T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN 0-18 YAŞINDAKİ BİREYLERİN SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

Dr. MERVE KAYAN

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

İSTANBUL-2018

BEYAN

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

Adı, Soyadı

İmza

ÖNSÖZ

Asistanlığım sürecinde bilgi, tecrübe ve desteklerinden sonsuz faydalandığım, tezimin her aşamasında sabırla ve emekle bana yol gösteren ve destek olan sevgili danışmanım Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye,

Öğrencileri olmakla mutluluk duyduğum değerli bölüm hocalarım Prof. Dr. Arzu Uzuner, Prof. Dr. Pemra Ünalan, Prof. Dr. Mehmet Akman ve Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya'ya,

En büyük destekçilerim, canım anneme ve babama,

Hayattaki en yakın arkadaşlarım canım ablam Duygu'ya ve canım kardeşim Büşra'ya,

Son bir buçuk yılda hayatıma hayat katan, tez sürecinde benimle aynı zorluğu yaşayan, biricik oğlum Ahmet Lütfi'ye,

Karşılaştığım ilk günden beri hayatımdaki her zorluğu paylaşıp birlikte aştığım, bu tez sürecini de desteğiyle atlattığım hayat arkadaşıma, Fatih'e

Sonsuz teşekkürler…

Dr. Merve Kayan

Aralık 2018

İÇİNDEKİLER

BEYAN 2
ÖNSÖZ 3
İÇİNDEKİLER 4
KISALTMALAR 6
TABLO LİSTESİ 7
GRAFİK LİSTESİ 7
ÖZET 8
1.GİRİŞ VE AMAÇ 12
2.GENEL BİLGİLER 14
2.1 Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesi 14
2.2 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 17
2.3 Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi İçin Yapılan Teşvikler 18
2.4 Aile Hekimliğinde Çocuk Sağlığının Yeri 19
2.5 Sağlam Çocuk İzlemi 21
2.5.1 Çocuk Sağlığı İzlem İlkeleri 21
2.5.2 Görüşme ve Öykü Alma 22
2.5.3 Gözlem 22
2.5.4 Fizik Muayene 22
2.5.5 Taramalar 23
2.5.6 Aşılama 25
2.5.7 Danışmanlık ve Sağlık Eğitimi 26
2.6 Bebek ve Çocuklar İçin İzlem Örneği 26
2.7 Adolesanlar İçin İzlem Örneği 28
2.8 Ülkemizde Sağlam Çocuk İzlemi 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı: 31
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi: 32
3.3.Katılımcıların Seçimi 32
3.3.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri 32
3.3.2. Çalışmadan Hariç Tutulma ve Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 32
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 33
3.5. Analiz 34

3.6 Etik Kurul Onayı 34
4. BULGULAR 35
4.1. Tanımlayıcı Veriler 35
4.1.1. Sosyodemografik özellikler 35
4.1.2 Genel Sağlık Durumu ile İlgili Bulgular 37
4.1.3 Çocukları Takip Eden Doktorlar ile İlgili Bulgular 38
4.1.4 Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular 39
4.2. Karşılaştırmalı Analizler 46
4.2.1. Cinsiyet Etkisi 46
4.2.2. Anne Eğitiminin Etkisi 47
4.2.3 Sigorta ve Hane Aylık Gelir Düzeyi Etkisi 48
4.2.4 Çocuğun Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olmasının Etkisi 49
4.2.5. Çocuğu Takip Eden Doktor Branşının Etkisi 49
5. TARTIŞMA 51
5.1 Adolesanların (10-18 Yaş Grubundaki Bireylerin) Sağlık İhtiyaçları 51
5.2 Sıfır-9 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık İhtiyaçları 55
5.3 Araştırmanın Güçlü Yanları 60
5.4 Araştırmanın kısıtlılıkları 60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 61
KAYNAKLAR 62
EKLER 68
EK-1: ANKET FORMU 700
Ek-2: ETİK KURUL ONAY FORMU 777
Ek-3: BİLGİLENDİRME FORMU 788
Ek-4: GÖNÜLLÜ ONAY FORMU 79

KISALTMALAR

ASE : Aile Sağlığı Elemanı

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

AHU : Aile Hekimi Uzmanı

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

FKÜ : Fenilketonüri

GKD : Gelişimsel Kalça Displazisi

KD : Kalça Displazisi

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

TABLO LİSTESİ

Tablo-1: Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler

Tablo-2: Katılımcıların Sosyodemodrafik Özellikleri

Tablo-3: Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular (Grup-1 ve Grup-2'ye Sorulan Sorular)

Tablo-4: Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular (Grup-3'e Sorulan Sorular)

Tablo-5: Cinsiyet Etkisi

Tablo-6: Anne Eğitiminin Etkisi

Tablo-7: Hane Aylık Gelir Düzeyinin Etkisi

Tablo-8: Çocuğun Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olmasının Etkisi

Tablo-9: Çocuğu Takip Eden Doktor Branşının Etkisi

GRAFİK LİSTESİ

Grafik-1: Çocukların Bilinen Hastalıkları

Grafik-2: Çocukları Takip Eden Doktorlar

ÖZET

Birinci Basamağa Başvuran 0-18 Yaşındaki Bireylerin Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi

Giriş ve Amaç: Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre her birey 18 yaşına kadar çocuk kabul edilir ve her çocuğun sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Bu sözleşmeye taraf olan ülkemiz için sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık hizmeti sunucuları ve politika yapıcılar için büyük bir fırsattır. Bu araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM)'ne kaydolan 0-18 yaşındaki bireylerin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Hizmete yeni başlayan Marmara Üniversitesi Tuzla EASM'ye 4 Kasım 2016 – 4 Mart 2017 tarihleri arasında ilk kez başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 0-14 yaşındaki bireylerin ebeveynleri ve 14 yaşından büyük bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik özellikler ile çocuklarına yönelik, Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği sağlık ihtiyaçlarını değerlendiren anket uygulanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 programında yapılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri (yüzde, ortalama, standart sapma vb.) hesaplanmıştır. Karşılaştırmalı analizlerde Ki-kare ve t-testi kullanılmıştır. Verilerin analiz sonucunda $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 195 kız (%49,2), 201 erkek (%50,8) olmak üzere toplam 396 (%100) çocuk katılmıştır. Altmış yedi çocuğun yaşı 0-2 (grup-1), 196 çocuğun yaşı 3-9 (grup-2), 133 çocuğun yaşı ise 10-18 (grup-3) arasındadır. Katılımcıların annelerinin %64,6'sı, babaların %87,1'i en az ortaokul düzeyinde öğrenim görmüşlerdir. Toplamda 58 (%14,6) çocuğun bilinen bir hastalığı vardır ve 23 (%5,8)'ü sürekli olarak herhangi bir ilacı kullanmaktadır. Katılımcı çocukların 205 (%77,9)'i Aile Hekimi tarafından takip edilmektedir. Adolesanların sağlık ihtiyaçları büyük ölçüde giderilmemiştir. %67,7'sinin boy-kilo ölçümü, %81,2'sinin tansiyon ölçümü yapılmamıştır. %75,9'u fiziksel ve cinsel büyüme gelişme hakkında, %72,9'u kişisel hijyen ile ilgili, %71,4'ü beslenme ile ilgili bilgilendirilmemiştir. %82,0'ına kilosundan memnun olup olmadığı sorulmamıştır. %77,4'ü fiziksel aktivite ile ilgili,

%84,2'si üreme sağlığı ile ilgili, %91,0'ı gebelikten korunma yolları ile ilgili bilgilendirilmemiştir. Sigara, nargile, tütün ürünleri, alkol, madde kullanımı ile ilgili bilgi yüksek oranda verilmemiştir. Çocukların kaza ve yaralanmaları, emniyet kemeri kullanımı, kavgaya karışma durumu, şiddete maruziyetleri yüksek oranda sorulmamıştır. Sadece %33,8'ine kendini nasıl hissettiği sorulmuştur. Grup-1 ve grup-2'deki çocukların %97'si aşıların hepsini yaptırmıştır. Boy, kilo, baş çevresi ölçümleri ve taramalar yüksek oranda yapılmıştır. Kan basıncı ölçümü, diş sağlığı bilgilendirmesi ise en az karşılanan sağlık ihtiyaçlarındandır. Çocuk hastalıkları uzmanı tarafından takip edilen çocukların gelişimi daha sık muayene edilmiş (p=0,001), diş sağlığı bilgileri daha sıklıkla verilmiş (p=0,013), kazalardan korunma bilgileri daha sık verilmiş (p=0,016), ürogenital sistem daha sık muayene edilmiştir (p=0,004).

Sonuç: Bulgularımız 0-2 yaş grubundaki çocukların ihtiyaçlarının karşılandığını, 3-9 yaş grubundaki çocukların ihtiyaçlarının bir bölümünün karşılandığını, 10-18 yaş grubundaki çocukların sağlık ihtiyaçlarının sıklıkla karşılanmadığını göstermektedir. Diş sağlığı, kazalardan korunma, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve gebelikten korunma yolları hakkında bilgi verilmemiştir. Sigara, tütün, nargile, alkol ve madde kullanımı sorgulanmamış, obezite de kontrol edilmemiştir. Bunun için yeterli aile hekimi uzmanına ve yeni politikalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Adolesan, Sağlam Çocuk, Karşılanmamış Sağlık İhtiyaçları, Temel Sağlık Hizmetleri, Periyodik Sağlık Muayenesi

ABSTRACT

Determination of Health Needs of 0-18 Year-Olds Individuals at Primary Care

Background and aim: According to the United Nations Convention on the Rights of the Child, each individual is considered to be a child until the age of 18 and every child has the right to benefit from health services. Identifying health needs for our country, which is a party to this agreement, is a great opportunity for health care providers and policy makers. The aim of this study is to determine the health needs of individuals aged 0-18 who are enrolled in Tuzla Education Family Health Center of Marmara University.

Method: This is a descriptive study. Parents of 0-18 year-olds who attended to Marmara University Tuzla Education Family Health Center for the first time between November 4, 2016 and March 4, 2017 and who were older than 14 years of age were accepted to the study. The questionnaire was applied to the participants by evaluating the health needs of the Ministry of Health for socio-demographic characteristics and for their children. Statistical analysis was performed in SPSS 20.0 program. Descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, etc.) of the data were calculated. Chi-square and t-test were used in comparative analysis. $P < 0.05$ was considered as statistically significant.

Results: A total of 396 (100%) children were enrolled to the study, 195 of whom (49.2%) were female and 201 (50.8%) were male. The age of sixty-seven children is 0-2 (group-1), 196 children age 3-9 (group-2), and 133 children were aged 10-18 (group-3). 64.6% of the mothers of the participants and 87.1% of the fathers studied at least the secondary school level. In total, 58 (14.6%) children have a known disease and 23 (5.8%) are using any medication continuously. 205 (77.9%) of the children were followed by the Family Physician. Health needs of adolescents have been mostly unmet. 67.7% of the height-weight measurement, 81.2% of the blood pressure measurement was not performed. 75.9% were not informed about physical and sexual growth, 72.9% were not informed about personal hygiene, and 71.4% were not

informed about nutrition. 82.0% was not asked whether he/she was satisfied with his/her weight. 77.4% were not informed about physical activity, 84.2% were not informed about reproductive health and 91.0% were not informed about contraception. Rate of participants who were informed on smoking, shisha, tobacco products, alcohol and substance use is not high. Accidents and injuries of children, the use of seat belts, the state of being involved in a fight and their exposure to violence were not highly questioned. Only 33.8% were asked how they felt. 97% of the children in group-1 and group-2 had all the vaccines. Height, weight, head circumference measurements and scans were performed at a high rate. Blood pressure measurement and dental health information are the least met health needs. The development of children followed by pediatricians was more frequently examined ($p = 0.001$), dental health information ($p = 0.013$), accident prevention information was given more frequently ($p = 0.016$) and urogenital system was examined more frequently ($p = 0.004$).

Conclusion: Our findings indicate that the needs of children aged 0-2 are met, that some of the needs of children aged 3 to 9 are met and that the health needs of children aged 10-18 are not met frequently. No information has been provided about the prevention of dental health, accident prevention, prevention of sexually transmitted diseases and ways to prevent pregnancy. Smoking, tobacco, hookah, alcohol and substance use have not been questioned and obesity has not been checked. For this, sufficient family physician and new policies are needed.

Keywords: Adolescent, Well-Child, Unmet Health Needs, Primary Health Care Services, Periodic Health Examination

1.GİRİŞ VE AMAÇ

"Unutmayın! Çocuklarınız sizin değildir. Onları Yaratıcıdan ödünç aldınız."

Kızılderili Atasözü

"Dünyada bir tane dahi çocuk mutsuz olduğu sürece, büyük icatlar ve ilerlemeler hiçtir."

Albert Einstein

Çocuklarımız bizlere emanettir, emanete maddi ve manevi güzel bakmak gerekir. Beden ve psikolojik olarak iyi olmaları, onlar birer yetişkin oluncaya kadar bizim sorumluluğumuzdadır. Zaten Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; yalnızca hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak iyilik halidir (1).

Sağlık, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de uluslararası belgelerle ve ulusal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır. 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin-25. maddesinde "Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar." denmektedir (2). İkinci önemli belge olarak kabul edebileceğimiz, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin bir devamı niteliğinde olan Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin-12. maddesi de sağlık hakkını şöyle düzenlemiştir; "Bu sözleşmeye taraf devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır (3)." Çocuk hakları konusunda en ayrıntılı düzenleme, Türkiye'nin de 1990 yılında imzalayıp, bir iç düzenleme haline getirdiği Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde yer almaktadır (4). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, doğdukları yere, kim olduklarına, cinsiyetlerine, dinlerine ya da uyruklarına bakılmaksızın bütün çocukların haklarını tanımlamaktadır. Yaşama hakkı, sağlık hizmetlerine erişim hakkı, gelişme hakkı, zararlı etkilerden, istismar ve sömürüden korunma hakkı, aile, kültür ve sosyal yaşama katılma hakkı bunlardan bazılarıdır (5).

Ülkemizde, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin dışında mevzuatta şunlar bulunmaktadır: 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu, 3960 Sayılı Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanunu, Neonatal Tarama Programı Genelgesi, Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi, Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi, Gelişimsel Kalça Displazisi Hakkında Genelge, Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması Genelgesi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri.

2005 yılında geçilen Aile Hekimliği Uygulaması'nın bir parçası olan Aile Sağlığı Merkez (ASM)'lerinde, mevzuatta da belirtildiği gibi, bebek ve çocuk izlemi, neonatal tarama programı, emzirmenin özendirilmesi ve desteklenmesi, demir eksikliği anemisinin önlenmesi, evlilik ve gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi ve doğum sonrası bakımı, aile planlaması gibi hizmetler verilmektedir. Bu hizmetler arasında olan sağlam çocuk izlemi, birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelidir. Sağlam çocuk izleminde, tüm çocukların büyüme ve gelişmeleri izlenir, sağlıklı olup olmadıkları değerlendirilir, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamaları sunulur. Bu hizmetten yararlanmak her çocuğun en doğal hakkıdır. (6) Sağlam çocuk izleminde amaç, sağlıklılığı sürdürmek, bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık ve sakatlıkları azaltmak ve önlemektir. Böylece ülkenin teminatı olan çocukların daha uzun, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmeleri sağlanır.

Ancak, sağlam çocuk izleminin hangi sıklıkta yapıldığı tartışmalıdır. Ülkemizde performansa dayalı hizmetler yüksek oranda yapılırken, pozitif veya negatif performansa tabi olmayan, bakanlık tarafından da yapılıp yapılmadığı kontrol edilmeyen hizmetlerin düşük oranda verildiği gözlenmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise çocukların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmamasındaki en sık sebep, sigortasızlık veya sigortanın sağlık hizmetlerini kapsamamasıdır.

