'Erkek çocuklarda aile hekimiz testislerini muayene etti mi ?' sorusuna katılımcıların %34,1'i (n=43) evet yanıtı verirken, %19,8'i (n=25) testis muayenesi yapılmadığını,%13,5'i (n=17) hatırlamadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %68,3'ü (n=86) bebeklerine doğduğu hastanede hastaneden çıkmadan önce işitme taraması yapıldığını belirtirken, %31,7'si (n=40) hastaneden taburcu olduktan sonra işitme taraması yapıldığını belirtti. İşitme taraması yapılmadığını söyleyen ebeveyn olmadı.

Tablo 24. Katılımcıların Çocuklarına İşitme Taraması Yapılma Durumları

Bebeğinize işitme taraması yapıldı mı ?	n (%)
Doğduğu Hastanede yapıldı	86(68,3)
Hastaneden taburcu olduktan sonra yapıldı	40(31,7)
Yapılmadı	0
Hatırlamıyorum	0

'Bebeğinize görme muayenesi yapıldı mı ?' sorusuna katılımcıların %81'i evet yapıldı derken %12,7'si (n=16) hayır yapılmadı cevabını verdi. %6,3'ü (n=8) ise hatırlamadığını beyan etti.

Tablo 25. Katılımcıların Çocuklarına Görme Taraması Yapılma Durumları

Bebeğinize görme muayenesi yapıldı mı ?	n (%)
Evet	102(81)
Hayır	16(12,7)
Hatırlamıyorum	8(6,3)

Ailelerin %85,7'si (n=108) bebekleri içim demir damlası verildiğini belirtirken %9,5'i (n=12) verilmediğini, %4,8'i (n=6) hatırlamadığını belirtti.

Tablo 26. Katılımcıların Çocuklarına Demir Damlası Verilme Durumları

Bebeğinize demir damlası verildi mi ?	n (%)
Evet	108(85,7)
Hayır	12(9,5)
Hatırlamıyorum	6(4,8)

Çocukları için demir damlası kullanan ailelerin %16,8'i (n=19) demir damlası için ücret ödediğini belirtirken, %77,9'u (n=88) herhangi bir ücret ödemediğini bildirdi.

Tablo 27. Katılımcıların Demir Damlasına Ücret Ödeme Durumları

Verilen damla için ücret ödediniz mi ?	n (%)
Hayır	88(77,9)
Evet	19(16,8)
Hatırlamıyorum	6(5,3)

Demir damlası kullanan ailelerin çoğunluğu %32,6'sı (n= 31) 9-12 ay kadar kullandığını belirtti.

Tablo 28. Katılımcıların Demir Damlasını Kullanma Süreleri

Demir damlası kullandıysanız) ne kadar süre kullandınız?	n (%)
9-12 ay	31(32,6)
12 ay ve daha fazla	26(27,4)
0-3 ay	16(16,8)
3-6 ay	13(13,7)
Hatırlamıyorum	9(9,5)

Ebeveynlerin %46'sı (n=58) hemogram bakıldığını belirtirken %38,9'u (n=49) bakılmadığını belirtti. %15,1'i (n=19) ise hatırlamadığını beyan etti.

'Bebeğinize kalça çıkığı muayenesi yapıldı mı ?'sorusuna katılımcıların %93,7' si (n=118) evet cevabı verirken %5,6'sı (n=7) hayır, %0,8'i (n=1) hatırlamıyorum yanıtını verdi.

Tablo 29. Katılımcıların Çocuklarına Gelişimsel Kalça Displazisi Muayenesinin Uygulanma Durumu

Bebeğinize kalça çıkığı muayenesi yapıldı mı ?	**n (%)**
Evet	118(93,7)
Hayır	7(5,6)
Hatırlamıyorum	1(0,8)

Bebeğine kalça usg yaptıranlar %89,7 (n=113) iken yaptırmayanlar %7,9 (n=10) du. Bebeğine alçı vs. gibi işlem uygulananlar ise %5,6 (n=7) idi.

Ebeveynlerin %11,9'u (n=15) çocuklarının en az bir kere tansiyonun ölçüldüğünü belirtirken %72,2'si (n=91) tansiyonun hiç ölçülmediğini, %15,9'u (n=20) ise hatırlamadığını belirtmiştir**.**

Tablo 30. Katılımcıların Çocuklarına Tansiyon Ölçümünün Uygulanma Durumu

Çocuğunuzun izlemlerinde hiç tansiyonu ölçüldü mü ?	**n (%)**
Hayır	91(72,2)
Hatırlamıyorum	20(15,9)
Evet	15(11,9)

'Otizm diye bir hastalık duydunuz mu ?'sorusuna ebeveynlerin %99,2'si (n=125) evet yanıtı verirken %0,8'i (n=1) hiç duymadığını belirtmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların Otizm Taraması Farkındalık Durumu

Otizm diye bir hastalık duydunuz mu ?	**n (%)**
Evet	125(99,2)
Hayır	1(0,8)
Hatırlamıyorum	0

Katılımcıların %23'ü (n=29) bebeğine otizm taraması yapıldığını bildirirken %65,1'i (n=82) otizm taraması yapılmadığını belirtmiştir. %11,9'u ise (n=15) otizm taraması yapılıp yapılmadığını hatırlayamamıştır.

Tablo 32. Katılımcıların Çocuklarına Otizm Taramasının Uygulanma Durumu

Çocuğunuza otizm taraması yapıldı mı ?	**n (%)**
Hayır	82(65,1)
Evet	29(23)
Hatırlamıyorum	15(11,9)

Ebeveynlere sorulan 'Çocuğunuzun ilk otizm taraması kaçıncı ayları arasında yapılması uygun olur ?' sorusuna katılımcıların %50,8'i (n=64) 0-18 ay arası , %27,8'i (n=35) 18-36 ay arası, %4'ü (n=5) 36-72 ay arası yapılmalıdır cevabını verirken %16,7'si (n= 21) herhangi bir fikri olmadığını belirtmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların Otizm Taramasının Uygulanma Süresiyle İlgili Farkındalığı

Sizce çocuğunuzun ilk otizm taraması kaçıncı ayları arasında yapılması uygun olur ?	**n (%)**
0-18 ay	64(50,8)
18-36 ay	35(27,8)
18-36 ay	21(16,7)
36-72	5(4,0)

'Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu diye bir hastalık duydunuz mu ?'sorusuna katılımcıların %97,6'sı (n=123) evet cevabı verirken %1,6'sı (n=29) hayır yanıtı vermiştir.

Tablo 34. Katılımcıların Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Farkındalık Durumu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite diye bir hastalık duydunuz mu ?	**n (%)**
Evet	123(97,6)
Hayır	2(1,6)
Hatırlamıyorum	1(0,8)

Ebeveynlerin %15,1'i (n=19) çocuklarına dikkat eksikliği açısından tarama yapıldığını belirtirken %70,6'sı (n=89) yapılmadığını, %14,3'ü (n=18) hatırlayamadığını belirtmiştir.

Tablo 35. Katılımcıların Çocuklarına dikkat eksikliği ve hiperaktivite Taramasının Uygulanma Durumu

Çocuğunuzun izlemlerinde çocuğunuza dikkat eksikliği açısından tarama yapıldı mı ?	**n (%)**
Hayır	89(70,6)
Evet	19(15,1)
Hatırlamıyorum	18(14,3)

'İlk dikkat eksikliği taraması kaçıncı ayları arasında yapılması uygun olur ?'sorusuna ebeveynlerin %41,3'ü (n=52) 12-24 ay, %24,6'sı (n=31) 24-48 ay, %15,1'i (n=19) 48-60 ay arası yanıtını verirken ; %16,7'si (n=21) fikri olmadığını beyan etmiştir.

Tablo 36. Katılımcıların Dikkat Eksikliği Taramasının Uygulanma Süresiyle İlgili Farkındalığı

Sizce çocuğunuzun ilk dikkat eksikliği taraması kaçıncı ayları arasında yapılması uygun olur ?	**n (%)**
12-24 ay	52(41,3)
24-48 ay	31(24,6)
Fikrim Yok	21(16,7)
48-60	19(15,1)

'Özgül öğrenme güçlüğü diye bir hastalık duydunuz mu ?' sorusuna katılımcıların %50'si (n=63) evet yanıtı verirken %46,8'i (n59) hayır. %3,2' si ise (n=4) hatırlamıyorum yanıtını verdi.

Tablo 37. Katılımcıların Özgül Öğrenme Güçlüğü ile ilgili Farkındalık Durumu

Özgül öğrenme güçlüğü diye bir hastalık duydunuz mu ?	**n (%)**
Evet	63(50)
Hayır	59(46,8)
Hatırlamıyorum	4(3,2)

Ebeveynlerin %4'ü (n=5) özgül öğrenme güçlüğü ile ilgili tarama yapıldığını bildirirken %79,4'ü (n=100) tarama yapılmadığını, %16,7'si ise (n=21) hatırlamadığını belirtmiştir.

Tablo 38. Katılımcıların Çocuklarına Özgül Öğrenme Güçlüğü Taramasının Uygulanma Durumu

Çocuğunuzun izlemlerinde çocuğunuza özgül öğrenme güçlüğü açısından tarama yapıldı mı ?	**n (%)**
Hayır	100(79,4)
Hatırlamıyorum	21(16,7)
Evet	5(4)

Sizce çocuğunuzun ilk özgül öğrenme güçlüğü taraması kaçıncı ayları arasında olmalı?' sorusuna ise katılımcıların %19'u (n=24) 12-24 ay , %21,4'ü (n=27) 24-48 ay, %13,5'i (n=17) 24-48 ay yanıtını verirken %46'sı (n=58) bir fikri olmadığını beyan etmiştir.