Çocukların karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarını araştırmaya odaklanan, Türkiye'de yapılmış, topluma dayalı bir çalışmaya, araştırma önerisi hazırlandığı sırada rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı, 2016 yılında hizmete açılan Marmara Üniversitesi Tuzla EASM'ye kaydolan 0-18 yaşındaki bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesi

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için, çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde konferanslar düzenlenmiş, hedefler ortaya koyulmuş, birçok bildirge yayınlanmıştır. (Tablo-1) (7)

Toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ülkelerin vazgeçilmez politikalarındandır. Bu anlayış, 1978 yılında yayımlanan ve DSÖ'ye üye ülkeler tarafından onaylanmış bir uluslararası sağlık sözleşmesi olan Alma-Ata Bildirgesi'nde "Temel Sağlık Hizmetleri" olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre: "temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir; bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır" Bu bildirgede, insanların sağlıklarının korunması ve daha iyi duruma getirilmesi konusunda öneriler sunulmaktadır. Bu bildirgeye göre sağlık, temel insan hakkıdır ve sağlık seviyesinin yükseltilmesi sağlık sektörü ve diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörler için önemli bir amaç olmalıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin arasındaki sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin en yüksek dereceye ulaştığına ve bunun tüm ülkelerin ortak sorunu olduğuna dikkat çekilmiştir. Kalkınmada ve dünya barışının korunmasında sağlığın rolü ortaya konmuş, sağlık hizmetlerinin toplumun ve bireyin hem hak, hem de görevi olduğu ifade edilmiştir. Bildirgede hedeflere ulaşmanın anahtarının da temel sağlık hizmeti olduğu vurgulanmıştır (8).

Bireylerin sağlığını koruyucu önlemler 3 sınıfa ayrılır;

1. Birincil koruma insanların hasta olmamalarını sağlar.
2. İkincil koruma hastalıkların erken saptanmasını sağlar.
3. Üçüncül koruma hastalığın, komplikasyonları en aza indirerek yönetilmesidir. (9)

Toplum sağlığını korumak için de suların temizlenmesi, atıkların yok edilmesi, çevre kirliliğinin önlenmesi, kazaların önlenmesi, çocukları koruyan ve sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştıran sosyal hizmetlerin artırılması gerekir (9).

Sağlığı geliştirmedeki amaç doğru sağlık davranışlarını geniş halk kitlelerine ulaştırmaktır. Halkın bilinçlendirilmesi ve risklerin belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması için sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulmalıdır.

İnsanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi hususunda aile hekimlerinin rolü büyüktür. Aile hekimi, kendisine kayıtlı her bireyi, farklı sebeplerle, yılda 3-4 kez görür. Böylece erken tanı ve sağlık danışmanlığı için önemli bir fırsat elde eder. Kişileri ve ailelerini de tanıdığı için sağlığın sürdürülmesi ve yeniden kazanılması için hastanın sahip olduğu olanakların farkındadır (9).

Tablo 1: Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler

Bildirgenin Adı	Yayınlandığı Yıl	Bildirgenin Ana Teması
ALMA-ATA BİLDİRGESİ	1978	Temel sağlık hizmetleri açıklanmış ve temel sağlık hizmetlerinde devletin görevleri üzerinde durulmuştur.
LİZBON BİLDİRGESİ	1981	Genel olarak hasta hakları ele alınmıştır. Hastanın hekimini özgürce seçme; dış baskı altında kalmadan serbestçe çalışabilen bir hekim tarafından bakılma; kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden bekleme; onurlu bir biçimde ölme; dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkı öngörülmüştür.
OTTOWA ŞARTI	1986	Sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika araçları belirlenmiştir.
ADELAIDE TAVSİYELERİ	1988	Sağlıklı Halk Politikası stratejileri belirlenmiştir.
AMSTERDAM BİLDİRGESİ	1994	Hasta haklarını; bilgilendirme; onay; mahremiyet ve özel hayat; bakım ve tedavi ile başvuru başlıkları altında ele almıştır.
KOPENHAG BİLDİRGESİ	1994	Avrupa'da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer aldığı gibi gerekli değişimlerin yapılmasını ve geleceği şekillendirmeyi öngörmektedir.
BALİ BİLDİRGESİ	1995	Amsterdam Bildirgesi'ne ek olarak intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği, sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.
LJUBLJANA BİLDİRGESİ	1996	Güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması esasına dayanmaktadır
JAKARTA DEKLARASYONU	1997	21.Yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları sunulmuş ve önceliklerine yer verilmiştir.
DUBROVNİK SÖZLEŞMESİ	2001	Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kalite üzerinde durulmuştur.

*http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf adresinden aynen alıntılanmıştır.

2.2 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

DSÖ sağlık hizmetleri sistemini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen gereksinimleri yerine getirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle sağlamak için ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamıştır (10,11).

Ülkemizde 1961 yılında çıkan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu" ile birinci basamağın temelleri oluşturulmuştur. Bu kanun ile kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması amaçlanmış ve sağlığın kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkartılması hedeflenmiştir. Sağlık sisteminin temelini sağlık ocakları oluşturmuş ve sağlık hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personeli ile yürütülmüştür (12,13,14). Ancak bu konuda yetişmiş uzmanların olmayışı ve finansman yetersizliğinden dolayı sağlıkta sosyalleşme uygulaması istenilen başarıya ulaşamamıştır.

Aile hekimliği sistemi ise 2005 yılında Düzce'de pilot uygulama şeklinde başlamıştır ve ülke genelinde 2010 yılında yaygınlaşmıştır (15). Aile hekimliği sistemi ile birlikte, sağlık ocakları vasıtası ile yürütülmekte olan bölge temelli birinci basamak hizmeti bırakılmış, yerine nüfus temelli birinci basamak yapısına geçilmiştir. Aile hekimi, yönetmelikte belirlendiği gibi kendine bağlı nüfusa koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti ve danışmanlık vermek, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmeti sunmak, periyodik sağlık muayenelerini yapmak, kendisine gelemeyen hastalarına gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlüdür (16).

Günümüzde birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) gibi kurumlarda verilmektedir. Bu kurumlarda verilen sağlık hizmetleri; ayaktan veya yatarak tedavi, koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama, sigara bırakma danışmanlığı, üreme sağlığı vb.), aile planlaması yöntemleri, kanser tarama ve erken teşhis, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, verem-sıtma savaşı hizmetleri, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, adli tıbbi hizmetler, acil sağlık hizmetleri, kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, afet hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, sağlık eğitimi hizmetleridir (16,17).

2.3 Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi İçin Yapılan Teşvikler

Tüm dünyada sağlığın iyileştirilmesi için çeşitli politikalar yürütülmektedir. Bunlardan biri de performansa dayalı ödemedir. Ancak ülkemizde sadece negatif performans sistemi uygulanmaktadır.

Mevzuatta, Aile Hekimliği Kanunu'nda aile hekimlerine ödenen ücretler ile ilgili, performansı da tanımlayan, şöyle bir madde geçmektedir: *"Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar indirim yapılır. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri ve gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz. Aile hekimlerince talep edilen tetkik ve sarf malzemelerinin giderleri halk sağlığı müdürlükleri tarafından hak sahiplerine ayrıca ödenir*." (18)

Aile hekimlerine kendilerine bağlı kişi sayısına göre ödeme yapılır. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ne göre; gebeler için (3) katsayısı, cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı, 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı, 65 yaş üstü için (1,6) katsayısı, diğer kişiler için (0,79) katsayısı esas alınır. Aynı yönetmeliğin 18. Maddesinde de *"Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır."* ifadesi bulunmaktadır (19).

2.4 Aile Hekimliğinde Çocuk Sağlığının Yeri

Çocuklar, bir ülkenin geleceği ve umududurlar. Bu nedenle en iyi koşullarda dünyaya gelmeleri sağlanmalıdır. Büyümeleri ve gelişmeleri için en uygun ortamlar hazırlanmalıdır. Fiziksel, ruhsal ve zihinsel donanımlarının en üst düzeyde olması ülkenin geleceği açısından önem taşımaktadır. Bu görevler, ayrıca anayasa ve yasalarla da ilgili kişi ve kurumlara yüklenmiştir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından oluşturulmuştur. Türkiye de dâhil olmak üzere 142 ülke sözleşmeyi imzalamış ya da onay ve katılma yoluyla taraf devlet durumuna gelmiştir. Türkiye, Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni 2 Ekim 1995'te uygulamaya başlamıştır. Sözleşmenin sağlıkla ilişkili başlıca maddeleri kısaca şöyledir:

1. Madde: Her birey on sekiz yaşına kadar çocuk olarak kabul edilir. Her çocuk vazgeçilmez haklara sahiptir.
6. Madde: Yaşamak, her çocuğun temel hakkıdır ve herkesin ilk görevi çocukların yaşamını korumaktır.
23. Madde: Engelli çocukların özel olarak korunma ve saygı görme hakkı vardır. Devlet engelli çocukların bakımını, eğitimini sağlayacak kurumları oluşturma sorumluluğuna sahiptir. Engelli çocukların ailelerine her türlü yardım yapılır.
24. Madde: Her çocuğun sağlık hizmetinden yararlanma hakkı vardır. Hastalıklardan korunması devletin ve toplumun güvencesi altında olup çocukların beslenmesine, aşılanmasına, çevrenin temizliğine ve diğer sağlık koşullarına dikkat edilir. Hastalanan çocuklar tedavi edilir.
26 ve 27. Maddeler: Her çocuğun gelişme hakkı ve sağlığı güvence altında olmalıdır. Bu konuda çocukların daha iyi bir yaşam sürdürmeleri için gerektiğinde yardım edilir.
33. Madde: Bütün çocuklar her türlü zararlı maddelere karşı korunur. Bu tür maddeleri üretip çocuklara veren kişiler cezalandırılır.
34. Madde: Çocukları bedensel ve ruhsal yönden örseleyecek hiçbir yaklaşıma izin verilemez (5).

Bu ve benzeri yasal düzenlemelere rağmen dünyada her dakika beş yaşından küçük 20 çocuk ölmektedir. Bu ise günde 30 bin, yılda 11 milyon çocuk ölümü demektir. Çocuk ölümlerinin %70'inden fazlası yenidoğan dönemi hastalıkları

(prematürelik gibi), kızamık, pnömoni, ishal ve sıtma gibi korunulabilen ya da tedavi edilebilen hastalıklara bağlıdır (20).

Günümüzde çocuk sağlığına yönelik programların hedefi yalnızca ölümleri önlemek değil, sağlık sorunlarının oluşturduğu diğer olumsuzlukları da gidermektir.

Bu bağlamda ülkemizde çocuklara yönelik çok sayıda koruyucu ve geliştirici program yürütülmektedir. Bu programların çoğu birinci basamak sağlık kurumlarında uygulanmaktadır. Bu programlardan bazıları; bebek ve çocuk izlem programı, anne sütünün teşviki ve bebek dostu hastaneler programı, demir gibi Türkiye programı, bebeklerde d vitamini eksikliğinin önlenmesi ve kemik sağlığının korunması programı, iyot yetersizliği hastalıkları ve tuzun iyotlanması programı, yenidoğan canlandırma programı, neonatal tarama programı, işitme taraması, bilinçli anne sağlıklı bebek programı, oyuncak ve ek gıda güvenliği, bulaşıcı hastalıklarla etkili mücadele, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, bağışıklama programları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı programı, evlilik öncesi ve gebelik öncesi danışmanlık programı, hemoglobinopati kontrol programı, toplumun sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi programı, alkol kontrol programı, tütün kontrol programı, ruh sağlığı kontrol programı, 0-6 yaş çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programıdır (21).

Sağlık Bakanlığı aile hekimlerine “Bebek, çocuk, ergen izlem protokolü” adı altında, yukarıdaki programların çoğunu içeren ve belirli aralıklarla tekrar edilen bir izlem önermektedir. Bu sağlam çocuk izlemidir ve sağlam çocuk izlemi birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelidir. Sağlam çocuk izleminde, tüm çocukların büyüme ve gelişmeleri izlenir, sağlıklı olup olmadıkları değerlendirilir, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamaları sunulur. Sağlam çocuk izleminde amaç, sağlıklılığı sürdürmek, bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık ve sakatlıkları azaltmak ve önlemektir.

2.5 Sağlam Çocuk İzlemi

Sağlam çocuk, hastalık belirtileri göstermeyen, takvim yaşına uygun bir bedensel büyüme, ruh ve zekâ gelişimi gösteren çocuktur (22,23). Çocuk sağlığı izleminin ilke ve amaçları şunlardır:

1. Hastalıkların Önlenmesi ve Temel Bakım
    - Büyüme-gelişme İzlemi
    - Aşılama
    - Yaşa uygun beslenme
    - Sağlık eğitimi
2. Hastalıkların Erken Tanı ve Tedavisi
    - Öykü
    - Fizik muayene
    - Taramalar
3. Çocuğun Sağlıklı Yetişmesi Konusunda Aileye Destek
    - Sağlık Eğitimi
    - Aile planlaması ile ilgili danışmanlık
4. Bakımın Sürekliliği

2.5.1 Çocuk Sağlığı İzlem İlkeleri

Sağlam çocuk izlemi, doğumdan önce başlar (anne-baba eğitilir), ergenliğin sonuna kadar devam eder. İzlem, doktor, aile, yardımcı sağlık personeli iş birliği içinde yürütülmeli; çocuk, fiziksel ve sosyal çevresi ile birlikte değerlendirilmelidir. (22,23). Sağlam çocuk izlemi, çocuğun ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak programlanmalıdır. İzlem sıklığı büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu aylarda daha fazla, yavaşladığı dönemlerde ise daha az olmalıdır.

2.5.2 Görüşme ve Öykü Alma

İlk başvuruda, doğum öncesi, doğum ve soy geçmiş öyküsü öğrenilmelidir. Güncel şikâyetler, beslenme, aşılanma durumu, karşılaşılan aşı yan etkileri, çevre, gelişim basamakları, bulunduğu ev ortamı sorgulanmalı ve her ziyarette çocuğun yaşına uygun olarak yinelenmelidir. Hekim, ebeveynin, çocukla ilgili kaygılarını öğrenmelidir (22).

2.5.3 Gözlem

İlk yıl özellikle bebeğin anne, baba veya bakıcı ile ilişkileri, daha sonra çevre ile ilgisi, emzirme davranışı (erken dönemlerde emzirmenin sonlanmasına sebep olacak davranışlar erken tanınır ve düzeltilir), annenin bebeğin ağlamasına tepkisi, emzik/biberon kullanımı, çocuk ihmali/istismarını işaret eden bulgular gözlenmelidir (22).

2.5.4 Fizik Muayene

Sağlam çocuk izleminin temeli fizik muayene, antropometrik ölçümler ve büyümenin değerlendirilmesidir (persantil eğrileri ile karşılaştırma ve büyüme grafiğine işaretleme). İzlem, bazı hastalıklar için tarama yöntemi (gelişimsel kalça displazisi, kalp üfürümleri, vb.) ve doğumsal anomalilerin saptanması için bir fırsattır. Şikâyete bakılmaksızın her izlemde tam bir fizik muayene yapılmalıdır (22,24).

Büyüme: Vücut hacminin ve kütlesinin artmasıdır. Değerlendirmek için kullanılan ölçütler, vücut ağırlığı ve ağırlık artış hızı, boy uzunluğu ve boy uzama hızı, baş çevresi ve baş çevresi artış hızı, vücut bölümlerinin birbirine oranıdır (23).

Gelişme: Biyolojik işlevlerin kazanılmasıdır. Dişlerin gelişimini, kemiklerin olgunlaşmasını, nöromotor (baş tutma, oturma, ayağa kalkma, yürüme, zeka düzeyi, psikososyal gelişme) ve cinsel gelişmeyi içerir. (24)

2.5.5 Taramalar

Ülkemizde hipotiroidi, fenilketonüri, biyotidinaz eksikliği, kistik fibrozis, gelişimsel kalça displazisi, görme taramaları (kırmızı röfle, görme keskinliği), işitme taraması, demir eksikliği anemisi taraması, idrar yolu enfeksiyonu taraması, kan basıncı ölçülmesi, hiperlipidemi taraması yapılmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Neonatal Tarama Programı Genelgesi ile ülkemizdeki yenidoğanların Fenilketonüri ve Konjenital hipotiroidi yönünden taranması zorunlu hale gelmiştir. 2008 Ekim ayında panele Biyotinidaz taraması, 01 Ocak 2015 tarihinde de Kistik Fibrozis taraması eklenmiştir (25).

Konjenital hipotiroidizm doğumda taramalar ile kolaylıkla tanınan, erken dönemde tedavi edilmez ise mental retardasyon ve nörolojik sekellere sebep olan çocukluk çağının en sık görülen endokrin hastalığıdır. Tanı ve tedavi açısından yenidoğan taramaları önemlidir. Konjenital hipotiroidinin en sık nedeni iyot eksikliğidir (26). Tedavide L-tiroksin kullanılır. Tedaviye erken başlanması prognoz açısından önemlidir. Konjenital hipotiroidi insidansı yenidoğanda 1/3500-1/4000 arasında değişmektedir (28).

Fenilketonüri (FKÜ) taraması yenidoğanda hastalığın taranması amacıyla yapılmaktadır. Türkiye, FKÜ hastalığının en sık görüldüğü ülkelerdendir. Görülme sıklığı 3000-4000 yenidoğanda birdir. Akraba evliliklerinin sıklıkla yapılması bu hastalığın görülme sıklığını arttırmaktadır. Hasta bebekler hayatlarının ilk birkaç ayında sağlıklı bebeklerden ayırt edilmezler. Bebek beslenmeye başladıktan yani 5-6. aylardan sonra gelişme geriliği belirginleşir. Oturma, yürüme ve konuşma gibi becerileri kazanamazlar. Beyin gelişimi az olduğundan mikrosefali gelişir. Olguların %60'ında açık renk saç, göz ve deri rengi görülür. Vücut sıvıları ve idrarlarında küf kokusu dikkati çeker (29). Tedavide fenilalanini azaltılmış diyet uygulanır.

Biyotin, B grubu vitaminlerindendir. Büyüme, gelişme ve enerji sağlamak için birçok yiyecekte bulunan, suda çözünen bir vitamindir. Biyotinidaz enzimi, biyotin vitamininin geri dönüşümü için gerekli olan bir enzimdir. Vücudun karbonhidrat, protein ve yağ kullanımı ve bunların yok edilmesi için biyotine ihtiyacı vardır. Yeterli biyotinidaz enzim aktivitesi olmadan, vücut normalden daha fazla serbest biyotine ihtiyaç duyar. Serbest biyotin yeterli değilse nörolojik, dermatolojik, immünolojik ve

görme ile ilgili sağlık sorunları ortaya çıkar (30). Dünyada görülme sıklığı yaklaşık olarak 1/60,000'dir (30,31). Akraba evliliklerinden dolayı dünyada en sık görüldüğü ülkeler Türkiye ve Suudi Arabistan'dır (32,33). Başlıca belirtileri; gelişimsel gerilik, hipotoni, nöbetler, deri döküntüsü ve saç dökülmesidir.

Kistik fibrozis en çok akciğerleri ve sindirim sistemini etkiler. Genetik bir hastalıktır. Kistik fibrozisli bebeklerde bulgular farklı yaşlarda ortaya çıkabilir. En sık rastlanan şikâyetler tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, sindirimin yetersiz olmasına bağlı bol miktarda yağlı pis kokulu dışkılama ve yeterli kilo alınamamasıdır. Erken tanı koyulan hastalar diyet, ilaçlar ve fizyoterapi ile tedavi edilmektedir. Kistik fibrozis hastalığının kesin tedavisi yoktur ancak her geçen gün, yeni tedavilerle hastalar daha uzun ve sağlıklı bir hayat yaşamaktadırlar (34).

Taramalarla ilgili sorunlar:

1) Yalancı pozitif sonuçlu hastalar gereksiz, maliyeti yüksek bir sürü testin içine sürüklenmektedir.
2) Taramada biyokimyasal sorun saptanan, ancak hastalığın geçmediği durumlarda çocuk, aile büyük bir yük altına girmektedir

Yalancı pozitif FKÜ olan bebeklerin annelerinde sonucun negatif olduğunu bilmelerine rağmen persistan bir anksiyete gözlenmiştir. Bu çocukların normal aktiviteleri kısıtlanmakta, okuldan daha fazla geri kalmakta, davranış bozuklukları gözlenmekte, sağlık sistemini daha fazla kullanmaktadırlar.

Yenidoğan İşitme Taraması: İşitme kaybı en yaygın görülen doğumsal arazdır (1-3/1000 canlı doğum). Bebeklerde erken tanı alıp, tedavi edilmezse konuşma ve dil gelişimi zarar görür (34).

İşitme taramasına dair literatürdeki öneriler ise şöyledir:

1) Bebek 24 saatlik bile olsa işitme taramasında cevap alınabilir. Bu sebeple taburcu olmadan bebeğin değerlendirilmesi zaman açısından ekonomik olur.
2) İşitme taraması yapan kişilerin, işitme taraması ile ilgili bilgisi olmalı ve kullanılan cihazlarla ilgili olarak eğitim görmüş olmaları gerekir.

3) Tarama yapılan test odasının gürültü düzeyi ölçümün güvenirliği açısından önemlidir (35).

Gelişimsel Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Programı: Kalça displazisi (KD), kalça ekleminin gelişimindeki bir yetersizlikten tam çıkığa kadar çok farklı şekillerde karşılaşılabilen bir ortopedik durumdur. KD'nin büyük bir bölümü erken tanı ile tam olarak tedavi edilebilir. Yurt dışı kaynaklı yayınlarda yeni doğan döneminde KD görülme sıklığı 1/100, tam çıkıklı çocuk görülme sıklığı da 1/1000 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde, her yıl en az 13-18 bin KD'li bebek doğmaktadır. Uygun tedavi edilmediğinde KD'li bireyler sosyal güvenlik kurumu yükünün artmasına ve ciddi iş gücü kayıplarına sebep olmaktadır (35). Gerçek displazi sıklığını belirlemek için ilk altı haftadan sonra kontrol ultrasonografisi yapılmalıdır. Fizyolojik gelişim altı haftadan sonra tamamlanır (36).

Amerika'da topuk kanı ile bakılan aminoasit metabolizma bozukluğu, endokrin hastalılar, yağ asidi oksidasyon bozuklukları, hemoglobinopati, gibi gruplarda olmak üzere 50'ye yakın hastalık vardır. İsteyenler parasını ödemek koşulu ile bu taramaları yaptırabilmektedir. İşitme, görme taraması, kalp defekti taraması, 6. aydan itibaren yıllık grip aşısı, 6. yaştan itibaren obezite taraması, 12. Yaştan itibaren depresyon taraması, 15. Yaştan itibaren ise HIV taraması önerilmektedir. (37)

2.5.6 Aşılama

Ülke programına uygun olarak her çocuk zamanında aşılanmalıdır. Her izlem aşı için bir fırsattır. Dünyada her yıl aşı ile önlenebilecek hastalıklardan, çoğunluğu az gelişmiş ülkelerde olmak üzere, 1.500.000 çocuk hayatını kaybetmektedir (38).

Sağlığın sürdürülebilmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yürütülen en önemli uygulamalardan biri aşı çalışmalarıdır. Çocukluk çağı aşılama programlarının yatırım getirisi oldukça yüksektir (39). DSÖ'nün verilerine göre aşılama sayesinde; 100 milyonun üzerinde çocuk bir yaşından önce aşılanmakta ve her yıl milyonlarca çocuk ölümden korunmaktadır (40).

Aşı uygulamalarına ve etkilerine yönelik son zamanlarda aileler tarafından çeşitli endişeler belirtilmekte ve bu basında da yer almaktadır. Bu endişelerin sebepleri şu şekilde özetlenebilir; İletişim ve medya araçları, toplumda etkili kişiler, sosyodemografik özellikler, politikalar ve yasalar, coğrafi engeller, ilaç endüstrisi, geçmiş aşı uygulamaları tecrübeleri, inançlar, maliyet, sağlık çalışanlarının rolü (40).

Başka bir çalışmada ise aşılamanın önündeki engeller aşılama ile ilgili bilincin yeterli olmayışı, hükümetlerin finansal zayıflıkları, soğuk zincir problemleri, ulaşım gibi lojistik yetersizlikler, teknik altyapı ve personel yetersizlikleri olarak sıralanabilir. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde ise öncelikli sorun aşılara karşı ön yargılar ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde hükümetlerin aşı takvimine almadığı rutin dışı aşıların düşük gelir grubunda ki ebeveynlerce satın alınmasındaki zorluklardır (41).

2.5.7 Danışmanlık ve Sağlık Eğitimi

Çocuğun yaşına uygun ve ailenin ihtiyaçlarına yönelik sağlık eğitimi verilmelidir. Görüşmeler sırasında tıbbi terminoloji kullanılmamalı, ailelere her konuda saygı gösterilmelidir. Öykü ayrıntılı olarak alınmalı, öneriler ailenin anlayacağı şekilde, kesin ve açık olmalıdır. Çocuğun yaşına uygun öğütler verilmeli, uygulamaya yönelik olanlar gösterilmeli, sonunda ise anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmelidir (22,23).

Bebek bakımı, sigara içilmemesi, aile planlaması, hastalık bulguları, beslenme, diş sağlığı ve kazalar ile ilgili sağlık eğitimi verilmelidir.

2.6 Bebek ve Çocuklar İçin İzlem Örneği

Sağlık Bakanlığı, bebek-çocuk-ergen izlemi için, yenidoğan döneminde, 1. Haftada, 15. Ve 41. günde, 2 ay, 3. Ay, 4. Ay, 6. Ay, 9-12-18-24-30 ve 36. Aylarda, 4-5-6-7-8-9. Yaşlarda, 10-14 yaş arası 1 defa, 15-18 yaş arası 1 defa, 19-21 yaş arası 1 defa izlem önermektedir. Bu izlemlerde tam bir sistemik muayene, gerekli durumlarda kan tahlili ve yaş gruplarına göre farklı konularda danışmanlık verilmesi önerilmiştir. Bakanlığın yayınladığı izlem protokolünde görüşmeler şu şekilde özetlenmiştir (42).

1. Uygun İletişim Kurun
2. Sorun
    - Tanımlayıcı Bilgiler
    - Emzirme
    - Aşılar
    - Taramalar (Topuk kanı, işitme taraması, GKD)
    - D vitamini, demir kullanımı
    - Anemi
3. Sistemik Muayene Yapın
    - Eller yıkanır
    - Baş çevresi, kilo, boy, fontonel büyüklüğü
    - Genel görünüm
    - Doğum anomalisi
    - Cilt muayenesi
    - Baş-boyun muayenesi
    - Solunum ve dolaşım sistemi muayenesi
    - Arteriyal femoral nabızlar
    - Refleks muayenesi
    - İşitmenin değerlendirilmesi
    - Görmenin değerlendirilmesi
    - Üreme organlarının muayenesi
    - İdrar yolu enfeksiyonunun sorgulanması
    - Kan basıncı ölçülmesi (3 yaş ve sonrasında)
    - Hiperlipidemi değerlendirilmesi (2 yaş ve sonrasında)
    - Yürümenin değerlendirilmesi
    - Kas-iskelet sistemi muayenesi
4. Çocuk ihmal ve istismarına dikkat edin
5. Anneye-aileye danışmanlık verin
    - Emzirme, tamamlayıcı beslenme
    - Bebek bakımı
    - Uyku

- El yıkama
- Kazalardan korunma
- Diş sağlığı
- Tuvalet eğitimi
- Önemli hastalık bulguları
- Fizik aktivite
- Üreme sağlığı
- Aile planlaması

6. Ailenin sorularını yanıtlayın

2.7 Adolesanlar İçin İzlem Örneği

1. Aileyi ve genci nazik bir şekilde karşılayın ve uygun iletişimi kurun
2. Öykü alın
    - Gence herhangi bir yakınması olup olmadığını sorun
    - Psikososyal durumun belirlenmesi içim HEEADSSS formunu kullanın
3. Sistemik muayene yapın
    - Gençten kendisini muayene etmek için izin isteyin
    - Ellerinizi yıkayın
    - Kilo, boy ölçün, BKI hesaplayın
    - Solunum, dolaşım, nabız muayenesi yapın
    - Kan basıncını ölçün
    - Hiperlipidemi riski açısından değerlendirin
    - Genito-üriner sistem muayenesi yapın
    - Kas iskelet sistem muayenesi yapın

4. En az 3 ana izleme döneminde birer kez tam kan sayımı ile değerlendirme yapın, gerek görülürse diğer tetkikleri isteyin
5. Danışmanlık verin
    - Fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme

- Psikolojik gelişme
- Sosyal gelişme
- Kişisel hijyen
- Beslenme
- Fiziksel aktivite
- Üreme sağlığı
- Sigara, alkol, madde kullanımı
- Kaza ve yaralanma
- Şiddet davranışları

6. Eksik aşılarını tamamlayın
7. Gencin sorularını yanıtlayın

2.8 Ülkemizde Sağlam Çocuk İzlemi

Bilgimize göre ülkemizde sağlam çocuk izleminin ne oranda yapıldığına dair az sayıda çalışma vardır. Bunlardan ilki Topal ve arkadaşlarının 2017 yılında Türkiye genelinde 0-6 yaş bireylere uyguladığı anket çalışmasıdır (43). Bu çalışmada aşıların, boy-kilo ölçümünün, topuk kanı alımının, işitme ve kalça displazisi taramalarının yüksek oranda yapıldığı saptanmıştır. Gelişim muayenesi ve danışmanlık hizmetlerinin istenen düzeyde olmadığı görülmüştür.

Sağlam çocuk izlemine dair yapılmış ikinci çalışma ise Arslan ve arkadaşlarının 2015 yılında İstanbul Pendik ilçesindeki ASM'lerde 10-19 yaşındaki bireylere uyguladığı anket çalışmasıdır (44). Döneme özgü riskli alanlar sorgulanmıştır. Bunlar; intihar düşüncesi, alkollü araç kullanımı, sigara-nargile-alkol-uyuşturucu kullanımı, kask-emniyet kemeri kullanımı, kavgaya karışma, kaza geçirme, egzersiz yapma, kilo memnuniyeti, kan basıncı ölçümü, kilo değişimi sorgulama, boy- ağırlık ölçümü, kendini nasıl hissettiğidir. Bunların çoğu az oranda sorgulanmıştır ve sorgulamanın yapılmadığı her muayene kaçırılmış fırsat olarak değerlendirilmiştir.

Çocukların sağlığının sürdürülmesi, hastalığın tedavisinden daha önemli, daha kolay ve daha ucuz olması ve konuyla ilgili kısıtlı sayıda çalışma olması sebebi ile bu tez çalışması planlanmıştır. Çalışmanın amacı sağlam çocuk izleminde yapılması gereken ancak yapılmayan, karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

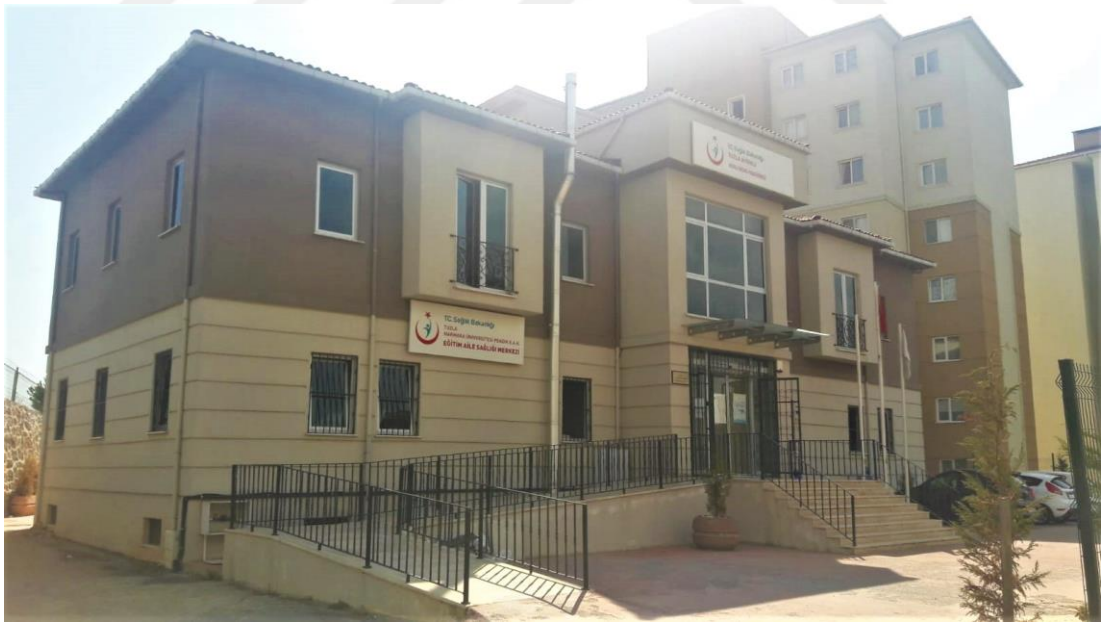
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı:

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 4 Kasım 2016 – 4 Mart 2017 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür.