Tablo 39. Katılımcıların Özgül Öğrenme Güçlüğü Taramasının Uygulanma Süresiyle İlgili Farkındalığı

Sizce çocuğunuzun ilk özgül öğrenme güçlüğü taraması kaçıncı ayları arasında olmalı ? n (%)	
Fikrim Yok	58(46)
24-48 ay	27(21,4)
12-24 ay	24(19)
48-60 ay	17(13,5)

Ailelerin %25,4'ü (n=32) çocukları için aile hekimliğin de ağız diş sağlığı açısından bilgilendirme ve kontrol yapıldığını %68,3'ü (n=86) bilgilendirme ve kontrol yapılmadığını, %6,3'ü ise (n=8) hatırlamadığını ifade etmiştir.

'Bebeğinizle ilgili sağlıklı beslenme ve diyet danışmanlığı aldınız mı ? ' sorusuna katılımcıların %20,6'sı (n=26) evet yanıtı verirken, %77,8'i (n=98) hayır yanıtını vermiştir. Katılımcıların %1,6'sı (n=2) hatırlamadığını ifade etmiştir.

Ebeveynlerin %26,2'si (n=33) fonksiyonel gıda kavramanı duyduğunu söylerken, %70,6'sı (n=89) duymadığını, %3,2'si (n=4) duyup duymadığını

hatırlamadığını ifade etmiştir. Fonksiyonel gıda kavramını duyanların ise %6,3'ü (n=8) aile hekimi tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir.

Çocuğunuzda kilo fazlalığı nedeniyle bilgilendirme ve takip yapıldı mı ? sorusuna katılımcıların %15,1'i (n=19) evet yanıtını verirken, %80,2'si (n=101) hayır, %4,8'i (n=6) hatırlamıyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 40. Katılımcıların Çocuklarına Obezite Taramasının Uygulanma Durumu

Çocuğunuzda kilo fazlalığı nedeniyle bilgilendirme ve takip yapıldı mı ?	**n (%)**
Hayır	101(80,2)
Evet	19(15,1)
Hatırlamıyorum	6(4,8)

Ebeveynlerin %38,9'u (n=49) evde tütün ve benzeri tütün içimi olduğunu beyan ederken %60,3'ü (n=76) tütün vs. içimi olmadığını %0,8'i (n=1) belirtmek istemediğini ifade etmiştir.

'Pasif içiçilik nedir biliyor muısunuz ?' sorusuna katılımcıların %97,6'sı (n=123) evet yanıtını verirken %2,4'ü (n=3) hayır yanıtını vermiştir. Katılımcıların %54,8'i (n=69) pasif içicilik konusundan bilgilendirilmek istediğini belirtirken %38,1'i (n=48) bilgilendirilmek istemediğini belirtti.

'Sağlık çalışanları size aşılama konusunda gerekli bilgiyi veriyor mu ?' sorusuna katılımcıların %79,4'ü (n=100) evet yanıtını verirken %13,5'i (n=17) hayır, %7,1'i (n=9) kararsızım yanıtını verdi.

Ebeveynlerin %76,2'si (n=96) çocuklarının rutin aşılarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürken, %15,1'i (n=19) yeterli bilgiye sahip olmadığını, %8,7'si (n=11) kararsız olduğunu belirtti.

Tablo 41. Katılımcıların Aşılama İle İlgili Bilgi Düzeyi

Çocuğunuzun rutin aşılarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz ?	**n (%)**
Evet	96(76,2)
Hayır	19(15,1)
Kararsızım	11(8,7)

Ebeveynlerin %96,8'i (n=122) çocuklarının aşılarını yaptırdığını belirtirken % 2,4'ü (n=3) yaptırmadığını belirtti.

Tablo 42. Katılımcıların Çocuklarını Aşılarını yaptırma durumları

Çocuğunuzun aşılarını yaptırdınız mı ?	**n (%)**
Evet	122(96,8)
Hayır	3(2,4)
Hatırlamıyorum	1(0,8)

Çocuklarının aşılarını yaptırmayanlar ise; aşıların koruyucu olduğuna inanmıyorum %27,3 (n=3), yan etkilerinden dolayı %27,3 (n=3), aşıları güvenilir bulmuyorum %18,2 (n=2) gibi yanıtlar verdi.

Katılımcıların %27,8'i (n=35) aşıların yan etkilerinin olduğunu düşünürken %34,1'i (n=43) yan etkisi olmadığını,%38,1'i (n=48) bu konuda kararsız olduğunu belirtti.

'Aile hekiminiz, bebeğinizin başını kaçıncı ayda tuttuğunu, kaçıncı ayda destekli, kaçıncı ayda desteksiz oturduğunu, kaçıncı ayda yürüdüğü ile ilgili soruları size sorup kaydetmişmiydi ?'sorusuna katılımcıların %48,4'ü (n=61) evet yanıtı verirken %36,5'i (n=46) hayır, %15,1'i (n=19) hatırlamıyorum yanıtını vermiştir. Hayır diyen katılımcıların ise %47,6'sı (n=60) bilgilendirilmek istediklerini belirtmiştir.

Tablo 43. Katılımcıların Cinsiyetine Göre İzlemlere Vakit Ayırırken Zorluk Yaşama Durumlarının Kıyaslanması

		İzlem için çağrıldığınızda vakit ayırmakta zorlandınız mı?		
		Evet (n)	**Hayır (n)**	**p**
Cinsiyetiniz	**Kadın**	72	13	0,207
	Erkek	27	2	

Chi-square testi (p <0.05 anlamlı kabul edildi.)

Katılımcıların izlemler için vakit ayırma durumları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 44. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Aile Hekimliğinde Yapılan İzlemlere Katılma Durumlarının Kıyaslanması

		Çocuğunuzu aile hekimliğinde yapılan tüm izlemlere eksiksiz getirdiniz mi?		
		Evet (n)	**Hayır (n)**	**p**
Eğitim durumu	**Üniversite**	51	41	0,551
	Lise	13	10	
	Orta okul	8	1	
	Okur yazar	1	0	

Katılımcıların aile hekimliğinde yapılan izlemlere eksiksiz katılma durumları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 45. Katılımcıların Eğitim Durumlarıyla Bazı Sorulara Verilen Cevapların Karşılaştırılması

EĞİTİM DURUMU		**Üniversite**	**İlkokul**	**P**
Topuk kanının neden alındığını biliyor musunuz?	Evet	51	17	0,677
	Hayır	36	15	
Otizm diye bir hastalık duydunuz mu ?	Evet	6	1	0,434
	Hayır	87	34	
Dikkat eksikliği hiperaktivite diye bir hastalık duydunuz mu?	Evet	18	11	0,147
	Hayır	75	22	
Özgül öğrenme güçlüğü diye bir hastalık duydunuz mu ?	Evet	10	9	**0,044**
	Hayır	83	24	
Fonksiyonel gıda kavramını duydunuz mu?	Evet	5	4	0,240
	Hayır	88	29	
Pasif içicilik nedir biliyor musunuz?	Evet	10	9	**0,044**
	Hayır	83	24	
Çocuğunuzun aşilariyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	78	22	**0,046**
	Hayır	15	11	

Fisher's Exact Testi ($p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.)

Katılımcıların eğitim durumu ile bilgi seviyesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Periyodik sağlık muayenesi; sağlıklı bireylerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla iyilik halinin devamını sağlamak amacıyla belirli zamanlarda yapılan düzenli sağlık kontrolleridir. Çocukluk çağı periyodik sağlık muayeneleri tüm çocukların tüm çocukların; büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadığının değerlendirildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu bir çocuk sağlığı izlemi hizmetidir. Çocukluk çağı periyodik muayenelerinde amaç sağlığı sürdürmek, sakatlıkların önüne geçmek ve bebek ve çocuk ölümlerini en aza indirmektir (6).

Çalışmamızda katılımcıların %76.2'si kadınlar ve %73.8'i üniversite mezunları oluşturmaktadır. Görüşmecilerin %2.4'ü hiçbir sağlık kuruluşundan yardım almadığını belirtti. Görüşmecilerin %97.6'sı aile hekimliğinde yapılan tüm izlemlere eksiksiz olarak geldiğini ve %90.5'i vakit ayırmakta zorlanmadığını belirtti. Katılımcıların %78.6'sı (n=99) aile hekimi tarafından her konuda yeterince bilgilendirildiğini düşünürken %11.9'u (n=15) bilgilendirilmediğini belirtti. Katılımcıların %13.5'i (n=21) çocuklarına yapılan izlemlerin yetersiz olduğu düşüncesindeydi. Çalışmamızda katılımcıların %78.6'sı anne sütünün en değerli olduğu dönemin ilk 12 ay olduğunu ifade etti ve ek besine başladıktan sonra 24 aya kadar emzirilmesi gerektiğini ifade etti. Katılımcıların %77'si sağlık çalışanlarından emzirme ile ilgili bilgilendirme yapıldığını belirtti. Yaptığımız çalışmada ebeveynlerin %93.7'si ASM den D vitamini damlası verildiğini bildirirken yalınızca %54'ü D vitaminini düzenli kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %76.2'si D vitaminini herhangi bir ücret ödemediğini belirtti. Katılımcıların %85.7'si aile hekimliğinden demir damlası verildiğini belirtirken, %69.8'i herhangi bir ücret ödemediğini belirtmiştir. Katılımcıların %81'i görme taraması yapıldığını belirtirken %12.7'si görme taraması yapılmadığını belirtti. Çalışmamız da yer alan katılımcıların çocuklarının izlemlerine gitme durumları incelendiğinde, en çok işitme testi olduğu görüldü. En yüksek oranda uygulanan izlemler; işitme testi, aşı takibi, kalça çıkığı ve topuk kanı taraması şeklindedir. Katılımcıların tamamı işitme taraması yapıldığını, %96.8 çocuklarını aşılarını eksiksiz olarak yaptırdığı, 96.8'i topuk kanı taraması yapıldığını,%93.7' si kalça çıkığı taraması yapıldığını belirtti. Ebeveynlerin %99.2'si