Tuzla, İstanbul'un Anadolu yakasındaki sınır bölgesidir. Kuzeyinde ve batısında Pendik ilçesi, doğusunda Gebze ilçesi (Kocaeli) güneyinde Marmara Denizi bulunmaktadır. Yüz ölçümü 86 kilometrekare olan Tuzla, 1992 yılında ilçe olmuştur. Nüfusu 252.923'tür.

Tuzla EASM Temmuz 2016 tarihinde kurulmuştur. Üç aile hekimliği uzmanlığı (AHU) asistanı, 3 aile sağlığı elemanı (ASE) ve 1 sekreterle hizmet vermesi planlanmıştır. Ancak Tuzla EASM'de 3 aile hekimliği uzmanlığı asistanı ile birlikte, S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ASE olarak görevlendirilen sadece 1 hemşire ile hizmet verilmeye başlanmıştır.



Resim-1: Tuzla EASM, 03.09.2018 tarihinde çekilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini 4 Kasım 2016 – 4 Mart 2017 arasında Marmara Üniversitesi Tuzla EASM'deki üç Aile Hekimliği biriminden birisine yeni kayıt yaptıran 0-18 yaş bireyler oluşturmaktadır. Tuzla EASM, 1 Temmuz 2016 tarihinde kayıtlı nüfusu olmadan hizmete başlamıştır. Çalışma planlanırken her bir Aile Sağlığı Birimi nüfusunun 2000, toplam ASM nüfusunun 6000 kayıta ulaşacağı varsayılmıştır. TUİK 2016 verilerine göre 0-18 yaş bireylerin tüm nüfusa oranı %30'dur. Buna göre 0-18 yaşındaki bireylerin 1800 kişi olacağı öngörülmüştür. Buna göre %5 hata payı ve %95 güven düzeyi ile ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 317 olarak belirlenmiştir.

Ancak kayıtlar beklenenden az olmuştur ve bu sebeple araştırmada örneklem seçilmemiş olup, araştırma sürecinde çalışma yapılan birimlere başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş altındaki tüm bireyler ve ebeveynleri çalışmaya alınmıştır. Anket soruları çocukların ebeveynlerine sorulmuştur. Ancak çocuk 14 yaşından büyük ise çocuğun kendisi ile görüşülmüştür.

3.3.Katılımcıların Seçimi

3.3.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak
- Tuzla EASM'ye kayıt yaptırmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Gönüllü olur formunu imzalamak

3.3.2. Çalışmadan Hariç Tutulma ve Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Anket sorularını cevaplayamayacak derecede kognitif işlevlerinde bozukluk olmak

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veri toplamak için araştırıcı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan üç farklı anket hazırlanmıştır. Anketlerden ilki 0-2 yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerine uygulanmıştır. Anketlerden ikincisi 3-9 yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerine sorulmuştur. Üçüncüsü de 10-18 yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerine uygulanmıştır. Anketler ailelerin ellerine verilmiş, eksik doldurulan kısım olup olmadığı kontrol edilerek geri alınmıştır.14 yaş ve büyük çocukların kendisinin de anket sorularını cevaplamasına izin verilmiştir.

Tüm anketlerin ilk sayfası aynı sorulardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş, yaşadığı yer, ebeveynlerin eğitim durumu ve aylık geliri gibi sosyodemografik bilgileri sorgulanmıştır. Diğer soruların hepsi çoktan seçmelidir.

0-2 yaş grubuna sosyodemografik özellikler dışında 22 soruda; çocuğu takip eden doktor, doğumun nerede olduğu, aşı, topuk kanı, boy, kilo ve baş çevresi ölçümü, kalça ultrason (USG), işitme, görme taraması, demir ve D vitamini takviyesi, gelişimi muayenesi, beslenme, diş sağlığı, kazalardan korunma, üreme organı muayenesinin yapılıp yapılmadığı, yan dal hekimine ihtiyaç duyup duymadığı, ihtiyaç duyduğu takdirde ne kadar sürede ulaştığı bilgileri sorulmuştur.

3-9 yaş grubuna ise sosyodemografik özellikler dışında 19 soruda; çocuğu takip eden doktor, doğumun nerede olduğu, aşı bilgisinin yanı sıra boy ve kilo ölçümü, gelişim muayenesi, görme keskinliği ve üreme organı muayenesi yapılıp yapılmadığının yanı sıra beslenme, diş sağlığı, kazalardan korunma, okul başarısı, arkadaşları ile ilişkisi ve merak ve aktivitelerinin sorulup sorulmadığı ayrıca yan dal hekimine ihtiyaç duyup duymadığı, ihtiyaç duyduğu takdirde ne kadar sürede ulaştığı bilgileri sorulmuştur.

10-18 yaş grubuna da sosyodemografik özellikler dışında 18 soruda; boy, kilo ve tansiyon ölçümünün yapılıp yapılmadığı bunların yanı sıra fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme, kişisel hijyen, beslenme, kilo memnuniyeti, fiziksel aktivite, üreme sağlığı, gebelikten korunma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, sigara, nargile, tütün, alkol ve madde kullanımı, kaza ve yaralanmalar, emniyet kemeri takma, kavgaya karışma, şiddete maruz kalma konularının hekim tarafından sorulup sorulmadığı sorulmuştur.

3.5. Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Analizde öncelikle verilerin tanımlayıcı istatistikleri; yüzde, ortalama ve standart sapma veya normal dağılım göstermeyen veriler için ortanca ve genişlik hesaplanmıştır. Karşılaştırmalı analizlerde iki grup arasındaki yüzde farkının anlamlı olup olmadığını test etmek için Ki-kare, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılığında ise t-testi kullanılmıştır. Sonuçlar Ortalama ±SS olarak verilmiştir. Karşılaştırmalı analizlerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6 Etik Kurul Onayı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (09.2016.547 Protokol numaralı Etik Kurul Onay Formu) ve İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'nden izin alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Veriler

4.1.1. Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya 195 kız (%49,2), 201 erkek (%50,8) olmak üzere toplam 396 (%100) çocuk katılmıştır. Altmış yedi çocuğun yaşı 0-2 (grup-1) , 196 çocuğun yaşı 3-9 (grup-2) , 133 çocuğun yaşı ise 10-18 (grup-3) arasındadır. Birinci grup çocukların yaş ortancası 14 aydır. İkinci grup çocukların yaş ortancası 77,5 aydır. Üçüncü grup çocukların ay olarak yaş ortalaması ise 164,07±29,27(min:119 max:228) aydır. Çocukların %84,8'i Tuzla bölgesinde yaşamaktadır. Annelerinin %3,3'ü, babalarının %0,8'i eğitimsizdir (okur-yazar değil ve sadece okur-yazar). Yüzde 3 çocuğun herhangi bir sosyal güvencesi yoktur ve %67,7'sinin aylık hane geliri 1370-4462 TL arasındadır. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-2 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

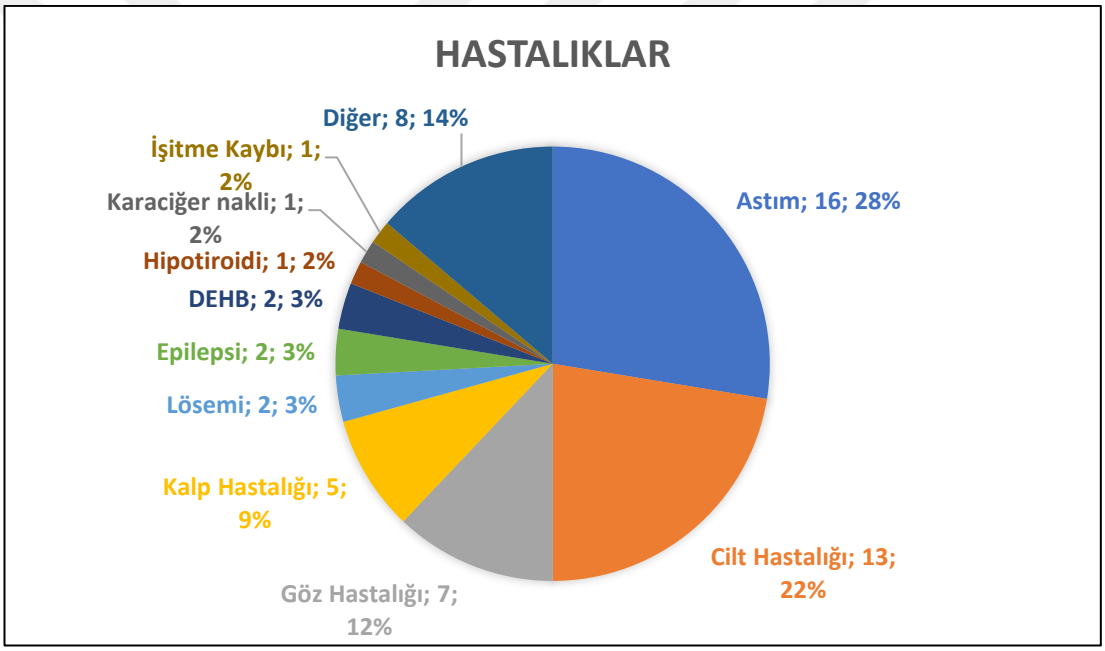
n:396	n (sayı)	% (yüzde)
Yaş		
0-2	67	16,9
3-9	196	49,5
10-18	133	33,6
Cinsiyet		
Kız	195	49,2
Erkek	201	50,8
Anne Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	3	0,8
Okur-yazar	10	2,5
İlkokul	127	32,1
Ortaokul	56	14,1
Lise	115	29,0
Üniversite	85	21,5
Baba Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	2	0,5
Okur-yazar	1	0,3
İlkokul	84	21,2
Ortaokul	42	10,6
Lise	127	32,0
Üniversite	140	35,4
Sosyal Güvence		
SGK	372	94,0
Özel sigorta	12	3,0
Güvence yok	12	3,0
Hane Aylık Geliri		
1370 TL ve altı	84	21,2
1370-4462 TL arası	268	67,7
4462 TL ve üstü	44	11,1

4.1.2 Genel Sağlık Durumu ile İlgili Bulgular

Üç yüz doksan altı çocuktan 58 (%14,6)'inin bilinen bir hastalığı vardır. On altı çocukta astım, 13 çocukta cilt hastalığı vardır. Hastalık isimleri ve sayıları Grafik-1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların 23 (%5,8)'ü sürekli olarak herhangi bir ilacı kullanmaktadır.

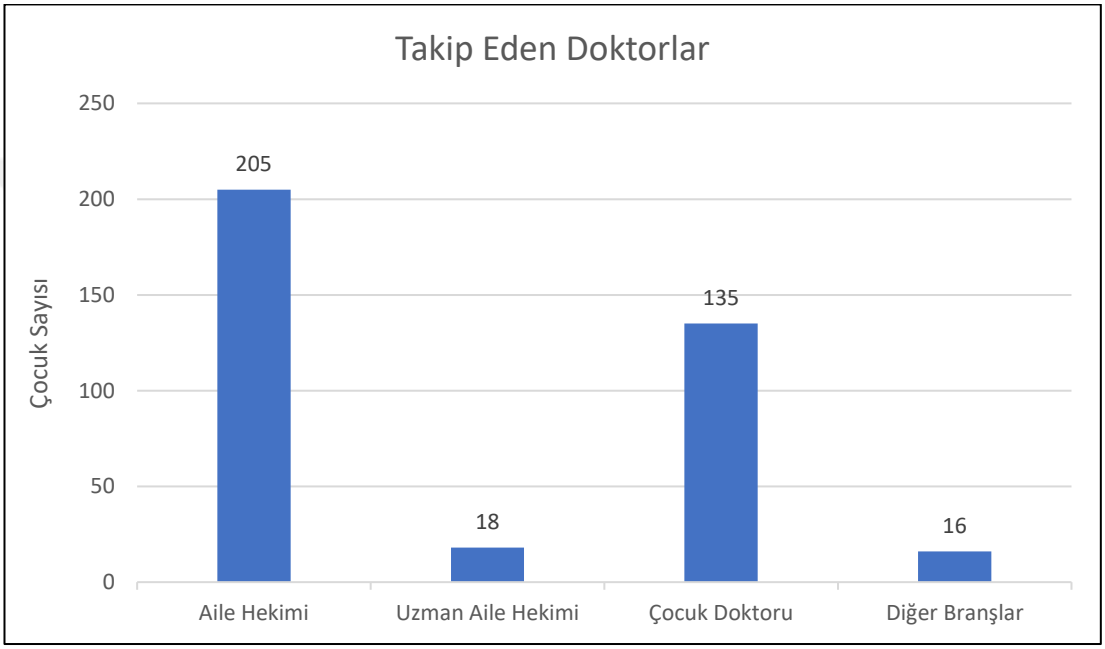
Beş (%1,3) çocuğun özel bakıma ihtiyacı vardır. Beşinin de sağlık hizmetlerine kolay ulaştığı belirtilmiştir.



Grafik-1: Çocukların Bilinen Hastalıkları

4.1.3 Çocukları Takip Eden Doktorlar ile İlgili Bulgular

Katılımcı çocukların 205 (%77,9)'i Aile Hekimi tarafından takip edilmektedir. On sekiz (%6,8) çocuk Uzman Aile Hekimi tarafından, 135 (%51,3) çocuk, Çocuk Hastalıkları Uzmanı tarafından ve 16 (%6,0) çocuk ise diğer branşlardaki doktorlar tarafından takip edilmektedir. (Grafik-2)



Grafik-2: Çocukları Takip Eden Doktorlar

4.1.4 Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular

4.1.4.1 Grup-1 ve Grup-2'ye Sorulan Sorular

Grup-1 ve Grup-2'deki çocukların hepsi hastanede doğmuştur. Çocukların büyük çoğunluğu (n=255, %97) Sağlık Bakanlığının ödeme kapsamındaki aşıların hepsini yaptırmıştır, 235 (%89,4)'inin boyu, 239 (%90,9)'unun kilosu 1'den fazla kez ölçülmüştür. Katılımcıların 218 (%82,9)'i gelişimi açısından muayene edilmiştir ancak 105 (%39,9) çocuğun ailesine beslenme ile ilgili, 162 (%61,6) çocuğun ailesine diş sağlığı ile ilgili bilgi verilmemiştir. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin (n=192, %73,0) ailesine kazalardan nasıl korunmaları gerektiği anlatılmamıştır. Katılımcıların 127 (%48,3)'sinin üreme organları muayene edilmemiştir. Bu çocukların %36,9'unun özel bir branşta hekime ihtiyacı olmuş ve hekime kolay ulaşılmıştır. Branş hekimine ihtiyaç duyduğu halde kolay ulaşamadığını belirten ailelerin oranı %11,8'dir. Katılımcıların 236 (%89,8)'sının ailesi hastalık durumunda, 24 saat içinde doktora ulaştıklarını beyan etmişlerdir. Çocuklar hastalandığında en sık aile hekimine başvurulmaktadır. (Tablo-3)

Grup-1'deki 67 (%100) çocuğun da topuk kanı alınmıştır. Altmış üç (%94,0) çocuğun baş çevresi 1'den fazla kez ölçülmüştür. Bu gruptaki 56 (%83,6) çocuğun kalça ultrasonu yapılmıştır. Altmış beş (%97) çocuğun işitme taraması, 44 (%65,6) çocuğun göz muayenesi yapılmıştır. Dokuz çocuk demir ve d vitamini takviyesi almamıştır. (Tablo-3)

Grup-2'deki 196 çocuğun 158 (%80,7)'inin arkadaşları ile ilişkisi, 165 (%84,2) çocuğun okul başarısı, 162 (%82,7)'sinin okul dışı merak ve aktiviteleri sorulmamıştır. (Tablo-3)

Tablo-3 Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular (Grup-1 ve Grup-2'ye Sorulan Sorular)

	n (sayı)	% (yüzde)
Tüm Aşıları Yapıldı mı[***](n:263)		
Evet	255	97,0
Hayır	5	1,9
Bilmiyorum-hatırlamıyorum	3	1,1
Topuk Kanı alındı mı[*](n:67)		
Evet	67	100
Hayır	-	-
Bilmiyorum hatırlamıyorum	-	-
Boyu ölçüldü mü[***](n:263)		
Evet, 1 kez	17	6,5
Evet, 1'den fazla kez	235	89,4
Hayır	7	2,6
Bilmiyorum hatırlamıyorum	4	1,5
Kilosu Ölçüldü mü[***](n:263)		
Evet, 1 kez	14	5,2
Evet, 1'den fazla kez	239	90,9
Hayır	8	3,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	2	0,8
Baş Çevresi Ölçüldü mü[*](n:67)		
Evet, 1 kez	4	6,0
Evet, 1'den fazla kez	63	94,0
Hayır	-	-
Bilmiyorum hatırlamıyorum	-	-
Tansiyonu Ölçüldü mü[*](n:67)		
Evet, 1 kez	6	9,0
Evet, 1'den fazla kez	4	6,0
Hayır	45	67,1
Bilmiyorum hatırlamıyorum	12	17,9
Kalça USG Yapıldı mı[*](n:67)		
Evet	56	83,6
Hayır	11	16,4
İşitme Taraması Yapıldı mı[*](n:67)		
Evet	65	97,0
Hayır	-	-
Bilmiyorum hatırlamıyorum	2	3,0

[*] Sadece Grup-1'e sorulmuştur.