otizm diye bir hastalık duyduklarının ifade ederken sadece %50'si 0-18 ay arası otizm taraması yapılması gerektiğini ifade etti. Ebeveynlerin %65.1'i Aile Hekimliğinde otizm taraması yapılmadığını belirtti. Katılımcıların %97.6'sı dikkat eksikliğini ve hiperaktivite diye bir hastalık duyduklarını belirtti. Katılımcıların %15'i ilk dikkat eksikliği ve hiperaktivite taramasının 48-60 ay arasında yapılması gerektiğini belirtti. Görüşmecilerin %70.6'sı ise aile hekimliğinde DEHB taraması yapılmadığını belirtti. Yine katılımcıların %50'si özgül öğrenme güçlüğünü duyduklarını belirtirken, ilk özgül öğrenme güçlüğü taramasının 48-60 ayda yapılması gerektiğini belirtenlerin oranı %13 idi. Katılımcıların %79.4 ise aile hekimliğinde yapılan takip ve izlemlerde özgül öğrenme güçlüğü ile ilgili tarama testi yapılmadığını belirtti. Katılımcıların aile hekimleri tarafından %80.2'si obezite ile ilgili bilgilendirme yapılmadığını, %72.2'si yapılan izlemlerde hiç tansiyon ölçülmediğini belirtti.

Çalışmamızda katılımcıların çoğu (%76.2) kadın, (%23.8) erkekti. Bunun sebebi babaların bu izlemlere vakit ayıramamış olmaları, Erzurum ilinde çocuk bakımından çoğunlukla annelerin sorumlu olması bundan dolayı da anket çalışmamıza katılımcıların çoğunluğunun annelerin katılmış olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların çoğu (%73.8) üniversite mezunuydu. Çalışmamız eğitim ASM'de yapılmış olup belirli bir kesime anket çalışması uygulanmıştır. Bundan dolayı üniversite mezunu katılımcı sayısı fazla çıkmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %2.4'ü gebeliği boyunca hiçbir sağlık kuruluşundan yardım almadığını belirtmiştir. Durursoya ve arkadaşlarının 2011 yılında İzmir ilinde yaptığı bir çalışmaya göre gebelerin %15'inin aile hekimlerince gebeliği boyunca takip edilmediği belirtilmiştir (64). Bizim çalışmamızda takiplerin daha yüksek oranda yapılma nedenleri arasında telefonla takip etmeye gösterilen özenin daha fazla olması, performans sisteminden dolayı performans yeme endişesi sebebiyle hekimlerin bu konuya daha çok önem veriyor olmasından kaynaklı olabilir.

Yaptığımız çalışmada ailelerin %97.6'sı ASM'de yapılan izlemlere eksiksiz geldiğini belirtti. Goedken ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmaya göre Bazı ailelerin aşılama dışında bir sorun olmadıkça hekime gitmenin gerekmediğine

inanmaları da sağlam çocuk izlemine getirilmemede etkili faktörlerden olduğu tespit edilmiştir (65). Türkçe literatür tarandığında bu konuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma tespit edilebildi. Aydemir'in 2015 yılında yaptığı çalışmada aile hekimliğine başvuran ebeveynlerin PSM'yi gereksiz bularak yaptırmak istemedikleri görülmüştür (66). Bizim yaptığımız çalışmada katılımın yüksek olması görüşmecilerin çoğunun üniversite mezunu olmasından dolayı PSM'nin önemi konusunda farkındalıklarının çok olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca katılımcıların çoğunun kadın olması erkeklere oranla PSM'ye ayıracakları zaman bakımından da katılımı arttırmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %11.9'u (n=15) aile hekimi tarafından her konuda yeterince bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Tugay'ın 2015 yılında yaptığı çalışma da çalışmaya katılan aile hekimlerinden %51,1'inin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür (67). Bizim çalışmamızda yeterince bilgilendirme yapılmama sebepleri arasında Aile Hekimlerinin çocukluk çağı muayeneleri hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olmamaları bundan dolayı ailelere gerekli ve yeterli bilgilendirme yapmamaları olmasından kaynaklı olabilir. Bu konuda bu nedeni araştırmaya yönelik daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların %13.5'i (n=21) çocuklar için yapılan izlemlerin yetersiz olduğu görüşündeydi. Bu konuyla ilgili literatür tarandığında daha önce böyle bir çalışma yapılmadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda böyle bir sonucun olmasının sebepleri arasında aile hekimlerinin yaptıkları izlem konusunda yetersiz bilgilendirme yapıyor olmaları, ailelerin muayene esnasında bilgilendirilmediğinden dolayı hangi taramanın yapılıyor olduğunun farkında olmaması, izlemlerin hastanede daha iyi bir şekilde yapılabileceği görüşünde olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %78.6'sı (n=99) emzirmede en değerli dönemin ilk 1 yaş olduğunu ve aile hekimliğinden emzirme ile ilgili bilgilendirme yapıldığını belirtmiştir. Muelbert'in yaptığı bir çalışmada annelerin % 68.4'ü en çok 6 ay emzirdiğini belirtmiştir. Kadınlara sunulan emzirme desteğinin hem tam zamanında sağlıklı yenidoğanlarda hem de erken doğmuş bebeklerde emzirmenin süresini artırdığına dair kanıtlar bildirilmektedir (68, 69). Yapılan birçok çalışmada ise ülkemizde annelere emzirme ile ilgili yeterli eğitim ve danışmanlık verilemediği

vurgulanmıştır (70, 71). Bizim çalışmamızda da emzirmede en değerli döneminin ilk 1 yıl olduğunu söyleyenlerin sayısının çok olma nedeni annelerin entelektüel seviyelerinin yüksek olması, aile hekimliğinden bu konu ile ilgili bilgilendirmenin yeterince yapıldığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %12.7'si (n=16) demir damlası ve %12.7 (n=16) D vitamini damlası için para ödediğini belirtmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ilk bir yılda demir ve D vitamini damlaları aile hekimliklerine ücretsiz olarak teslim edilmektedir. Buna rağmen neden para ödediğini sorguladığımızda devletin verdiklerinde şeker, paraben gibi katkı maddeleri bulunduğu için almadıklarını ya da alsalar bile kullanmadıklarını eczaneden para ile aldıkları için, bir kısmı ise reçeteyle alınması gerektiğini bilmediğinden dolayı bu soruya bu şekilde cevap vermişlerdir. Çalışmamızda D vitamini kullanan ebeveynlerin %54'ü (n=65) düzenli olarak kullanabildiklerini belirtmiştir. Perrine ve arkadaşlarının 2010 yılında Amerika da yaptığı çalışmaya göre (%37) ülkemizde sağlık çalışanlarının D vitamini önerme durumu (%93.7) daha yüksektir. Çataklı ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada ebeveynlerin büyük kısmının (%67.2) D vitaminini düzenli olarak kullandığı belirtilmiştir (72). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %54' ü düzenli kullandığını belirtmiştir. Aile hekimliğinden ücretsiz D vitamini damlası verilmesine rağmen düzenli kullanımın düşük olma nedeni ailelerin farkındalıklarının az olması, ebeveynlerin yoğun çalışma hayatları içerisinde unutmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi, göre bebeğe doğduğu günden itibaren D vitamininin verilmesi gerektiğini belirtmektedir (73). Ülkemizde de doğumdan itibaren en az iki yıl süreyle günde 400 IU D vitamini (günde üç damla) verilmesi şeklinde uygulama önerilmektedir (74, 75).

Görme taramalarının amacı; erken tanı ile görme yetersizliği olan çocukları belirleyebilmektir. Görme taramasının en fazla yapılabileceği dönem yenidoğan evresidir. Yenidoğan döneminde tespit edilemeyen görme sorunları ilerleyen dönemlerde kalıcı görme kaybına neden olabilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların %81'i aile hekiminin görme taraması yaptığını belirtmiştir. AaPoceda'nın 2013 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin %42'sinin yenidoğan döneminde rutin göz taraması yaptığını belirtilmiştir (76). Amerika'da okul öncesi yaş grubu çocukların sadece

%21'ine görme taraması yapıldığı bildirilmiştir (77). Bizim çalışmamızda göz taramalarının yapılma oranının fazla olma sebepleri arasında bu çalışmanın eğitim ASM de yapılmış olması dolayısıyla aile hekimi asistanlarının oftalmoskop kullanımı ve göz taramaları ile ilgili gerekli eğitimi almış olmalarından kaynaklı olabilir.