[**] Sadece Grup-2'ye sorulmuştur.

[***]Grup-1 ve Grup-2'ye sorulmuştur.

Tablo-3 Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular (Grup-1 ve Grup-2'ye Sorulan Sorular) (Devam)

Göz Muayenesi Yapıldı mı*(n:67)		
Evet	44	65,6
Hayır	16	24,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	7	10,4
Vitamin Takviyesi Kullandı mı*^(n:67)		
Evet	56	83,6
Hayır	9	13,4
Bilmiyorum hatırlamıyorum	2	3,0
Gelişimi Açısından Muayene Edildi mi*(n:263)**		
Evet	218	82,9
Hayır	34	12,9
Bilmiyorum hatırlamıyorum	11	4,2
Görme Keskinliğine Bakıldı mı(n:196)**		
Evet	97	49,5
Hayır	84	42,9
Bilmiyorum hatırlamıyorum	15	7,6
Beslenme Bilgisi Verildi mi*(n:263)**		
Evet	158	60,1
Hayır	105	39,9
Diş sağlığı ile İlgili Bilgi Verildi mi*(n:263)**		
Evet	83	31,6
Hayır	162	61,6
Bilmiyorum hatırlamıyorum	18	6,8
Florlu Diş Macunu Önerildi mi*(n:263)**		
Evet	37	14,1
Hayır	205	77,9
Bilmiyorum hatırlamıyorum	21	8,0
Kazalardan Korunma Bilgisi Verildi mi*(n:263)**		
Evet	46	17,5
Hayır	192	73,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	25	9,5
Üreme Organları Muayene Edildi mi*(n:263)**		
Evet	116	44,1
Hayır	127	48,3
Bilmiyorum hatırlamıyorum	20	7,6

* Sadece Grup-1'e sorulmuştur.

** Sadece Grup-2'ye sorulmuştur.

*** Grup-1 ve Grup-2'ye sorulmuştur.

^ Demir ve D vitamini

Tablo-3 Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular (Grup-1 ve Grup-2'ye Sorulan Sorular) (Devam)

Okul Arkadaşları ile ilişkisi Soruldu mu[**](n:196)		
Evet	24	12,2
Hayır	158	80,7
Bilmiyorum hatırlamıyorum	14	7,1
Okul Başarısı Soruldu mu[**](n:196)		
Evet	21	10,7
Hayır	165	84,2
Bilmiyorum hatırlamıyorum	10	5,1
Okul Dışı merakları Soruldu mu[**](196)		
Evet	24	12,2
Hayır	162	82,7
Bilmiyorum hatırlamıyorum	10	5,1
Özel Bir Branş Hekimine İhtiyaç oldu mu[***](n:263)		
İhtiyaç oldu, kolay ulaştım	97	36,9
İhtiyaç oldu, kolay ulaşamadım	31	11,8
Hayır, ihtiyacım olmadı	135	51,3
Hastalandığında ne kadar sürede doktora ulaşırsın[***](n:263)		
24 saat içinde	236	89,8
24-72 saat içinde	14	5,3
1 hafta içinde	9	3,4
1 haftadan uzun sürede	4	1,5
Hastalık durumunda en sık başvuru[***](n:263)		
Acil	58	22,1
Aile hekimi	109	41,4
Çocuk doktoru	55	20,9
Özel hastane	41	15,6

* Sadece Grup-1'e sorulmuştur.

** Sadece Grup-2'ye sorulmuştur.

*** Grup-1 ve Grup-2'ye sorulmuştur.

4.1.4.2 Grup-3'e Sorulan Sorular

Grup-3'teki 90 (%67,7) çocuğun boy-kilo ölçümü, 108 (%81,2) çocuğun tansiyon ölçümü yapılmamıştır. Yüz bir (%76,0) çocuk fiziksel ve cinsel büyüme gelişme hakkında, 97 (%73,0) çocuk kişisel hijyen ile ilgili, 95 (%71,4) çocuk beslenme ile ilgili bilgilendirilmemiştir. Çocukların 109 (%82,0)'una kilosundan memnun olup olmadığı sorulmamıştır. Yüz üç (%77,4) çocuk fiziksel aktivite ile ilgili, 112 (%84,2) çocuk üreme sağlığı ile ilgili, 121 (91,0) çocuk gebelikten korunma yolları ile ilgili bilgilendirilmemiştir. Sigara, nargile, tütün ürünleri, alkol, madde kullanımı ile ilgili bilgi yüksek oranda verilmemiştir. Çocukların kaza ve yaralanmaları, emniyet kemeri takıp takmadığı, kavgaya karışıp karışmadığı, şiddete maruz kalıp kalmadığı yüksek oranda sorulmamıştır. Kırk beş (%33,8) çocuğa kendini nasıl hissettiği sorulmuştur. (Tablo-4)

Tablo-4 Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular (Grup-3'e Sorulan Sorular)

n:133	n (sayı)	% (yüzde)
Boy-kilo Ölçüldü mü?		
Evet	43	32,3
Hayır	90	67,7
Tansiyon Ölçüldü mü?		
Evet	25	18,8
Hayır	108	81,2
Fiziksel-cinsel büyüme anlatıldı mı?		
Evet	18	13,5
Hayır	101	76,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	14	10,5
Kişisel Hijyen Bilgisi Verildi mi?		
Evet	26	19,5
Hayır	97	73,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	10	7,5
Beslenme Bilgisi Verildi mi?		
Evet	26	19,6
Hayır	95	71,4
Bilmiyorum hatırlamıyorum	12	9,0
Kilo Memnuniyeti Soruldu mu?		
Evet	21	15,8
Hayır	109	82,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	3	2,2
Fiziksel Aktivite Bilgisi Verildi mi?		
Evet	22	16,6
Hayır	103	77,4
Bilmiyorum hatırlamıyorum	8	6,0
Üreme Sağlığı Bilisi Verildi mi?		
Evet	12	9,0
Hayır	112	84,2
Bilmiyorum hatırlamıyorum	9	6,8

Tablo-4 Çocuklara Sunulan Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bulgular (Grup-3'e Sorulan Sorular) (Devam)

Gebelikten korunma anlatıldı mı?		
Evet	10	7,5
Hayır	121	91,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	2	1,5
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma Bilgisi Verildi mi?		
Evet	11	8,3
Hayır	115	86,5
Bilmiyorum hatırlamıyorum	7	5,2
Sigara Nargile Tütün Kullanımı Hakkında Bilgilendirildiniz mi?		
Evet	25	18,8
Hayır	105	78,9
Bilmiyorum hatırlamıyorum	3	2,3
Alkol Kullanımı ile ilgili Bilgilendirildiniz mi?		
Evet	16	12,0
Hayır	114	85,7
Bilmiyorum hatırlamıyorum	3	2,3
Madde Kullanımı ile İlgili Bilgilendirildiniz mi?		
Evet	12	9,0
Hayır	117	88,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	4	3,0
Kaza Yaralanmalar Hakkında Bilgilendirildiniz mi?		
Evet	14	10,5
Hayır	113	85,0
Bilmiyorum hatırlamıyorum	6	4,5
Emniyet Kemeri Takıp Takmadığınız Soruldu mu?		
Evet	8	6,0
Hayır	119	89,5
Bilmiyorum hatırlamıyorum	6	4,5
Kavgaya Karışıp Karışmadığınız Soruldu mu?		
Evet	7	5,3
Hayır	123	92,5
Bilmiyorum hatırlamıyorum	3	2,2
Şiddete Maruz Kalıp Kalmadığınız Soruldu mu?		
Evet	2	1,5
Hayır	127	95,5
Bilmiyorum hatırlamıyorum	4	3,0
Nasıl Hissettiğiniz Soruldu mu?		
Evet	45	33,8
Hayır	83	62,4
Bilmiyorum hatırlamıyorum	5	3,8

4.2. Karşılaştırmalı Analizler

4.2.1. Cinsiyete Göre Karşılaştırmalar

Grup-1 ve Grup-2'ye "Çocuğunuzun üreme organı muayene edildi mi?" diye sorulmuştur. Ve erkek çocukların üreme organları anlamlı olarak daha fazla muayene edilmiş olduğu belirtilmiştir. (p<0,001) (Tablo-5)

Grup-3'teki erkek öğrenciler fiziksel aktivite ile ilgili anlamlı olarak daha yüksek oranda bilgilendirilmişlerdir. (p=0,046) (Tablo-5)

Grup-3'teki öğrencilerin cinsiyetleri ile boy-kilo ölçümü, fiziksel-cinsel büyüme gelişme bilgisi, kilosundan memnuniyeti, üreme sağlığı, gebelikten korunma yolları, sigara, nargile, tütün kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, kaza ve yaralanmalardan korunma bilgisi, kavgaya karışıp karışmadığı, şiddete maruz kalıp kalmadığı ve kendini nasıl hissettiği soruları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo-5 Cinsiyete Göre Karşılaştırma

1)Üreme Organı Muayene Edildi mi? (Grup-1 ve Grup-2'ye sorulmuştur)

	Evet n (%)	Hayır/Bilmiyorum-hatırlamıyorum n (%)	p değeri
Kadın	32 (26,4)	89 (73,6)	<0,001
Erkek	84 (59,2)	58 (40,8)	

2)Fiziksel Aktivite ile İlgili Bilgilendirildiniz mi? (Grup-3'e sorulmuştur)

	Evet n (%)	Hayır/Bilmiyorum-hatırlamıyorum n (%)	p değeri
Kadın	8 (10,8)	66 (89,2)	0,046
Erkek	14 (23,7)	45 (76,3)	

4.2.2. Anne Eğitim Düzeyinin Etkisi

Annesi eğitimli olan çocukların gelişim muayeneleri anlamlı olarak daha sıklıkla yapılmıştır. (p=0,002) (Tablo-6)

Annesi eğitimli olan ailelere çocuğun beslenmesi anlamlı olarak daha ayrıntılı anlatılmaktadır. (p=0,024) (Tablo-6)

Anne eğitimi ile çocukların tansiyon ölçümünün ve göz muayenesinin yapılması ile ve diş sağlığı bilgisi, kaza ve yaralanmalardan korunma bilgisi verilmesinin arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo-6 Anne Eğitim Düzeyinin Etkisi

1)Çocuğunuz Gelişimi İçin Muayene Edildi mi? (Grup-1 ve 2'ye sorulmuştur)

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilmiyorum-hatırlamıyorum n (%)	p değeri
Eğitimsiz	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	<0,015
İlköğretim	81 (80,1)	15 (14,9)	5 (5,0)	
Lise ve üstü	135 (86,5)	16 (10,3)	5 (3,2)	

2)Çocuğunuzun Yaşına Uygun Beslenme Bilgisi Verildi mi? (Grup-1 ve 2'ye sorulmuştur)

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilmiyorum-hatırlamıyorum n (%)	p değeri
Eğitimsiz	2 (33,3)	0 (0,0)	4 (66,7)	<0,014
İlköğretim	41 (40,6)	8 (7,9)	52 (51,5)	
Lise ve üstü	87 (55,8)	28 (12,8)	105 (31,4)	

*Eğitimsiz: Okuma yazma bilmeyen ve sadece okuma yazma bilen

**İlköğretim: İlkokul ve ortaokul

4.2.3 Sigorta ve Hane Aylık Gelir Düzeyi Etkisi

Sigortalı olanlarla olmayanlar arasında aşıları yaptırma düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hane aylık gelir düzeyi ile çocuğun gelişim muayenesinin yapılması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hane aylık geliri yüksek olanlar anlamlı olarak daha sık özel hastanelere başvurmaktadırlar. (p<0,001)

(Tablo-7)

Tablo-7 Hane Aylık Gelir Düzeyinin Etkisi

1)Çocuğunuz Hastalandığında En Sık Nereye Başvurursunuz? (Grup-1 ve 2'ye sorulmuştur)

	Kamu kurumu	Özel Hastane	p değeri
1370 TL altı	44 (91,7)	4 (8,3)	<0,001
1370-4462 TL arası	155 (86,1)	25 (13,9)	
4462 TL üstü	23 (65,7)	12 (34,3)	

4.2.4 Çocuğun Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olmasının Etkisi

Herhangi bir hastalığı olan çocuklar arasında özel bir branş hekimine ihtiyaç duyma ve bu hekime ulaşma sıklığı anlamlı olarak daha yüksektir. (p<0,001) (Tablo-8)

Grup-3'teki çocuklardan, herhangi bir hastalığa sahip olanlarla olmayanlar arasında boy-kilo ölçümü, tansiyon ölçümü gibi sağlık hizmetlerinin alınmasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo-8 Çocuğun Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olmasının Etkisi

1)Çocuğunuzun Özel Bir Branşta Hekime İhtiyacı Oldu mu, Kolay Ulaştınız mı?

Bilinen hastalık	İhtiyacım oldu, kolay ulaştım n (%)	İhtiyacım oldu, kolay ulaşamadım n (%)	Hiç ihtiyacım olmadı n (%)	p
Var	19 (51,4)	10 (27,0)	8 (21,6)	<0,001
Yok	78 (34,5)	21 (9,3)	127 (56,2)	

4.2.5. Çocuğu Takip Eden Doktor Branşının Etkisi

Çocuk doktorları tarafından takip edilen çocuklara gelişim muayenesi, ürogenital sistem muayenesi anlamlı olarak daha sıklıkla yapılmaktadır ve diş sağlığı, kazalardan korunma bilgisi anlamlı olarak daha sıklıkla verilmektedir (Tablo-9).