Yenidoğanlarda konjenital işitme kaybı insidansı %0,1–0,6 arasında bulunmaktadır. Yenidoğanlarda işitme kaybı, en yaygın görülen doğumsal defekttir (78). Tüm dünyada işitme kaybının erken teşhisi için yenidoğanlarda işitme taraması programları başlatılmıştır (79). İşitme taraması testinin bebek doğduktan sonraki ilk 72 saat içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması gerekmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı periyodik muayene rehberine göre 1 ay içinde taramanın tamamlanması zorunludur (47). Yılmazer ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada Türkiye'nin farklı şehirlerinde işitme kaybı tanı yaşının zamanla daha erken dönemlerde saptanabildiğini ortaya koymaktadır(80). Bizim çalışmamamızda da katılımcıların %68.3'üne işitme testinin hastaneden çıkmadan önce, %31.7'sine ise hastaneden taburcu olduktan sonra işitme testi yapıldığını belirtmiştir. Hastaneden taburcu olduktan sonra yapılma nedenleri arasında annenin normal doğum sonrası hastanede çok kalmayıp birkaç saat içinde taburcu edilmesinden dolayı zamanın yetersiz olması, bebekteki konjenital nedenlerden dolayı yapılmayıp daha sonraya ertelenmiş olması, prematüre doğum olması gibi sebeplerden kaynaklı olabilir. Sonuç olarak bizim çalışmamızda Sağlık bakanlığı periyodik sağlık muayenesinde belirtildiği gibi doğum sonrası 1 ay içerisinde tüm yenidoğanların işitme taraması tamamlanmıştır. Tüm işitme taramalarının eksiksiz olarak tamamlanma sebebi ise sağlık çalışanlarının işitme taraması yapılmasına olan hassasiyetleri, rehbere uygun olarak çalışıyor olmalarından kaynaklı olabilir.

Genişletilmiş bağışıklama programı bebek ve çocukların enfeksiyonlara karşı bağışıklanmalarını sağlamak amaçlı olarak 2005 yılında toplam 18 doz aşı olacak şekilde uygulamaya geçmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı periyodik muayene rehberine göre zorunludur (47). Eskiocak ve Marangoz'un 2019 yılında yaptığı bir araştırmaya göre aşılma oranları ülkemizde her geçen yıl artmaya devam etmektedir (81). Bizim çalışmamızda (%96.8) ve son zamanlarda yapılan aşılama çalışmalarında aşılamaya katılım oldukça fazladır (82). Son zamanlarda yapılan

çalışmalarda aşılama oranların artış sebebi aşılama ile ilgili farkındalığın artmış olması olabilir.

Ülkemizde tanısı konulan subluksasyon ve displazinin doğum sonrası görülme sıklığı 1000 doğumda 10, GKD'nin ise 3-4'ken, USG'nin kullanımının artması ile birlikte bu sıklık 40- 50'ye ulaşmıştır (83). Günümüzde bedensel engelliliğin önlemesi açısından GKD'den korunma temel yaklaşımı oluşturmaktadır (84). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çocukluk çağı periyodik muayene rehberine göre aile hekimlerince 4. İzlem olan 41. Gün izleminde (30-55. Gün arası) gelişimsel kalça displazisi taraması yapılması zorunludur. Bizim çalışmamızda da ebeveynlerin büyük çoğunluğu GKD taraması yaptırmıştır.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların çoğu topuk kanının alındığını ve topuk kanı taramasının niçin yapıldığını bildiğini belirtmiştir. Al-Sulaiman ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin yenidoğan tarama programlarını desteklediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada yenidoğan taramalarına ilişkin bilgilerinin sınırlı olduğu, yalnızca %34.6'sının tarama programları ile genetik hastalıkların taranabileceğini bildiği görülmüştür (85). Bizim çalışmada katılımcıların çoğu (96.8) topuk kanı taramasına katılmış ve topuk kanı taramasının niçin yapıldığını bildiğini (%86.5) ifade etmiştir. Çalışmamızda topuk kanı taramasına katılımın çok olma nedeni; ülkemizde topuk kanı taramasının yapılması zorunlu olması ve bu bilginin ailelere bebek doğunca verilerek bebeklerin 3-5. günler arasında aile hekimliğine yönlendirilmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda ebeveynlerin çoğunun topuk kanı taramasının niçin yapıldığını bildiğini belirtenlerin çok olma sebebi entelektüel seviyelerinin yüksek olması, internet, aile hekimi gibi bilgi alabileceği kaynaklara daha kolay ulaşılabilir olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamız da tansiyon ölçümü, obezite takibi, DEHB ve otizm gibi takiplerin daha az yapıldığı tespit edilmiştir. 2020 yılında Ulusoy, Yılmaz, Çifçi'nin yaptığı bir çalışmada "Çocuğunuzla ilgili hangi takip ve izlem sizin için önemlidir" sorusuna verilen cevaplarda en düşük bulunan takip parametreleri %18,9 "obezite takibi"; %19,8 "tansiyon ölçümü" ve %31,3 "DEHB ve otizm takibi" olmuştur. Takipleri yaptırma durumuna göre değerlendirildiğinde ise en düşük yapılma oranları %7,2 ile

“tansiyon ölçümü”, %8,4 ile “obezite takibi” ve %13,6 ile “DEHB ve otizm takibi” şeklindeki aynı parametrelerden oluştuğu tespit edilmiştir (82).

OSB sıklığının giderek artması, ağır seyirli kronik bir hastalık olması, erken tanı konulduğunda ekonomik, akademik ve sosyal kazanımların olduğunun gösterilmesi ve bulguların gerek aileler gerekse de doktorlar tarafından geç fark edilmesi nedeniyle erken tanı oldukça önemlidir (86-89). Ulusoy ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının otizm konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları gözlemlenmiştir(90). Yapılan çalışmalarda aile hekimlerinin otizm konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu ve doktorların OSB tanımını doğru olarak bilmedikleri ve OSB’nin özelliklerini yanlış bildikleri belirtilmiştir (91-93). Spain ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada ise OSB için ebeveyn eğitiminin önemi vurgulamıştır (94). Bizim çalışmamızda da aile hekimlerinin otizm taramalarını yeterli düzeyde yapmadıkları ve ebeveynlerin büyük çoğunun genel olarak OSB konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Aile Hekimlerinin farkındalıklarının az olması ise ailelere verilen eğitimi etkilemekte ve ailelerin farkındalık seviyesini daha da azaltmaktadır.

Çocukluk çağında görülen DEHB sıklığı giderek artmaktadır (95). Ülkemizde DEHB insidansı % 8 civarı olarak tespit edilmiştir (96-98). Biçen’in 2018 yılında yaptığı çalışmada 4-18 yaş arasında dikkatsizlik, aşırı hareketlilik bulguları olan tüm çocukların aile hekimi tarafından değerlendirilmesi gerektiği tespit edilmektedir (99). Çocukluk çağı DEHB konusunda yapılan çalışmalarda çocukların büyük bir kısmının tanı almadığı ifade edilmektedir. Bunun en önemli nedeni ise aile hekimlerinin DEHB yaklaşımı konusunda yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmamalarıydı (100). Ayrıca 2011 yılında Zwi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ebeveyn eğitiminin DEHB olan çocukların davranışları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini göstermiştir (101). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada aile hekimlerinin DEHB taramasını yeterli miktarda uygulamadıkları, bundan dolayı da ebeveynlere eğitimin az yapıldığı ve bunun neticesince ailelerinde gerekli farkındalığa sahip olmadıkları görülmüştür.

ÖÖG'nin erken bulgularının farkında olunulması ve kişinin erken tanı alması ve gerekli sağlık ve eğitim hizmetlerini erken zamanda alabilmesi oldukça önemlidir. Ülkemizde ÖÖG tanısı 8-9 yaşlarında konabilmektedir (102). Özgül öğrenme güçlüğü Dünya üzerinde oranı % 2-10 arasında bazı ülkelerde %20'ye kadar çıkabilmektedir (103). Aslan'ın 2015 yılında Ankara da yaptığı bir çalışmaya göre ülkemizde dislektik oranının %2 olduğu tespit edilmiştir (102). DSM IV'e göre özgül öğrenme güçlüğü görülen bireylerde eğitimini bırakma oranının % 40 olduğu belirtilmektedir (102). Özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların büyük çoğunluğu zihinsel engelli olarak görülmektedir. Bunun sebebi ise bu hastalığın yeterince iyi bilinmemesinden kaynaklıdır (102). Yaptığımız çalışmada da takip ve izlemlerin bu konuda az yapıldığı ailelelerin de yeterli düzeyde ÖÖG hakkında farkındalık sahibi olmadığı anlaşılmıştır.

Obezite veya fazla kilo, çocukların %30'una yakınını etkileyen önemli bir sorun haline gelmiştir (104). Ülkemizin batı bölgesinde obezite sıklığı %7 civarında olup doğu bölgesinde ise % 2-3 arasındadır (105). Çocukluk çağı obezitesi başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere tüm dünyada artmaya devam etmektedir. Çocuklarda obeziteden kaynaklı sorunların yanı sıra ilerleyen dönemlerde morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Çocukluk çağındaki obezitenin, erişkinlik döneminde de devam etmesi halinde hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi kronik hastalıklara sebep olabilmektedir. Bundan dolayı, çocukluk ve ergenlik çağında obeziteden korunma ve tedavinin önemi de giderek artmaktadır (106). Literatürde yapılan birçok çalışmada ebeveynlerin çoğunluğunun çocuklarının kilolu olduğunu kabullenmekte güçlük çektiğini ve bu durumu tedavi edilmesi gereken bir sorun olarak görmediklerini tespit edilmiştir (107-111). Bunun sonucunda ise obez hasta geç tanı alıp ilerleyen zamanlarda karşımıza önemli bir sağlık sorunuyla gelebilmektedir. Bundan dolayı obez hastalar bu sebeple aile hekimliğine başvurmasa bile hekimlerin bu konuda hastayı ve aileyi bilgilendirmesi gerekmektedir (104, 112, 113). Colquitt ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı bir çalışma da ebeveynlere verilen sağlıklı yaşam tarzı eğitimiyle obezitede ki azalmanın daha fazla olduğunu bulmuştur (114). Ancak bizim çalışmamızda takip ve izlemlerin bu konuda az yapıldığı gözlemlenmiştir. Bunun neticesinde ailelerin bilgilendirilip farkındalıklarının da arttırılması orantısal olarak daha az olmaktadır.