Tablo-9 Çocuğu Takip Eden Doktor Branşının Etkisi

1)Çocuğunuzun Gelişimi Muayene Edildi mi? **(Grup-1 ve 2'ye sorulmuştur)**

	Evet n (%)	Hayır/Bilmiyorum-hatırlamıyorum n (%)	p değeri
Pediatrist tarafından takip edilenler	122 (90,4)	13 (9,6)	0,001
Pediatrist tarafından takip edilmeyenler	96 (75,0)	32 (25,0)	

2)Çocuğunuzun Diş Sağlığı ile İlgili Bilgilendirildiniz mi? **(Grup-1 ve 2'ye sorulmuştur)**

	Evet n (%)	Hayır/Bilmiyorum-hatırlamıyorum n (%)	p değeri
Pediatrist tarafından takip edilenler	52 (38,5)	83 (61,5)	0,013
Pediatrist tarafından takip edilmeyenler	31 (24,2)	97 (75,8)	

3)Çocuğunuzun Kazalardan Korunması Hakkında Bilgilendirildiniz mi? **(Grup-1 ve 2'ye sorulmuştur)**

	Evet n (%)	Hayır/Bilmiyorum-hatırlamıyorum n (%)	p değeri
Pediatrist tarafından takip edilenler	31 (23,0)	104 (77,0)	0,016
Pediatrist tarafından takip edilmeyenler	15 (11,7)	113 (88,3)	

4)Çocuğunuzun Üreme Organları Muayene Edildi mi? **(Grup-1 ve 2'ye sorulmuştur)**

	Evet n(%)	Hayır/Bilmiyorum-hatırlamıyorum n(%)	p değeri
Pediatrist tarafından takip edilenler	71 (52,6)	64 (47,4)	0,004
Pediatrist tarafından takip edilmeyenler	45 (35,2)	83 (64,8)	

5. TARTIŞMA

"Birinci Basamağa Başvuran 0-18 Yaşındaki Bireylerin Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi" isimli tıpta uzmanlık tezi Marmara Üniversitesi Tuzla EASM'ye kayıtlı 0-18 yaşındaki bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarını belirlemeyi hedefleyen, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın bulgularına göre EASM'de çocukluk çağındaki karşılanmamış başlıca sağlık ihtiyaçlarının beslenme ile ilgili bilgilendirme, diş sağlığı ile ilgili bilgilendirme, üreme organı muayenesi, görme muayenesi olduğu tespit edilmiştir. Ergenlik çağındaki sağlık ihtiyaçlarının ise büyük ölçüde karşılanmamış olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan 396 katılımcının annelerinin %64,6'sı, babaların %87,1'i en az ortaokul düzeyinde öğrenim görmüşlerdir. Bu bilgilere göre katılımcıların annelerinin ve babalarının eğitim durumları Türkiye ortalamasının üzerindedir. TNSA-2013 verilerine göre kadınların %36'sı, erkeklerin %49'u en az ortaokulu tamamlamıştır. Katılımcıların %67,7'si orta gelir grubundadır ve %97'sinin sosyal güvencesi vardır. Katılımcıların %14,6'sının bilinen bir hastalığı vardır. Hastalığı olanların %28 oranı ile astım hastalığına sahip oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların %5,8'i sürekli olarak herhangi bir ilacı kullanmaktadır ve %1,3'ünün özel bakıma ihtiyacı vardır, %84,7 çocuk aile hekimi tarafından kontrol edilmektedir.

5.1 Adolesanların (10-18 Yaş Grubundaki Bireylerin) Sağlık İhtiyaçları

Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk ve adolesanlarda obezitenin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu gözlenmektedir. İstanbul'da 11-15 yaş okul çocuklarını kapsayan bir çalışmada (2010) obezite sıklığı %8,3, kilolu olma sıklığı %10,2 olarak bildirilmiştir (45). Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre 15 yaş ve daha yukarı yaştaki bireylerin %17,2'si obez, %34,8'i fazla kilolu, %3,9'u ise düşük kiloludur (46). Bu sebeple 18 yaşına dek tüm adolesanların boy ve kilo ölçümü her vizitte yapılmalı ve obeziteden korunma yönünde eğitim ve danışmanlık da sunulmalıdır. Çalışmamızda 10-18 yaş grubundaki bireylerin %32,3'ünün boy-kilo ölçümü sağlık çalışanları tarafından yapılmıştır. Arslan ve arkadaşlarının İstanbul Pendik ilçesindeki ASM'lerde adolesan sağlığı ile ilgili yaptığı çalışmada (2015) ise

boy-kilo ölçümünün %57,4 oranında yapıldığı tespit edilmiştir (44). Bu farklılık bizim çalışmamızın yeni açılan bir EASM'de yapılmasına ve ASM'nin açılma döneminde kayıtlı nüfusun ihtiyaçlarının yeterince karşılanamamasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda 10-18 yaş grubundaki bireylerin %18,8'inin kan basıncı ölçümü sağlık çalışanları tarafından yapılmıştır. Arslan ve arkadaşlarının İstanbul Pendik ilçesindeki ASM'lerde adolesan sağlığı ile ilgili yaptığı çalışmada (2015) ise, kan basıncı ölçümünün %27,4 oranında yapıldığı tespit edilmiştir. Adolesan dönemde erişkinlere göre daha az sıklıkta hipertansiyon görülür ancak bu dönemdeki hipertansiyon erişkin dönemde de devam etmekte ve birçok komplikasyona yol açmaktadır (47,48). Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre 15 yaş ve daha yukarı yaştaki bireylerin %13,2'si hipertansiyon problemi yaşamaktadır (46). Çocukluk çağında görülen hipertansiyonun kalp, santral sinir sistemi, böbrek ve göz komplikasyonlarına neden olduğu, hatta maskelenmiş hipertansiyon sonucu inme gelişen çocuk vakaların olduğu bildirilmiştir (49,50). Her iki çalışmada da kan basıncı ölçümlerinin düşük oranda yapıldığı görülmüştür. Kılıçkap ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derleme ve meta-analize göre (2018) hipertansiyon farkındalığı, tedavi alma ve kontrol oranları zaman içinde artsa da halen kabul edilebilir düzeyde değildir (51).

Çalışmamızda 10-18 yaş grubundaki bireylerin %13,5'ine fiziksel-cinsel büyüme gelişme ile ilgili, %19,5'ine kişisel hijyenle ilgili, %19,5'ine de beslenme ile ilgili bilgi verilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk ve adolesanların %1'inden azının besin gruplarını önerilen oranlarda (günlük olarak tahıl grubu en az 6, sebze en az 3, meyve, et ve süt grupları en az ikişer porsiyon, yağ ve şekerleme mümkün olduğu kadar az) tükettiği saptanmıştır (52,53). Adolesanlardaki beslenme bozuklukları; obezite, büyüme gelişme geriliği, puberte gecikmesi, demir eksikliği anemisi, okul başarısında azalma ve ileri dönemlerde çeşitli hastalıklara sebep olabilmektedir (52,54). Ayrıca 5-10 yaş arasındaki aşırı kilolu çocukların %60'ının gelecekte kardiyovasküler risk faktörlerinden (kan basıncı yüksekliği, hiperlipidemi gibi) en az birine sahip olacağı bildirilmiştir (53). Tüm dünyada adolesanlarda obezite prevalansında artış görülmektedir (52,53). Bu sebeple adolesanların beslenme konusunda bilinçlendirilmesi gerekir ve bazı ülkelerde olduğu gibi sağlıklı kantin, okulda kahvaltı programı gibi ulusal programlar hayata geçirilebilir.

Yaptığımız çalışmada 10-18 yaş aralığındaki bireylerin %15,8'ine kilosundan memnun olup olmadığı sorulmuştur. Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde %20,8 oranında kilo memnuniyeti sorulmuştur. Bu oranlar çok düşüktür oysa ki adolesanlarda herhangi bir tür yeme bozukluğunun görülme sıklığı %4 olarak bildirilmektedir (55). Anoreksiya nervozada hasta yemek yemeyi azaltmıştır, yaşamını tehdit edecek kadar kilo kaybetmesine rağmen kilolu olduğunu düşünür ve kilo vermek ister. Bulimiya nevrozada ise hasta kontrolsüz bir şekilde, büyük miktarda besin tüketir ve pişmanlık duyup kendini kusturmaya çalışır, laksatif veya purgatif kullanabilir. Yeme bozuklukları mortalitesi en yüksek psikiyatrik hastalıklardandır, sıklığı giderek artmaktadır ve çok sayıda komplikasyona sebep olmaktadır (56). Bu sebeple hekimlerin bu konudaki farkındalığı artırılmalı, hastalıklar erken tanınmalı ve tedavi edilmelidir.

Çalışmamızda 10-18 yaş aralığındaki bireylerin yalnızca %16,5'i sağlık çalışanları tarafından fiziksel aktivite ile ilgili bilgilendirilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise bizim çalışmamıza benzer şekilde, egzersiz %18,8 oranında sorgulanmıştır. Bu oranlar oldukça düşüktür. Oysa sedanter bireylerin fiziksel aktif olanlara göre daha erken yaşta öldükleri bilinmektedir (57). Fiziksel aktif gençlerin koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, tip 2 diyabet, bazı kanserler ve osteoporoz insidansı düşüktür (57,58). Adolesanlara haftanın çoğu günü en az 30 dakika fizik aktivite yapmaları önerilmelidir (58). Çalışmamızda 10-18 yaş aralığındaki erkekler fiziksel aktivite ile ilgili kızlara göre anlamlı olarak daha sıklıkla bilgilendirilmektedir ($p=0,046$). Bu durum erkeklerin konuyu merak edip, hekime danışmasına bağlı olabilir. Çünkü, Savcı ve arkadaşlarının Hacettepe üniversitesinde 1097 öğrenci ile yaptığı çalışmada (2006) erkek öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri kızlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (59).

Çalışmamızda 10-18 yaş aralığındaki bireylerin %9'una üreme sağlığı, %7,5'ine gebelikten korunma yolları, %8,3'üne cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi verilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise gebelikten korunma yolları %1,4, cinsel yolla bulaşan hastalıklar %2,1 oranında sorgulanmıştır. Her iki çalışmada da oranlar oldukça düşüktür. Oysa dünyada 15-19 yaş arasındaki kadınlarda en sık ikinci ölüm nedeni gebelik ve doğumun sebep olduğu komplikasyonlardır. Adolesan anneden doğan bebekler daha yüksek ölüm riski taşımaktadır (60). TNSA-

2013 verilerine göre 15-19 yaş arası kadınların yaklaşık %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır ve bu kadınların yarısı gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (61). Cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığı tüm dünyada giderek artmaktadır. Cinsel ve üreme sağlığı eğitimi cinselliğe başlangıç yaşını geciktirir, cinsel ilişki sıklığını ve cinsel eş sayısını azaltır, kontraseptiflerin kullanımını arttırır (62). Bu sebeple hekimlerin bu konuda danışmanlık sunması gerekir.

Çalışmamızda 10-18 yaş aralığındaki bireylerin %18,8'ine sigara-tütün-nargile kullanımı, %12'sine alkol kullanımı, %9'una madde kullanımı ile ilgili bilgi verilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara içme %17,6, alkol kullanımı %2,4, uyuşturucu kullanımı %2,1 oranında sorgulanmıştır. Bu oranlar da çok düşüktür. Doktorların sigara içmesi, bu oranların düşük olmasına sebep olabilir. Talay ve arkadaşlarının İstanbul Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerinde 629 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada (2007) sağlık çalışanlarının sigara içme oranı %49,3 olarak saptanmıştır ve sigarayı bırakmayı önerme ve açıklama yapma konusunda sigara içen ve içmeyen doktorlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sigara içmeyen doktorlar sigarayı bırakmayı daha sıklıkla önermişlerdir (63). Sigara kullanımı en önemli önlenebilir ölüm nedenidir, ülkemizdeki ölümlerin %41,6'sı sigaraya bağlı hastalıklar sebebi ile olmaktadır. Sigara içmeye erken yaşta başlama ile bağımlılık riski de artmaktadır. Sigara içen erişkinlerin %90'ı 18 yaşından önce başlamaktadır. Son yıllarda nargile özellikle gençlere yönelik pazarlanmakta ve gençler arasında giderek daha popüler hale gelmektedir (64). Bağımlılık tedavisi zor, uzun ve maliyetli bir süreçtir. Bağımlılık gelişmeden önce hekimler tarafından müdahale edilmelidir.

Çalışmamızda 10-18 yaş aralığındaki bireylerin %10,5'ine kaza ve yaralanmalar, %6'sına emniyet kemeri takma konularında bilgi verilmiş, %5,3'üne kavgaya karışıp karışmadığı, %1,5'ine şiddete maruz kalıp kalmadığı sorulmuştur. Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında ise kaza geçirme %14,6, emniyet kemeri takma %4,2, kavgaya karışma %4,8 oranında sorgulanmıştır. Bu bulgular da benzerdir ve yine çok düşük oranda sorgulanmıştır. TUİK verilerine göre 1-17 yaş aralığında ölen 6477 çocuğun %29 (n=1909)'u kaza ve zehirlenmeler sebebi ile hayatını kaybetmiştir, Kaza sebebi ile ölen çocukların %31'i 15-17 yaş aralığındadır (65).

Çalışmamızda 10-18 yaş aralığındaki bireylerin %33,8'ine kendini nasıl hissettiği sorulmuştur. Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında ise kendini nasıl hissettiği %61,3 oranında sorgulanmıştır. Çalışmamızı yaptığımız sırada, EASM'ye kayıtlarını aldıran kişilerin daha önceki ASM'lerinde birim başına düşen nüfusun çok fazla olması, adolesanların değil danışmanlık hasta olduklarında bile muayene olamayıp acil servise yönlendirilmeleri çalışmamızdaki düşük oranın sebebi olabilir. Her beş ergenden biri hayatının herhangi bir döneminde depresyon tanısı almaktadır (66,67). Depresyon tanısı alan ergenler daha sık hastaneye yatmakta, alkol/madde bağımlılığı riski artmaktadır (67,68). En ciddi sonuç ise genç erişkinler arasında üçüncü sırada ölüm nedeni olan intihar girişimi riskidir (69). Tüm bunlar profesyonel yardım almanın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

İki çalışma arasında bazı konularda benzerlik, bazısında ise farklılıklar vardır. Bu, ergen sağlığı ile ilgili konularda pozitif veya negatif bir performansın olmaması, danışmanlık konusunda hekimin kendini yeterli hissetmesine veya ergenin kendisinin bu konularda danışmanlık istemesine bağlı olabilir.

Sonuç olarak adolesanların sağlık ihtiyaçları yüksek oranda karşılanmamıştır. Bu ihtiyaçların karşılanmadığı olasılıkla fark edilmiştir ve 17.05.2016 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Millî Eğitim Bakanlığı arasında "Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü" imzalanmıştır. Bu işlemin yıl içinde ASM'lerde yığılmalara sebep olmayacak şekilde yapılması önerilmiştir (70).

5.2 Sıfır-9 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık İhtiyaçları

Çalışmamızda, doğum yerleri sorulan çocukların hepsi hastanede doğmuştur. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'deki doğumların %97'si, Batı Marmara ve Doğu Marmara'da doğumların tamamı sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir.

Çalışmamızda katılımcı çocukların %97'sinin aşıları tam olarak yapılmıştır. TNSA-2013 verilerine göre %74 çocuğa önerilen aşılar tam olarak yapılmıştır. Çalışmamızda aşılanma oranının yüksek olmasının sebebi, çalışmanın yapıldığı EASM'ye kayıtlı ailelerin eğitim düzeylerinin Türkiye ortalamasının üstünde olması olabilir. Topal ve arkadaşlarının Türkiye genelinde 0-6 yaş aralığındaki çocuklara

yönelik yaptığı çalışmada (2017) ise aşılanma oranı %91,1 çıkmıştır (43). Bu oran bizim çalışmamızdaki orana daha yakındır ancak bizim çalışmamızdaki aşılanma oranının yüksek olması çalışmamızın tek bir ASM'de yapılması, Türkiye'yi temsil etmemesi olabilir.

Çalışmamızda topuk kanının %100 oranında alındığı saptanmıştır. Topal ve arkadaşları (2017) da %96,8 oranında topuk kanı alındığı saptamıştır. Bu oran da bizim bulduğumuz orana yakın olmakla beraber bizim çalışmamızın Türkiye'yi temsil etmemesi, eğitim durumu yüksek bir bölgede yapılması ve çalışmamıza katılan çocukların hepsinin hastanede doğmasına bağlı bulduğumuz oran yüksek olabilir.

Katılımcı çocukların %95,9'unun boyu, %96,2'sinin kilosu, %100,0'ünün baş çevresi en az 1 defa ölçülmüştür. TNSA-2013 verilerine göre 5 yaş altındaki tüm çocukların boy ve ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Topal ve arkadaşları (2017) %91,9 oranında boy ölçümü, %93,1 oranında kilo ölçümü yapıldığını saptamıştır. Çalışmamızda boyu ve kilosu ölçülmeyen çocukların tamamı 3-9 yaş aralığındaki çocuklardır. Sıfır-2 yaş aralığındaki çocuklarının tamamının boy, kilo ve baş çevresi ölçülmüştür. Aşılar için performans uygulanması aşılanma oranını artırmakta ve sağlık çalışanlarının aşılamayı fırsat bilip çocukların boy-kilosuna bakması, aynı zamanda bu yaş grubu çocukların ailelerinin de merakı bu yüksek oranın sebebi olabilir. Ne yazık ki 3-9 yaş aralığında çocuklar ASM'lere çağırılmamakta ve boy-kilo ölçümü konusunda az da olsa eksiklikler yaşanmaktadır.