Çocukluk çağı hipertansiyonu giderek artmakta olan bir sorun haline gelmiştir (115). Çok sayıda çalışmada çocukluktaki yüksek kan basıncının, erişkin çağda hipertansiyon ve metabolik sendrom riskini artırdığı gösterilmiştir (116). ASM'ye başvuran bütün 3-18 yaş grubu çocukların, yılda en az bir kez tansiyon ölçümünün yapılması gereklidir (47). Literatür incelendiğinde birinci basamak sağlık hizmeti verenlerin sıklıkla kan basıncını ölçmede başarısız olduklarını ve çoğu zaman HT'yi tanımada yetersiz kaldıklarını göstermektedir (117-119). Bizim çalışmamızda da aile hekimlerinin hipertansiyon izlemleri konusunda yetersiz kaldıkları ailelerin ve hekimlerin yeterli düzeyde farkındalığa sahip olmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda bütün katılımcılardan veriler aynı kişi tarafından, yüz yüze görüşülerek toplanması avantaj olarak değerlendirilebilir. Çalışmamız tek merkezde, kısa süreli olarak yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü azdır. Bu nedenlerle kısıtlılık arz etmektedir. Bu yüzden ulaşılan sonuçlar genellenemez.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde görülen birçok çocukluk çağı hastalıkları erken dönemde tespit edilip gerekli tedavi, rehabilitasyon, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verildiğinde topluma daha faydalı, fiziksel ve ruhsal anlamda daha sağlıklı bireyler kazandırılmış olacaktır. Aile Hekimlikleri ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaları, süreklilik ilkesiyle çalışıyor olmalarından dolayı erken tanı ve takipte oldukça büyük bir öneme sahiptir. Ayrıca ailelere eğitim ve danışmanlık hizmeti sunarak daha sağlıklı çocukların yetişmesinde de etkin bir role sahiptir.

Çocukluk çağında görülen birçok sağlık problemi erken teşhis edilmeyip gerekli tedavi, danışmanlık ve eğitim hizmetleri yetersiz yapıldığında ilerleyen süreçte birçok problemle karşılaşılmaktadır. Özgül öğrenme güçlüğünün çocukluk döneminde erken saptanıp, gerekli eğitimi ve desteği almaları gerekmektedir. Erken tespit edilemeyip geç müdahale edilen çocuklar özel eğitim hizmetinden de geç yararlanmış olmaktadırlar. Bunun sonucunda ise özel eğitimin süresi uzamakta, eğitim giderleri artmakta bireyin eğitimlerden yeterli düzeyde faydalanma durumu azalmaktadır. Ayrıca erken tanı alamayan çocuklarda okula devam etmede sıkıntılar sosyal ve psikolojik problemlerde ortaya çıkmaktadır. Fakat yaptığımız bu çalışmada takiplerin bu konuda az yapıldığı anlaşılmıştır. Yaptığımız bu çalışmada ÖÖG konusunda hem ailelerin hem de aile hekimlerinin farkındalığının az olduğu tespit edilmiştir. Aile Hekimlerinin ve ebeveynlerin bu konudaki farkındalıklarını arttırmak için gerekli eğitimler verilmeli, kamu spotlarından faydalanılmalıdır.

ASM'ye başvuran bütün 3-18 yaş grubundaki çocukların, yılda en az bir kez tansiyon ölçümünün yapılmalıdır. Ancak çalışmamızda tansiyon ölçümüne yeterince önem verilmediği ve tansiyon ölçümü yaptıran ailelerin az sayıda olduğu, aile hekimlerince de bu konuda eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimleri bu konuda bilgilendirilmeli PSM için düzenlenmiş rehber doğrultusunda gerekli uygulamalar yerine getirilmelidir.

Obezite çocukluk döneminde erken saptanmalı ve önleyici tedbirler alınmalıdır. Obezitenin önlenmesi aile hekimlerinin asli görevlerinden bir tanesidir.

Ancak çalışmamızda obezite ile ilgili takiplerin ve bilgilendirmenin az yapıldığı görülmüştür. Obezitenin erken tanısının son derece önemli olduğu konusunda aile hekimlerinde farkındalık oluşturulmalı izlemlerin eksiksiz yapılması için teşvik edilmelidirler. Aileleri obezitenin çocukluk ve erişkinlik dönemindeki olumsuz sonuçları hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme yapılırken kamu spotlarından, afişlerden, seminerler ve toplum yararı için yapılacak toplantılardan faydalanılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ailelerin ve aile hekimlerinin çoğunun Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuklukları (DEHB) hakkında yeterli farkındalığa sahip olmadığı ve bu taramaların yeterli düzeyde yapılmadığı görülmektedir. Aile hekimliğindeki bu eksiklik, ailelerdeki farkındalığı etkilemiş olabilir. Dolayısıyla bu konularda eğitimler verilerek hem ailelerin hem de sağlık personelinin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak ebeveynlerin ve aile hekimlerinin çocukluk çağı periyodik muayene uygulamalarından obezite takibi, tansiyon ölçümü ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu taraması ve de özgül öğrenme güçlüğü konularındaki farkındalıkları az olup hem de bu taramaların yeterli düzeyde uygulanmadığı tespit edildi.

Çalışmamızda çocukluk çağı periyodik muayeneleriyle ilgili ebeveynler ve aile hekimleri tarafından hangi konularda eksiklikler olduğu ve çocuk izlemlerine etki eden etmenlerin neler olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır. PSM uygulamalarını etkileyen önemli faktörler ailelerin farkındalığının az olması ve ailelerin bilgisizliği ya da yanlış bilgi edinmeleridir. Diğer bir neden ise ailelere aile hekimlerince gerekli bilgilendirilmenin yapılmamasıdır. Bunun nedeni ise aile hekimlerinin PSM ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmamaları veya takip ve izlemlerin eksik yapılmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Aile hekimlerinin PSM rehberine uygun olarak izlem ve takipleri eksiksiz olarak yerine getirmeli ve bunun için teşvik edilmelidir. Birinci basamak hekimlerine PSM uygulamaları açısından seminerler düzenlenip gerekli eğitimler verilmelidir. Ebeveynlere eksik olan konularda ilgili sağlık personellerince gerekli eğitimler verilerek farkındalık oluşturulmalı ve çocuk izlemleri ailelerin de dahil edildiği bütünleyici bir ekip çalışması ile daha sağlıklı ve kaliteli bir şekilde yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Ailehekimligi/Aile-Hekiminin-Tanımı:Html#:~:Text=Aile%20hekimleri%2C%20kişiye%20yönelik%20koruyucu
2. Gür E ea, Sağlam çocuk izlemi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi, izlemi ESç. 2003.
3. Tiraş Ü, Dilli D, Dallar Y. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlam Çocuk Ünitesinde Izlenen Olguların Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi. 2007;29(6):444-50.
4. Can E, Küçükemre B, Poyrazoğlu Ş, Gökçay G, Baysal SU. Bir çocuk sağlığı izlem polikliniğinde izlenen bebeklerin ve ailelerinin özellikleri. Çocuk Dergisi. 2008;8(2):96-101.
5. Yangı DT, Top M, Görpelioğlu S. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3):104-17.
6. Vitrinel A, Erdağ GÇ. Sağlam çocuk izlemi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2008;11(3):101-6.
7. Leeuwenhorst W. Statement by a Working Party of The Second European Conference (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners. 1977;27:117.
8. Van Weel C. Person- centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca). Journal of evaluation in clinical practice. 2011;17(2):337-8.
9. Avrupa aile hekimliği tanımı çekirdek yeterlilikler ve özellikleri (WONCA 2002/2011) [Erişim Tarihi.12.05.2021] Web Adresi: Http://Ailehekimi.Medicine.Ankara.Edu.Tr/Wp-Content/Uploads/Sites/581/2015/02/Aile-Hekimli%C4%9Fi-Tan%C4%B1m%C4%B1-%C3%87ekirdek-Yeterlilikleri-Ve-%C3%96zellikleri.Pdf.
10. Dr. Francis Peabody, Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği 1923 [Erişim Tarihi :11.04.2021] Web Sayfası: Http://Www.Ailehekimligidergisi.Org/Default.Aspx?Ctrl=Text&Idarticle=52.

11. American Board of Family Medicine-ABFM [Erişim Tarihi:17.05.2021] Web Sayfası: Https://Www.Theabfm.Org/About/History.Aspx Abofm.
12. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians veya kısaca World Organization of Family DoctorsDünya Aile Hekimleri Birliği) 2002 [Erişim Tarihi:12.05.2021]Web Adresi: Http://Www.Ailehekimligidergisi.Org/Default.Aspx?Ctrl=Text&Idarticle=52 .
13. The General Practitioner in Europe: A Statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practitioners L, Holland, 1974. Cilt 51 Sayı 1 Mart 2012 / Volume 51 Issue: 1 March 2012 29 8. Making medical practice and education more relevant to people's needs. WHO-WONCA Joint Conference. WHO-WONCA. Ontario, Canada.
14. 9. WONCA Europe 2002
15. Grimm KJ Dmtpheirr, Ed. Textbook Of Family Practice. 6th Ed. Philadelphia: 2002. P.81-159.
16. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi C:6 S, 2016 (76-88).
17. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Mevzuat **25.01.2013** Resmî Gazete Sayısı: 28539. [Erişim Tarihi ;[15.04.2021] Web Sayfası ; Https://Www.Mevzuat.Gov.Tr/File/Generatepdf?Mevzuatno=17051&Mevzuattur=Kurumvekurulusyonetmeligi&Mevzuattertip=5
18. Sarıtekin S, Dindar İ. Edirne merkez kreş ve anaokullarına kayıtlı 2-6 yaş grubu çocukların büyüme gelişme durumları ve etkileyen etmenler. 2013.
19. Bakanlığı S, Konuk Bds, Hatipoğlu Uds, Koordinatörü Ah. Sağlam Çocuklarin Düzenli Takiplerini Etkileyen Faktörler.
20. Gür E ea, Sağlam çocuk izlemi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi, Etkinlikleri. Sağlam Sçi.
21. Milone SD, Milone SL. Evidence-based periodic health examination of adults. Memory aid for primary care physicians. Canadian family physician. 2006;52(1):40-7.

22. Grimm KJ DMPHEIRR, ed. Textbook of Family Medicine, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2011. p.73-99. [
23. Erbaba H, Şahin S. Adolesan Kızlarda Obezite Ve Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar. Archives Of Pediatrics. 2017;2(1).
24. Wilson Jmg Jg, Organization Wh. Principles and practice of screening for disease. 1968.
25. Gümüştakım RŞ, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. Evaluation of eating habits in children 0-2 years of age: a multicenter study. Family Practice and Palliative Care. 2017;2(1):1-8.
26. TC Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri Ankara 2015[Erişim Tarihi:10062021]//Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Depo/Birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_Ve_Egitim_Db/Dokumanlar/Rehberler/Psm_2019.Pdf.
27. Bebek ç, ergen izlem protokolleri[İnternet]. T.C. Sğlık Bakanlığı; [Erişim tarihi:17 Mayıs 2021. Web Sayfası: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/9010,bebek-cocuk-izlem-protokolleripdf.pdf?0.
28. Övet G, Balcı YI, Canural R, Çövüt İE, Bekçi Ş, Erbil N, et al. Yenidoğan işitme taraması sonuçlarımız. 2010.
29. Avci S, Şayli U. Gelişimsel Kalça Displazisini Önlemede Abdüksiyon Bezi Kullaniminin Etkinliği.
30. Köse N ÖH, Dağlar B. Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı 2010. http://www.bsm.gov.tr/duyuru
31. Gülabi D. Gelişimsel Kalça Displazisi Tanısında Ultrasonografinin Önemi.
32. Ortiz-Neira CL, Paolucci EO, Donnon T. A meta-analysis of common risk factors associated with the diagnosis of developmental dysplasia of the hip in newborns. European journal of radiology. 2012;81(3):e344-e51.
33. De Hundt M, Vlemmix F, Bais J, Hutton E, De Groot C, Mol B, et al. Risk factors for developmental dysplasia of the hip: a meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2012;165(1):8-17.

34. 5. Complementary feding report of the global consultation Summary of guiding principles. WHO Geneva -D.
35. Şen M, Kartal M, Özçakar N. Gelişimsel Kalça Displazisine Yaklaşım. Turksh Family Physician. 2012;3(4):21-5.
36. Gazete R. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. Resmî Gazete Sayısı. 2013;28539(25.01).
37. Maç ÇE, Öztürk GZ, Aksu SB, Demirbaş B, Toprak D. Geriatrik bireylerin periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Medical Journal. 2019;19(1):1-9.
38. Gümüştakım RŞ, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. Fam Pract Palliat Care. 2017;2(1):1-8.
39. Herman CR, Gill HK, Eng J, Fajardo LL. Screening for preclinical disease: test and disease characteristics. American journal of roentgenology. 2002;179(4):825-31.
40. 5. Complementary feding report of the global consultation Summary of guiding principles. WHO Geneva -D.
41. Özalp I, Çoşkun T. Büyümenin İzlenmesi, Çocuk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara SSYB Matbaası. 1988.
42. Yüce A, Koçak N. İshalli Çocuk Beslenmesi, Katkı Pediatri Dergisi, 17: 2: 335-340. GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;24(3):81-100.
43. Baltacı A. Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019;5(2):368-88.
44. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. The lancet. 2001;358(9280):483-8.
45. Eysenbach G, Köhler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. Bmj. 2002;324(7337):573-7.
46. Şarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: bitkilerle tedaviye dikkat (!). Sted. 2005;14(8):182-7.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri Ankara 2015 [Erişim Tarihi:10.05.2021] Web

Adresi ://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Depo/Birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri _Ve_Egitim_Db/Dokumanlar/Rehberler/Psm_2019.

48. Wagner- Mahler K, Kurzenne JY, Delattre I, Bérard E, Mas JC, Bornebush L, et al. Prospective study on the prevalence and associated risk factors of cryptorchidism in 6246 newborn boys from Nice area, France. International journal of andrology. 2011;34(5pt2):e499-e510.
49. Hadziselimovic F, Hadziselimovic NO, Demougin P, Oakeley EJ. Testicular gene expression in cryptorchid boys at risk of azoospermia. Sexual Development. 2011;5(2):49-59.
50. Ellis D. Undescended testes. PediatricUrology Ashcraft KW (eds) PhiladelphiaSaunders. 1990;17:415-27.
51. Hadziselimoviç F. Cryptorchidizm and infertility. Dialogue Pediatr Urol. 1981;4:3.
52. Özkan S. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri. 2015.
53. Yıldırım F, Sadak E. Modern Çağın Sorunu Olarak "Çocukluk Çağı Obezitesi": Sosyal Hizmet Uzmanı ve Diyetisyen İşbirliğinin Önemi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2020;48(1):83-90.
54. Demirci A, KARTAL M. Çocukluk Dönemine Ait Önemli Bir Sorun: Gelişme Geriliği Ve Erken Tanının Önemi. The Journal Of Turkish Family Physician. 2012;3(4):1-6.
55. Rydz D SM, Oskoui M, Marget N, Shiller M, Birnbaum R, Majnemer A, Shevell MI.Screening for developmental delay in the setting of a community, Pediatrics2006Oct;118(4):e1178–86 pcapaop-rq.
56. American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders t, 50-59.
57. Spectrum , Disorders Autism And Developmental Disabilities Monitoring Network SS, United, States MSNS-.
58. Fett-Conte AC B-MA, Rosan DRA. Etiology Of Autism The Complexity Of, Www.Intechopen.Com/Books/Autism Rfiasd.
59. Elsabbagh M DG, Koh YJ, et al. Global prevalence of autism and other pervasive, 160-179.

60. Kim YS LB, Koh YJ, et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total, 904-912 psAJP.
61. Bodur Ş, Soysal AŞ. Otizmin erken tanısı ve önemi. Sted. 2004;13(10):394.
62. Aydin D, Özgen Ze. Çocuklarda Otizm Spektrum Bozukluğu Ve Erken Tanılamada Hemşirenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(3):93-101.
63. Öztürk A. Çocuğa Kötü Muamelenin Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçlarını Önlemek. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2020;27(1):7-19.
64. Raika Durusoya AD, Işıl Ergina, Hür Hassoya, Feride Aksu Tanıka İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran, etkileyen gahtisv, 2011;9(1) eTHSD.
65. Goedken AM, Urmie JM, Polgreen LA. Factors related to receipt of well-child visits in insured children. Maternal and child health journal. 2014;18(3):744-54.
66. Sinem Aydemir Birinci Basamak Sağlik Hizmetleri Uygulamasinda Periyodik Sağlik Muayenesi Konusu Hakkinda Birinci Basamak Klinisyenlerinin Bilgi, Tutum Ve Davranişlar Uzmanlık Tezi 2015 [Erişim Tarihi: 17.05.2021] Web sayfası : Http://Acikerisim.Baskent.Edu.Tr:8080/Bitstream/Handle/11727/2387/Sinem%20Aydemir%20Tez-20.07.2015.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y.
67. Tugay D. Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2015.
68. Muelbert M GEFawtmobf, and 24 months in adolescent mothers. BMC Public Health. 2018 May 31;18(1):675.
69. Çalik Ky, Çetin Fc, Erkaya R. Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları Ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(3):80-91.
70. Üstüner F, Bodur S. Bebeklerde aylık izlem ve hemşire tarafından annenin pekiştirici emzirme eğitimi ile ilk altı ay yalnızca anne sütü verme arasındaki ilişki. Genel Tip Dergisi. 2009;19(1).
71. Onbaşı Ş, Duran R, Çiftdemir NA, Vatansever Ü, Acunaş B, Süt N. Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme

davranışları üzerine etkisi. Turkish Pediatrics Archive/Turk Pediatri Arsivi. 2011;46(1).

72. Çataklı T [1] TS, Oğulluk M [3] , Dallar Bilge Y [4] Bir hastaneye başvuran annelerin D vitamini hakkındaki bilgileri ve kullanma tutumları ege tıp dergisi Cilt 53 Sayı 3 2014 s135-140.
73. Ozkan B DH, Karacan M, et al. Prevalence of vitamin D deficiency rickets in the eastern part of Turkey. Eur J Pediatr, 2009;168(3):95-100.
74. Hatun Ş BB, Çalıkoğlu AS, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rikets. Çocuk Sağlığı ve, 2003;46(1):224-41.
75. Turan M CA, Gökçay G. Doğum sonrası erken dönemde, doğru teknik ile beslenmenin tek başına anne sütü ile, 2000;63(1):286-92.
76. Situma Pw. Knowledge AaPoceda, pediatricians working in KTDUoN, 2013.
77. Ferebee A. Childhood vision: Public challenges and opportunities. A policy brief. Washington, DC: Center for Health and Health Care in Schools, School of …; 2004.
78. Vehapoğlu Türkmen A, Yiğit Ö, Akkaya E, Uğur E, Kefeciler Z, Gözütok S. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan İşitme Taraması Sonuclarımız. İstanbul Medical Journal. 2013;14(3).
79. Gökçay G, Boran P, Çiprut A, Bağlam T. Çocukluk dönemi işitme taramalarında ülkemizde ve dünyada güncel durum. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2014;57:265-73.
80. Turan ZYitpikt, cihazlanma ve, eğitime başlama yaşına etkisi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1156-1174.
81. Bağışıklama Td, Durumu H, Eskiocak PDM, Marangoz DB, 2019.
82. Ulusoy E, Yılmaz Te, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. Sağlam Çocuk Takibinde Ebeveynlerin Rolü Ve Sağlik Okuryazarliği The Role Of Parents And Health Literacy In Healthy Child Follow-Up.
83. Terlemez İH. Yeni doğan kalça ultrason taramasında gelişimsel kalça displazisi tespit edilen hastalarda konservatif ve cerrahi tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi. 2019.
84. - Mohsen A.F. Eraif, prevention of disability and its complications" E, 3:1;154-161.

85. Al-Sulaiman A KA, Saeedi MY., and Aotk, towards aoSm, Research nsB, Volume2015; I.
86. Fountain C, King MD, Bearman PS. Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts. Journal of Epidemiology & Community Health. 2011;65(6):503-10.
87. Mandell DS, Morales KH, Xie M, Lawer LJ, Stahmer AC, Marcus SC. Age of diagnosis among Medicaid-enrolled children with autism, 2001–2004. Psychiatric Services. 2010;61(8):822-9.
88. Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. Journal of consulting and clinical psychology. 1987;55(1):3.
89. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-VanderWeele J. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. Pediatrics. 2011;127(5):e1303-e11.
90. Erdoğan Ulusoy1 TEY, Atilla Çifci,, Tuğba Yılmaz3 İK, Adem Özkara1sağlam Çocuk Takibinde Ebeveynlerin Rolü Ve, Sağlik Okuryazarliğiankara Med J -.
91. Heidgerken AD, Geffken G, Modi A, Frakey L. A survey of autism knowledge in a health care setting. Journal of Autism and Developmental disorders. 2005;35(3):323-30.
92. Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema MA. A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. BMC pediatrics. 2011;11(1):1-6.
93. Bozukluğu OS, Hiperaktivite DE. Autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge and attitude of family medicine residents in Turkey. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2015;9(2):46-53.
94. Spain D, Sin J, Paliokosta E, Furuta M, Prunty JE, Chalder T, et al. Family therapy for autism spectrum disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(5).
95. Boyle KK, Rachala S, Nodzo SR. Centers for Disease Control and Prevention 2017 guidelines for prevention of surgical site infections: review and relevant recommendations. Current reviews in musculoskeletal medicine. 2018;11(3):357-69.

96. Eryılmaz E, Üstündağ-Budak AM. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Erken Tanımada Cinsiyet Önyargısı. Türk Psikoloji Yazıları. 2019;22(43):90-101.
97. Aktepe E, editor Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanisi Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanilar ve Sosyodemografik Özellikleŕ. Yeni Symposium; 2011.
98. Baskın ES. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden yıkıcı davranış bozukluklarında kinürenin yolağının rolü. 2019.
99. Biçen G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete ve aleksitimi: Işık Üniversitesi; 2018.
100. Kızılkaya A. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda kardiyak etkilenmenin araştırılması. 2017.
101. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(12).
102. Aslan K. Özgül öğrenme güçlüğünün erken dönem belirtileri ve erken müdahale uygulamalarına dair derleme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015.
103. Balci E. İlkokul Ve Ortaokulda Disleksi Riski Taşiyan Öğrencilerin Orani Ve Bazi Karakteristik Özellikleri. Milli Eğitim Dergisi.48(1):717-36.
104. Klish Wj. Childhood Obesity: Pathophysiology And Treatment. Pediatrics International. 1995;37(1):1-6.
105. Önal Z, Adal E. Çocukluk çağında obezite. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30(1):39-44.
106. Şimşek F. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı Obesity prevalence in a primary school and a high school in Ankara. 2005.
107. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ. Parents' perceptions of their child's weight and health. Pediatrics. 2006;117(3):681-90.
108. Yaşar S. Kırklareli ilinde okul öncesi eğitime devam eden çocuklarda obezite prevalansının ve ebeveynlerin çocuklarının vücut ağırlığını algılama durumunun değerlendirilmesi. 2016.

109. Esenay FI, Yigit R, Erdogan S. Turkish mothers' perceptions of their children's weight. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2010;15(2):144-53.
110. Uludağ A, Peker E, Şahin EM, Eşsizoğlu E, Ağaoğlu H, Topaloğlu N, et al. Çocukların vücut ağırlığı ve görünümleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(3):142-8.
111. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3–5 y olds. International journal of obesity. 2005;29(4):353-5.
112. Keller C, Stevens KR. Assessment, etiology, and intervention in obesity in children. The Nurse Practitioner. 1996;21(9):31-6, 8, 41.
113. Martorell R, Khan LK, Hughes M, Grummer-Strawn L. Overweight and obesity in preschool children from developing countries. International journal of obesity. 2000;24(8):959-67.
114. Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al- Khudairy L, et al. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(3).
115. Akgun C, Dogan M, Akbayram S, Tuncer O, Peker E, Taskin G, et al. The incidence of asymptomatic hypertension in school children. Journal of Nippon Medical School. 2010;77(3):160-5.
116. Kaplan Mm. Çocuklarda Hipertansiyon Etiyolojisi İle Yaşam İçi Kan Basinci İzlemi Arasindaki İlişki 2018.
117. Brady Tm, Solomon Bs, Neu Am, Siberry Gk, Parekh RS. Patient-, provider-, and clinic-level predictors of unrecognized elevated blood pressure in children. Pediatrics. 2010;125(6):e1286-e93.
118. Stabouli S, Sideras L, Vareta G, Eustratiadou M, Printza N, Dotis J, et al. Hypertension screening during healthcare pediatric visits. Journal of hypertension. 2015;33(5):1064-8.
119. Kent AL, Chaudhari T. Determinants of neonatal blood pressure. Current hypertension reports. 2013;15(5):426-32.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Kararı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/122
Konu : Etik Kurul Kararı

04.03.2021

Sayın:Arş.Gör.Dr.Ceyda Fatma EKİNCİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz **"Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Ailelerin Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi ,Tutum ve Görüşleri"** isimli bilimsel **tez** çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :
1. Dr.Öğr.Üy.Suat SİNCAN
2.

Yardımcı Araştırmacı :
1- Arş.Gör.Dr.Ceyda Fatma EKİNCİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Dr.Öğr.Üy.Suat SİNCAN**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Ailelerin Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi ,Tutum ve Görüşleri**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 01 Karar No: 26**	**Tarih:** 04.03.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Arş. Gör. Dr. Ceyda Fatma EKİNCİ tarafından yürütülen "Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Ailelerin Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Görüşleri" Amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)

a. Araştırmanın Amacı: Ebeveynlerin çocukluk çağı periyodik muayeneleri hakkında bilgi, tutum ve görüşlerini almak
b. Araştırmanın İçeriği: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Ailelerin Çocukluk Çağı Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Görüşleri"ni incelemek
c. Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 3 ay
e. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı 5 birim Eğitim ASM

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı- Soyadı:.....

İmzası:

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Arş. Gör. Dr. Ceyda Fatma EKİNCİ İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

EK-3. Kişisel Bilgi Formu

1) Yaşınız ? ……..

2) Cinsiyetiniz ? ( ) Kadın ( ) Erkek

3) Medeni durum: 1) Evli 2)Bekar 3) Dul / Boşanmış

4) Eğitim durumu :1)Okur-yazar 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite

5) Evinize giren aylık toplam ücret yaklaşık ne kadar ?.....

6) Kaç çocuğunuz var ?

1 Çocuk 2 Çocuk 3 Çocuk 4 Çocuk 5 Çocuk

7) Çocuklarınız kaç yaşında ?

1.Çocuk …… 2.Çocuk……..3.Çocuk…….. 4.Çocuk……. 5.Çocuk……..

……

EK-4. Ailelerin Çocukluk Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Bilgi Ve Görüşlerini İçeren Anket

1) Gebelik takiplerinde hangi sağlık biriminden/ hangi doktordan aldınız ?

1)Aile hekimi 2) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı

3) İki taraftan da yardım aldım. 4) Hiç kimseden yardım almadım.

2) Bebeğiniz dünyaya geldikten sonra ilk izlemleri için / ilk bilgileri kimden aldınız/ (nereye başvurdunuz) ?

1)Hastane 2) Aile hekimi

3) Hem aile hekimi hem kadın doğum 4) Yardım almadım

3) Premature (Erken doğan) oldu mu?

1**)** Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

4) Çocuğunuzu bugüne kadar aile hekimliğinde yapılan tüm izlemlerine eksiksiz getirdiniz mi ?

1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum

5) Çocuğunuzun izlemleri bugüne kadar normal seyrinde mi oldu ?

1) Evet 2)Hayır 3) Bilmiyorum

6) Aile hekiminiz çocuğunuzun izlemleriyle ilgili yeterince her türlü bilgilendirmeyi yaptı mı ?

1)Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

7) (Yukardaki soruya cevabınız hayır ise) Yapılmasını ister misiniz ?

1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

8) İzlem için çağrıldığınızda vakit ayırmakta zorlandınız mı?

1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

9) Çocuğunuza yapılan izlemlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır 3)Kararsızım

10) Sizce bu izlemler yapılmalı mı ?

1) Evet 2)Hayır 3)Kararsızım

11) Çocuğunuza yapılan izlem ve muayenelerden hangilerini gereksiz buluyorsunuz ? (Yoksa bir sonra ki soruya geçebilirsiniz)

……..

12) İzlem öncesi Çocuğunuzu izlemlerine getirirken öncesinde küçük bir araştırma yapıp bilgi sahibi olmak için bir çaba sarfettiğiniz oluyor mu?

1)Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

13) Bir önceki soru yanıtı evet ise Periyodik sağlık muayenesiyle ilgili bilgileri nereden elde ettiniz yoksa bir sonra ki soruya geçebilirsiniz ?

1)İnternet 2) Aile Hekimi 3) Arkadaş 4) Kitap vb. 5) Diğer……..

14) Sizce emzirme bebeğini çeşitli hastalıklara karşı koruyabilir mi?

1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

15) Yanıt evet ise sizce hangi dönemki süt daha değerlidir

1)İlk 15 gün 2) ilk 3 ay 3) ilk 6 ay 4) ilk 1 yıl

16) Sizce bir bebek sadece anne sütü ile kaç ay beslenmeli?

……..

17) Sizce bebek ek besine başladıktan sonra kaç yaşına kadar emzirilmeli?

1)ilk 6 ay 2)12 ay 3)24 ay 4) Fikrim yok

18) Aile Hekimiz/ Ebeniz/Hemşireniz sağlık görevlilerinden size emzirme ile ilgili daha önce bilgilendirme yaptılar mı ?

1)Evet 2) Hayir 3) Hatırlamıyorum

19) Bebeğinize d vitamini damlası verildi mi ?

1)Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

20) (Yukarıda ki soruya yanıtınız evet ise) Verilen damla için ücret ödediniz mi ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

21) (D vitamini damlası kullandıysanız) D vitamini damlasını ne kadar süre kullandınız?.....

22) (D vitamini damlası kullandıysanız) Damlayı kullanırken karşılaştığınız sorunlar oldu mu ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

23) (Yukardaki soruya yanıtınız evet ise) Ne gibi sorunlarla karşılaştınız?

…….

24) (D vitamini damlası kullandıysanız) Her gün düzenli olarak d vitamini damlasını kullanabildiniz mi ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

25) Bebeğinizden doğduğu zaman topuk kanı alındı mı ?

1)Evet doğduğu hastanede alındı 2) Evet Aile Hekimliğinde alındı

3) Alınmadı 4) Hatırlamıyorum

26) Topuk kanının neden alındığını biliyor musunuz ?

1) Evet……
2) Hayır
3) Fikrim yok

27) Erkek çocuklarda aile hekimiz testislerini muayene etti mi ?

1) Evet ……ayda 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

28) Testis muayenesi yapıldıysa ne zaman yapıldı ?

……

29) Bebeğinize işitme taraması yapıldı mı ?

1) Evet doğduğu hastanede hastaneden çıkmadan yapıldı. 2) Yapılmadı.

3) Evet hastaneden taburcu olduktan sonra ölçüldü. 4)Hatırlamıyorum.

30) Bebeğinize görme muayenesi yapıldı mı / nasıl bir muayene yapıldığını hatırlıyor musunuz ?

1)Evet…….. 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

31) Bebeğinizde demir damlası verildi mi ?

1)Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

32) (Yukarıda ki soruya yanıtınız evet ise) Verilen damla için ücret ödediniz mi ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

33) (Demir damlası kullandıysanız) Demir damlasını ne kadar süre kullandınız?.....

34) (Demir damlası kullandıysanız) Damlayı kullanırken karşılaştığınız sorunlar oldu mu ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

35) (Demir damlası kullandıysanız) Her gün düzenli olarak demir damlasını kullanabildiniz mi ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

36) Verilen demir yeterli mi diye parmak ucu ya da damardan alınan kandan hemoglobin denilen kandaki demir yeterliliğini gösteren ölçüm yapıldı mı/ yapılma zamanlarını hatırlıyor musunuz ?

1) Evet ……..ayda yapıldı 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

37) Bebeğinize kalça çıkığı muayenesi yapıldı mı ?

1)Evet 2) Hayır 3) Fikrim yok 4) Hatırlamıyorum

38) Hastaneye gidip kalça usg çektirdiniz mi ?/ çektirdiyseniz ne zaman çekildi ?

1)Evet ……ayda 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

39) Hastaneye gidip kalça röntgeni çekindiniz mi ?/ çektirdiyseniz ne zaman çekildi ?

1)Evet ……ayda 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

40) Kalça çıkığı nedeni ile alçıya alma ya da daha farklı bir işlem oldu mu?

1)Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

41) Çocuğunuzun izlemlerinde hiç tansiyonu ölçüldü mü ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

42) Otizm diye bir hastalık duydunuz mu ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

43) Çocuğuna otizm taraması yapıldı mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

44) Sizce çocuğunuzun ilk otizm taraması kaçıncı ayları arasında yapılması uygun olur ?

1) 0-18 ay 2) 18-36 ay 3) 36-72 ay 4) Fikrim yok

45) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu diye bir hastalık duydunuz mu ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

46) Çocuğunuzun izlemlerinde çocuğunuza dikkat eksikliği açısından tarama yapıldı mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

47) Sizce çocuğunuzun ilk dikkat eksikliği taraması kaçıncı ayları arasında yapılması uygun olur ?

1) 12-24 ay 2) 24-48 ay 3) 48-60 ay 4) Fikrim yok

48) Özgül öğrenme güçlüğü diye bir hastalık duydunuz mu ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

49) Çocuğunuzun izlemlerinde çocuğunuza özgül öğrenme güçlüğü açısından tarama yapıldı mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

50) Sizce çocuğunuzun ilk özgül öğrenme güçlüğü taraması kaçıncı ayları arasında olmalı?

1) 12-24 ay 2) 24-48 ay 3) 48-60 ay 4) Fikrim yok

51) Çocuğunuza ağız ve diş sağlığı açısından aile hekimliğinde bilgilendirme ve kontrol yapıldı mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

52) Çocuğunuzu diş hekimine götürerek bir tedavi yaptırdınız mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

53) (Yukarda ki soruya yanıtınız evet ise) nedeni nedir ?

……

54) Çürük ya da başka bir neden ile aile hekiminiz diş hekimine sevk etti mi ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

55) Bebeğinizle ilgili sağlıklı beslenme ve diyet danışmanlığı aldınız mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

56) Fonksiyonel gıda kavramını duydunuz mu ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

57) (Yukardaki soruya yanıtınız evet ise) Aile hekiminizden mi duydunuz ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

58) Çocuğunuzda kilo fazlalığı nedeniyle bilgilendirme ve takip yapıldı mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

59) Evde sigara ya da benzeri tütün içimi var mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Belirtmek istemiyorum

60) Pasif içicilik nedir biliyor musunuz ?

1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

61) Pasif içicilik hakkında Aile hekiminiz /Aile sağlığı elemanı tarafından billgilendirildiniz mi ?

1) Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

62) Bilgilendirilmek istermiydiniz ?

1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

63) Aile hekiminiz muayenelerde bu duruma dikkat etmeli mi, kontrol yapmalı mı?

1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

64) Sağlık çalışanları size aşılama konusunda gerekli bilgiyi veriyor mu ?

1)Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

65) Çocuğunuzun rutin aşılarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

1)Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

66) Çocuğunuzun aşılarını yaptırdınız mı ?

1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

67) Çocuğunuzun aşılarını takip ediyor ve yaptırıyor musunuz ?

1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

68) Yukardaki soruya cevabınız hayır ise niçin çocuğunuza aşılama yapılmamalı

1) Aşıların koruyucu olduğuna inanmıyorum 2) Yan etkilerinden dolayı

3) Aşıları güvenilir bulmuyorum 4)Dini kaygılarımdan dolayı

…….

69) Sizce çocuğunuza yapılan aşıların yan etkisi var mı ?

1)Evet 2) Hayır 3)Kararsızım 4) Bilmiyorum

70) Aile hekiminiz ,bebeğinizin başını kaçıncı ayda tuttuğunu, kaçıncı ayda destekli, kaçıncı ayda desteksiz oturduğunu ,kaçıncı ayda yürüdüğü ile ilgili soruları size sorup kaydetmiş miydi ?

1)Evet 2)Hayır 3)Kararsızım

71) (Yanıtınız hayır ise) Sormalarını bekler miydiniz ?

1)Evet 2)Hayır 3)Kararsızım