Çalışmamızda kalça USG yaptırma oranı %83,6 olarak bulunmuştur. Köse ve arkadaşlarının Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yaptıkları bir çalışmada (2006) 2002-2005 tarihleri arasında doğan ve ailelerine GKD açısından kalça USG önemi anlatılan 1440 yenidoğanın %67,7'si kalça USG randevusuna getirilmiştir (71). Çalışmamızda kalça USG yaptırılma oranının yüksek olması, 2005 tarihinden sonra aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ve ailelere kalça USG öneminin aile hekimi/aile sağlık elemanlarınca anlatılması olabilir. Çünkü Topal ve arkadaşları (2017) kalça USG yaptırma oranını %79,6 olarak saptamıştır. Bu da bizim çalışmamıza oldukça yakındır.

Çalışmamızda %97 oranında işitme taraması yaptırıldığı saptanmıştır. Topal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2017) işitme taraması yaptırma oranı %92,0

olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda yaşları 1'in üzerinde olan 2 çocuğun ebeveyni taramayı yaptırıp yaptırmadığını hatırlamamaktadır. Bu durum taramaların üzerinden zaman geçmesine bağlı olabilir. Ülkemizde işitme taramaları 2005 yılından beri sistemli bir şekilde uygulanmaktadır.

Kırmızı refle testi tüm dünyada önerilir ancak, testin uygulanması ile ilgili geniş varyasyonlar vardır. İsrail'de yenidoğan ünitesinde yapılan anket çalışmasında, 26 ünitenin yalnızca 12 ünitesinde, kırmızı refle testi uygulaması yapıldığı bildirilmiştir (72). İngiltere'de 1995-1996 yıllarında yapılan bir çalışmada katarakt olgularının yarısından azının 8 haftalıktan daha küçük bebeklerde yapılan taramalar ile yakalandığı belirtilmiştir (73). Ülkemizde kırmızı refle testi ile ilgili bir çalışma şu ana kadar bildirilmemiştir. Biz çalışmamızda ailelere, çocuklarına ışıkla göz muayenesi yapılıp yapılmadığını sorduk ve bu taramanın %65,6 oranında yapıldığını saptadık. Ailelerin soruyu tam olarak anladığından veya doğru cevapladığından emin olmak mümkün değildir. Çocuk Hastalıkları veya Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin kırmızı refle testi uygulamasını ne ölçüde yapabildiği bilinmemektedir. Ülkemizde ailelerin aile sağlığı elemanınca yapılan aşılardan sonra doktor tarafından muayene edilmeden ASM'den ayrılması mümkün olabilir.

Çalışmamızda takviye vitamin kullanma oranı %83,6 olarak bulunmuştur. Topal ve arkadaşları (2017) ise %73,2 oranında destek ilaç verildiğini saptamışlardır. Biz çalışmamızda demir ve d vitamini kullanımını sorguladık. Topal ve arkadaşlarının çalışmasında destek ilaçların içerikleri belirtilmemiştir. Onların da demir ve d vitamini kullanımını sorguladıklarını düşünmekteyiz.

Biz çalışmamızda çocukların gelişiminin %82,9 oranında muayene edildiğini saptadık, Topal ve arkadaşları (2017) ise %65,8 oranında gelişimsel değerlendirme yapıldığını saptamıştır. Çalışmamızda, annesi eğitimli olan ve pediatrist tarafından takip edilen çocukların gelişimleri anlamlı olarak daha sıklıkla muayene edilmektedir ($p=0,002$, $p<0,001$). Bu durum eğitimli annelerin gelişimi daha çok sorgulamasına ve pediatristlerin muayeneye daha çok vakit ayırabilmelerine bağlı olabilir. Aile hekimlerinin de muayenelere daha çok vakit ayırabilmesi için kendilerine bağlı nüfusun azaltılması benzeri önlemler alınabilir.

Çalışmamızda %49,5 çocuğun görme keskinliği muayenesinin yapıldığı belirtilmiştir. Ülkemizde kırma kusuru oranın %10 civarında olduğu bilinmektedir (74). Kalyoncu ve arkadaşlarının Eskişehir'de ilköğretim öğrencilerine yaptığı başka bir çalışmada ise (2011) öğrencilerin %10,5'inde kırma kusuru saptanmıştır. Çelikay ve arkadaşlarının Ankara'da ilköğretim öğrencilerine yaptığı göz sağlığı taramasında (2016) katılımcıların %23,6'sında göz hastalığı tespit edilmiştir (75). Kırma kusuru okul başarısı ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkileyen ve okul çağındaki çocuklarda sık rastlanan bir problemdir. Bu sebeple çocukluk çağında göz sağlığı taramaları önem arz etmektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin %49,4'üne çocuklarının beslenmesi ile ilgili genel bilgi verilmiş, %10,6'sına yaşına uygun yemek şema tarifi verilmiştir. Anne eğitim düzeyi arttıkça beslenme bilgisi anlamlı olarak daha sık verilmiştir (p=0,024). Bu bulgu, eğitimli annelerin diğerlerine oranla beslenme ile ilgili daha sıklıkla bilgi istemiş olmalarına bağlı olabilir. Topal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2017) ise katılımcıların %76,4'üne yaşına uygun beslenme önerilerinde bulunulmuştur. Bu öneriler sözlü öneri olabilir. Aynı çalışmada gelir düzeyi düşük ailelerin çocuklarını sağlam çocuk izlemine getirme oranı %21,3, gelir düzeyi yüksek ailelerin çocuklarını sağlam çocuk izlemine getirme oranı %45,4 olarak saptanmıştır. Ülkemizde sağlam çocuk izlemi oranı istenen düzeyde olmadığından ayrıntılı beslenme önerileri de verilemiyor olabilir.

Amerika Pediatri Akademisi diş çıkarma döneminden 5 yaşına kadar çocukların ailelerine diş sağlığı ile ilgili bilgilerin verilmesini önermektedir (37). Ancak çalışmamızda %31,6 katılımcının ailesine diş sağlığı ile ilgili bilgi verilmiş ve sadece %14,1'ine florlu diş macunu önerilmiştir. Pediatristler tarafından takip edilen çocuklara anlamlı olarak daha sıklıkla diş sağlığı bilgisi verilmiştir (p=0,013). Yapılan çalışmalarda, ailenin sosyoekonomik düzeyinin, eğitim seviyesinin, ağız hijyeni ile alakalı bilgi düzeyinin, ağız hijyen alışkanlıklarının, çocukların çürük prevalansını ve insidansını etkilediği gösterilmiştir (76,77). Süt dişleri besinlerin sindirilmesinde, alttaki gerçek dişlerin travmadan korunmasında, alttaki dişlerin düzgün yerlerden çıkmasında, çiğnemede, çene-yüz gelişiminde, konuşma ve diksiyon için gerekli ve önemlidir. Bu konu ile ilgili çeşitli önlemler alınabilir. Örneğin sağlık çalışanlarının belli aralıklarla okullara gidip hatırlatma yapması yararlı olabilir.

Çalışmamızda yalnızca %17,5 oranında aile, kazalardan korunma ile ilgili bilgilendirildiklerini belirtmiştir. Süt çocukluğu döneminden sonraki ölümlerin yaklaşık %45'inden kazalar sorumludur (78). TUİK verilerine göre 1-17 yaş aralığında ölen 6477 çocuğun %29 (n=1909)'u kaza ve zehirlenmeler sebebi ile hayatını kaybetmiştir. Kaza sebebi ile ölen çocukların %25 (481)'i 1-4 yaş, %44 (849)'ü ise 5-14 yaş aralığındadır (65). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ailelerin kazalardan korunma bilgilerinin yetersiz olduğu ve çocukların kaza geçirme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (79,80). Ayrıca pediatrist tarafından takip edilen çocuklara kazalardan korunma bilgisi daha sıklıkla verilmektedir (p=0,016). Bu durum pediatristlerin çocuklarla daha çok karşılaştığından konuya daha hakim olmalarına veya muayene sırasında danışmanlığa daha çok vakit ayırmalarına bağlı olabilir. Çünkü aile hekimleri muayene sırasında bakanlığa bildirim gibi bilgisayar işlemleri ile de uğraşmaktadırlar.

Çalışmamıza dahil edilen çocukların sadece 116 (%44,1)'sının üreme organları muayene edilmiştir. Ve erkeklerin muayenesi kız çocuklarına göre anlamlı olarak daha sıklıkla yapılmaktadır (p<0,001). Bunun sebebi doktorların testis ve penis muayenesini, vagina muayenesine göre daha iyi bilmeleri, ailelerin erkek çocukların ürogenital sistem muayenesine daha çok önem verip, kontrol edilmesini istemeleri veya inmemiş testisin toplumda çok sık görülmesi ve kontrolünün istenmesine bağlı olabilir. Pediatristler, üreme organı muayenesini diğer hekimlere göre daha sıklıkla yapmaktadır (p=0,004). Bu durum pediatristlerin muayeneyi daha iyi bilmelerine veya fizik muayeneye aile hekimlerine kıyasla daha çok vakit ayırmalarına bağlı olabilir.

Çalışmamızda sadece %12,2 oranında çocuğa, okulda arkadaşları ile ilişkisi sorulmuştur. Çocukların 21(%10,7)'ine okul başarısı, 24(%12,2)'üne okul dışı merak ve aktiviteleri sorulmuştur. Bu konular henüz bakanlığın bebek, çocuk, ergen izlem protokolünde de yer almamaktadır ancak AAFP bu soruların da sağlam çocuk izleminde sorulmasını önermektedir (37).

Çalışmamızda ailelere özel bir branşta doktora ihtiyaç duyup duymadıkları ve ulaşım zorluğu sorulmuştur. Ailelerin %51,3'ünün yan dal hekimine ihtiyacı olmamıştır. İhtiyacı olan 128 ailenin 97(%75)'si doktorlara kolay ulaşmıştır. Bu, ülkemizde sevk zincirinin olmamasına bağlı olabilir. Yan dal hekimlerine kolay

ulaşmak olumlu bir sonuç gibi görünse de bu uygulamanın ileri derecede uzmanlık gerektiren bölümlerde gereksiz yoğunluğa sebep olacağı da unutulmamalıdır. Ayrıca 236 (%89,7) katılımcı, çocukları hastalandığında 24 saat içinde herhangi bir doktora ulaşabildiğini belirtmiştir. Bu, 18 yaşından küçük her bireyin Genel Sağlık Sigortasından faydalanması, acil ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ile ilişkili olabilir. Çocuklar hastalandığında en çok aile hekimine (%41,4) ve acil servise (%22,1) başvuru olmaktadır. Ailenin aylık geliri arttıkça özel hastaneye başvuru anlamlı olarak daha sık yapılmaktadır ($p<0,001$).

5.3 Araştırmanın Güçlü Yanları

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi için önemli olan birinci basamakta, EASM'de yapılmış olması araştırmanın güçlü yanlarından biridir. Araştırmanın bulguları, 0-18 yaşındaki bireylere yönelik sağlık hizmetlerinde eksik olan, önem verilmesi gereken konulara dair fikir vermektedir. Ülkemizde 0-18 yaşındaki bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarına yönelik çalışmaya, araştırmanın planlanması aşamasında rastlanılmamıştır. Çalışmanın bulguları bu nedenle dikkat çekicidir.

5.4 Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Bu yüzden neden sonuç ilişkisi tespit edilememiştir. Ayrıca, Tuzla EASM'de devam eden nüfus kayıtları sebebi ile bir evren ve örneklem belirlenememiştir. Çalışma verisi katılımcıların beyanı doğrultusunda toplandığından, hafıza faktörüne bağlı hata olabilir. Bir diğer kısıtlılık da verilerin yalnızca bir birinci basamak sağlık kuruluşundan toplanmış olmasıdır. Temsil niteliği olmamasından dolayı sonuçları ülkedeki tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarına genellenemez.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumun sağlık durumunun ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, verilecek sağlık hizmetinin içeriği ve kalitesi açısından oldukça önemlidir. Ayrıca toplumun sağlık ihtiyaçları periyodik olarak değerlendirilmelidir. Çünkü toplumun sağlık ihtiyaçları zaman içinde değişebilir. Böyle bir durumda yeni sağlık stratejileri planlanmalıdır.

Birinci basamağa başvuran 0-18 yaşındaki bireylerin karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacını belirleyebilmek için Sağlık Bakanlığının, AAFP ve USPSTF gibi diğer ülkelerin çocuk sağlığı ile ilgili önerilerinin büyük bir kısmı çalışmamızda sorgulanmıştır.

0-9 yaş aralığındaki bireylerin aşıları, taramaları, büyüme takibi yüksek oranda yapılırken, görme ve ürogenital sistem muayenesi, beslenme sağlığı ihtiyaçları daha az oranda karşılanmıştır. Kan basıncı ölçümü, diş sağlığı, kazalardan korunma, okul başarısı, arkadaşları ile ilişkisi, merak ve aktiviteleri ise neredeyse hiç sorgulanmamıştır. Bu veriler göz önüne alındığında performans uygulanan ihtiyaçların giderildiği ancak yaptırımı olmayan, öneri niteliğindeki sağlık ihtiyaçlarının karşılanmadığı anlaşılmaktadır. Negatif performansın, karşılanan sağlık ihtiyaçlarında işe yaradığı açıktır ancak her konuda negatif performans uygulamak sağlık çalışanlarını yıpratacağından, pozitif performansı tüm sağlık alanlarına yaymak daha etkili ve akıllıca olabilir.

10-18 yaş aralığındaki bireylerin sağlık ihtiyaçları yüksek oranda giderilmemiştir. Olasılıkla bu eksikliğin fark edilmesi sonucu imzalanan Okul Sağlığı Hizmetleri İş birliği Protokolü'nün ne derece faydalı olacağını anlamak için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Birinci basamakta hekim başına düşen nüfusun fazla olması sağlık ihtiyaçlarının karşılanmamasının sebeplerinden olabilir. Bu yüzden yeterli bir aile hekimliği uzmanlık eğitimine, yeteri kadar aile hekimliği uzmanına ve yeni sağlık stratejilerine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, 1948 Mcwhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği. 1.baskı ed. Güldal D, editor. Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Şti, 2012;194-214 p.
2. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. (https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
3. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi. (http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/metin134.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
4. T.C. Resmi Gazete, 27 Ocak 1995, sayı: 22184. (http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22184.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
5. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. (https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
6. Vitrinel A, Erdağ G. Sağlam Çocuk İzlemi. Türk Aile Hek Derg. 2007; 11(3): 101-106.
7. Aktan C, Işık K. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış (http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
8. Report of The International Conference on Primary Health Care, World Health Organization. AlmaAta 1987 -Primary Health Care- Geneva, 1978
9. Mcwhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği. 1.baskı ed. Güldal D, editör. Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Şti.; 2012. 193-214 p.
10. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems: Improving Performance. WHO. 2000. p. 215.
11. The world health report 2013. WHO World Heal Organ Press. 2013;146.
12. Fişek N. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerinde çalışmalar. Sağlık Dergisi 1963; 37(3) (http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.

13. T.C. Resmi Gazete, 12 Ocak 1961, sayı: 10705. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (http=//www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf) adresinden 27.112018 tarihinde erişilmiştir.
14. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği: pratisyen hekimlerin yaklaşımları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2002; 6(1): 36-41
15. Yardımcı Y, Akbıyık Dİ, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. TJFM&PC. 2016;10(2):81-90.
16. T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, sayı: 28539. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (http=//www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
17. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi. (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
18. T.C. Resmi Gazete, 9 Aralık 2004, sayı: 25665. Aile Hekimliği Kanunu. (http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258-20140102.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
19. T.C. Resmi Gazete, 30 Aralık 2010, sayı: 27801. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği (http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
20. Yurdakök M. Dünyada ve ülkemizde çocuk sağlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dergisi 2005; 48: 203-205.
21. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008. (https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/tsdp.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
22. Gür E. Sağlam Çocuk İzlemi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 35. 2003; 9-16.
23. Özmert E. Çocuk Sağlığı İzlemi. Katkı Pediatri Dergisi 2003; 25: 115-31.
24. Yalçın S. Büyümenin izlenmesi. Katkı Pediatri Dergisi 2003; 25: 43-61.

25. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Yenidoğan Tarama Programı. (https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11173,259822214447pdf.pdf?0) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
26. LaFranchi S. Hypothroidism. Nelson Textbook of Pediatrics, 2011 (19th edition): 1894-1901
27. Küçük Ö. Konjenital Hipotiroidi. Bozok Tıp Derg. 2012; 1: 25-29
28. MacGillivray M. Congenital Hypothroidism. Pescovitz OE, EA, editor. Pediatric Endocrinology'de. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins, 2004: 490-507
29. Zeybek ÇA. Fenilketonüri tarama programı. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi. 2003; 35: 65-71.
30. Thapar R, Venkatnarayan K. A case of biotinidase deficiency presenting as quadriparesis. Indian Journal of Clinical Practice. 2013; 24:7.
31. Tanyalçın T. Yenidoğanlarda biyokimyasal tarama testleri. Türk Biyokimya Dergisi. 2002;27(2):69- 78.
32. İşcan A, Altıntaş İ, Tatlı MM, Karazeybek AH. Biotidinaz eksikliği: Olgu sunumu. Harran Tıp Fak Der. 2004; 1 (4).
33. Afroze B, Wasay M. Biotinidase deficiency in Pakistanichildren; what needs to be known and done. Journal of Pakistan Medical Association. 2012; 62:312-3.
34. T.C Sağlık Bakanlığı. Temel Yenidoğan Bakımı. (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/cekus/docs/8-%20temel_yenidogan_bakimi.pdf) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
35. Genç A, Başar F, Kayıkçı E, Türkyılmaz D, Fırat Z, Duran Ö, Ulusoy Ö, Belgin E, ve ark. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 119-124.
36. Tosun B, Bulut M, Karakurt L, Belhan O, Serbest S. Gelişimsel Kalça Displazisi Taraması İçin Yapılan Kalça Ultrasonografisi Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Derg. 2010; 15(4): 178-183.
37. ABD Koruyucu Sağlık Bakımı Çalışma Grubu (US Preventive Services Task Force) (https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Tools/ConsumerInfo/Index/information-for-consumers) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
38. WHO. Global Immunization Data, July 2014 The web site: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/global_immunization_data.pdf?ua=1
39. Healthy People. Immunization and infectious diseases. (http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives/topic/immunization-andinfectious-diseases) adresinden 26.07.2018 tarihinde erişilmiştir.

40. Argüt N, Yetim A, Gökçay G. Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler. Çocuk Dergisi 2016; 16(1-2):16-24
41. Gençer M, Alıcıoğlu F, Arıca S, Arıca V. Yirmi dört-yetmiş iki Ay Çocukları olan Ebeveynlerin SosyoDemografik Özellikleri ve Rutin Dışı Aşılar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Doğu-Batı Karşılaştırması. Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(3):141-145
42. T.C Sağlık Bakanlığı. Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri. (https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/9010,bebek-cocuk-izlem-protokolleripdf.pdf?0) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
43. Topal Y, Topal H, İnanç B, Özkoç H. Türkiye'de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2017;4(2):6-10.
44. Arslan SÖ, Kaya ÇA, Ünalan PC, Akman M, Çifçili S, Uzuner A. İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Koruyucu Adolesan Sağlığı Yaklaşımında Kaçırılmış Fırsatlar. Turkish Family Physician. Yıl: 2015 Cilt: 6 Sayı: 1 / e-ISSN 2148-550X
45. Akman M, Akan H, İzbırak G, Tanrıöver Ö, Tilev SM, Yıldız A, Tektaş S, Vitrinel A, Hayran O. Eating patterns of Turkish adolescent: a cross-sectional survey. Nutrition Journal 2010;9:67.
46. TUİK; Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012. (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
47. Celermajer DS, Ayer JGJ. Childhood risk factors for adult cardiovascular disease and primary prevention in childhood. Heart 2006;92:1701-6.
48. Sun SS, Grave GD, Siervogel RM, ve ark. Systolic blood pressure in childhood predicts hypertension and metabolic syndrome later in life. Pediatrics 2007;119:237.
49. Brush LN, Monagle PT, Mackay MT, ve ark. Hypertension at time of diagnosis and longterm outcome after childhood ischemic stroke. Neurology 2013;20:1151-5.
50. Stabouli S, Kotsis V, Toumanidis S, ve ark. White-coat and masked hypertension in children: association with target-organ damage. Pediatr Nephrol. 2005;20:1151-5.
51. Kılıçkap M, Barçın C, Göksülük H, ve ark. Türkiye'de Hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Turk Kardiyol Dern Ars 2018;46(7):525-545
52. Stang J, Bayerl CT. Position of the American Dietetic Association: Child and adolescent food and nutrition programs. J Am Diet Assoc 2003; 103: 887-893.
53. Garipağaoğlu M, Sahip Y, Budak N, et al. Food types in the diet and the nutrient intake of obese and non-obese children. J Clin Res Ped Endo 2008; 1: 21-29.

54. Condon EM, Crepinsek MK, Fox MK. School Meals: Types of foods offered to and consumed by children at lunch and breakfast. J Am Diet Assoc 2009; 109: 67-78.
55. Ertan T.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 25. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62.Mart 2008 S:25-30.
56. Eating Disorders In Adolescents: Position Paper Of The Society For Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health 2003;33:496-503.
57. Bauman AE. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. J Sci Med Sport 2004;7:6-19.
58. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report from the Surgeon Genereal. Atlanta (GA): National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996. (http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/index.htm) adresinden 26.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
59. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnce Dİ, Tokgözoğlu L. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Turk Kardiyol Dern Ars. 2006;34(3)166-172.
60. Adolescent pregnancy. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/) adresinden 26.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
61. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Rapor 2013. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Yayın No: NEE-HÜ.14.01. (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.) adresinden 26.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
62. Gray-Swain MR, Peipert JF. Pelvic inflammatory disease in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006;18:503-10.
63. Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007;55(1):43-50
64. Şengezer T. Adolesanlarda Tütün Kullanımı. Apaydın Kaya Ç, editör. Adolesan Sağlığı "Koruyucu Hekimlik ve Erken Tanı"'da. 1. Basım, İstanbul: Medikal Akademi Yayınları,2015;281-291.
65. TUİK, Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Çocuk 2015. (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21521) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
66. Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL, et al. Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. Am J Epidemiol. 1992;135(7):792-802.

67. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, et al. Adolescent psychopathology I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III_R disorders in high school students. J Abnorm Psychol. 1993;102(1):133-144.
68. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35(7):865-977.
69. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996;53(4):339-348.
70. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Öğrenci Muayene/İzlem Formu. (https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11254,form-1-ogrenci--muayene--izlem-formu-bakanlik-yazisipdf.pdf?0) adresinden 27.11.2018 tarihinde erişilmiştir.
71. Köse N, Ömeroğlu H, Özyurt B, Akçar N, Özçelik A, İnan U, Seber S. Üç-dört haftalık bebeklerde yürütülen ultrasonografik kalça taraması programında üç yıllık deneyimimiz. Acta Orthop Traumatol Turc 2006;40(4):285-290
72. Litmanovitz I, Dolfin T. Red reflex examination in neonates: the need for early screening. Isr Med Assoc J 2010;12:301-2.
73. Rahi JS, Dezateux C. National cross sectional study of detection of congenital and infantile cataract in the United Kingdom: role of childhood screening and surveillance. The British Congenital Cataract Interest Group. BMJ 1999;318: 362-5.
74. Ceyhan D, Yaşar T, Çağlar Ç. Çocukluk Çağı Görme Kayıpları Azaltılabilir mi? Turk J Ophthalmol 2013; 43: 195-201.
75. Çelikay O, Çalışkan S, Acar M, Biçer T, Doğan A, Kabataş N, Arslan N, Köşker M, Gürdal C. İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Göz Sağlığı Taraması Sonuçlarımız. Turkiye Klinikleri J Ophthalmol 2016;25(4)
76. Smith RE, Badner VM, Morse DE, Freeman K. Maternal risk indicators for childhood caries in an inner city population. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 176-81.
77. Ramos-Gomez FJ, Weintraub JA, Gansky SA, Hoover CI, Featherstone JD. Bacterial, behavioral and environmental factors associated with Early Childhood Caries. J Clin Pediatr Dent 2002; 26: 165-73.
78. Rivana FP, Grossman D. Injury control. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics (18th ed)'de. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008: 256-263.

79. Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, Vehid Ethem H, Taviloğlu K. Epidemiologic and behavioral determinants in childhood injuries. ESSOP Annual Meeting 2003 October; Abstract Book, p.134.
80. Uğur Baysal S, Şahin S. Risk assessment for poisonings in children below the age of six. Toxicol Lett 2001; 123: 97-98.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

Ek-2 Etik Kurul Onay Formu

Ek-3 Bilgilendirme Formu

Ek-4 Gönüllü Onay Formu

EK-1: ANKET FORMU

1. Doğum Tarihi- (Gün / Ay / Yıl):
2. Cinsiyet

   □ Kadın □ Erkek
3. Yaşadığı Yer

   □ Tuzla □ Pendik □ Maltepe □ Diğer
4. Annenin eğitim durumu

   □ Okur-yazar değil □ Okur-yazar □ İlkokul □ Ortaokul □ Lise □ Üniversite
5. Babanın eğitim durumu

   □ Okur-yazar değil □ Okur-yazar □ İlkokul □ Ortaokul □ Lise □ Üniversite
6. Anne-baba sağ mı?

   □ Anne-baba sağ □ Anne sağ, baba ölü □ Baba sağ, anne ölü □ Anne-baba ölü
7. Anne-baba birlikte mi yaşıyor?

   □ Evet □ Hayır
8. Sağlık Güvencesi

   □ SSK □ Emekli Sandığı □ Bağ-Kur □ Özel sigorta □ Yok
9. Aylık gelir durumu

   □ 1370 tl ve altı □ 1370-4462 arası □ 4462 ve üzeri
10. Çocuğun bildiğiniz sürekli bir hastalığı var mı?

    □ Evet (……) □ Hayır
11. Çocuğun sürekli kullanması gereken bir ilaç var mı?

    □ Evet (……) □ Hayır
12. Çocuğun sürekli bir hastalığı var ise özel bakım gerektiriyor mu?

    □ Evet (……) □ Hayır
13. Çocuğun özel bakım gerektiren bir hastalığı var ise bu bakıma kolay ulaşabiliyor musunuz?

    □ Evet (……) □ Hayır

ÇOCUK 0-2 YAŞ ARASINDA İSE CEVAPLANACAK SORULAR

14. Çocuğunuzu hangi doktora takip ettiriyorsunuz? (1'den fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

    □ Aile Hekimi □ Uzman Aile Hekimi □ Çocuk Doktoru □ Diğer (……)

15. Çocuğunuzun doğumu nerede oldu?

    □ Evde □ Hastanede □ Diğer (…...)

16. Bu yaşına kadar olması gereken tüm aşıları yapıldı mı?

    □ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

17. Çocuğunuzdan topuk kanı alındı mı?

    □ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

18. Çocuğunuzun boyu ölçüldü mü?

    □ Evet, 1 kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

19. Çocuğunuzun kilosu ölçüldü mü?

    □ Evet, 1kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

20. Çocuğunuzun baş çevresi ölçüldü mü?

    □ Evet, 1 kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

21. Çocuğunuzun tansiyonu ölçüldü mü?

    □ Evet 1 kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

22. Çocuğunuza Kalça USG (ultrason) yapıldı mı?

    □ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

23. Çocuğunuz işitme açısından tarandı mı?

    □ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

24. Çocuğunuza ışıkla göz muayenesi yapıldı mı?

    □ Evet , 1 kez □ Evet, 1'den fazla kez

    □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

25. Çocuğunuza demir, d vitamini takviyesi önerildi mi, kullandınız mı?

    □ Hayır, önerilmedi, kullanmadım

    □ Evet, önerildi, kullandım

    □ Evet, önerildi, kullanmadım

    □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

26. Gelişimi için muayene edildi mi?

    □ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

    (Gelişim: Başını kaldırma, -sese tepki verme, -gülümseme, -başını dik tutabilme, -gözleri ile nesneleri takip edebilme, -tek başına oturma, -kendi başına yemek yeme, -konuşma-yürüme gibi)

27. Gelişimi için muayene edildi ise bunu hangi doktor muayene etti?

    □ Aile Hekimi □ Çocuk Doktoru □ Diğer (…...)

28. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun yaşına uygun beslenmesi ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet, genel bilgi verildi. □Evet, yaşına uygun yemek şema tarifi verildi □ Hayır

29. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun diş sağlığı ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

30. Doktorunuz, çocuğunuza florlu diş macunu önerdi mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

31. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun kazalardan korunması hakkında bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

32. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun üreme organları muayene edildi mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

33. Çocuğunuzun şimdiye kadar özel bir branşta hekim muayenesine ihtiyacı oldu mu, bu hekime kolay ulaştınız mı?

□ İhtiyacım oldu, fakat kolay ulaşamadım

□ İhtiyacım oldu, kolay ulaştım

□ Hayır, hiç ihtiyacım olmadı

34. Çocuğunuz hastalandığında ne kadar sürede doktora ulaşabiliyorsunuz?

□ 24 saat içinde

□ 24-72 saat içinde

□ 1 hafta içinde

□ daha uzun sürede

35. Çocuğunuz hastalandığında en sık nereye başvurursunuz?

□ Acil □ Aile Hekimi □ Çocuk Doktoru □ Özel hastane acili veya Çocuk doktoru

ÇOCUK 3-9 YAŞ ARASINDA İSE CEVAPLANACAK SORULAR

36. Çocuğunuzu hangi doktora takip ettiriyorsunuz? (1'den fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

□ Aile Hekimi □ Uzman Aile Hekimi □ Çocuk Doktoru □ Diğer(……)

37. Çocuğunuzun doğumu nerede oldu?

□ Evde □ Hastanede □ Diğer(…….)

38. Bu yaşına kadar olması gereken tüm aşıları yapıldı mı?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

39. Çocuğunuzun boyu ölçüldü mü?

□ Evet, 1 kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

40. Çocuğunuzun kilosu ölçüldü mü?

□ Evet, 1kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

41. Gelişimi için muayene edildi mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

(Gelişim: Başını kaldırma,-sese tepki verme,-gülümseme,-başını dik tutabilme,-gözleri ile nesneleri takip edebilme,-tek başına oturma,-kendi başına yemek yeme,-konuşma-yürüme gibi…..)

42. Gelişimi için muayene edildi ise bunu hangi doktor muayene etti?

□ Aile Hekimi □ Çocuk Doktoru □ Diğer(…….)

43. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun görme keskinliği muayenesi yapıldı mı?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

44. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun yaşına uygun beslenmesi ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet, genel bilgi verildi. □Evet, yaşına uygun yemek şema tarifi verildi □ Hayır

45. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun diş sağlığı ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

46. Doktorunuz, çocuğunuza florlu diş macunu önerdi mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

47. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun kazalardan korunması hakkında bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

48. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun üreme organları muayene edildi mi?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

49. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun okulda arkadaşları ile ilişkisi soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

50. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun okul başarısı soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

51. Doktorunuz tarafından, çocuğunuzun okul dışındaki merak ve aktiviteleri soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum, Hatırlamıyorum

52. Çocuğunuzun şimdiye kadar özel bir branşta hekim muayenesine ihtiyacı oldu mu, bu hekime kolay ulaştınız mı?

□ İhtiyacım oldu, fakat kolay ulaşamadım

□ İhtiyacım oldu, kolay ulaştım

□ Hayır, hiç ihtiyacım olmadı

53. Çocuğunuz hastalandığında ne kadar sürede doktora ulaşabiliyorsunuz?

□ 24 saat içinde

□ 24-72 saat içinde

□ 1 hafta içinde

□ daha uzun sürede

54. Çocuğunuz hastalandığında en sık nereye başvurursunuz?

□ Acil □ Aile Hekimi □ Çocuk Doktoru □ Özel hastane acili veya Çocuk doktoru

ÇOCUK 10-18 YAŞ ARASINDA İSE CEVAPLANACAK SORULAR

55. Doktorunuz tarafından 10-18 yaş arasında boy-kilo ölçümü yapıldı mı?

□ Evet, 1 kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır

56. Doktorunuz tarafından 10-18 yaş arasında tansiyon ölçümü yapıldı mı?

□ Evet, 1 kez □ Evet, 1'den fazla kez □ Hayır

57. Doktorunuz tarafından fiziksel-cinsel büyüme-gelişme hakkında bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

58. Doktorunuz tarafından kişisel hijyenle alakalı bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

59. Doktorunuz tarafından beslenme ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

60. Doktorunuz tarafından kilonuzdan memnun olup olmadığınız soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

61. Doktorunuz tarafından fiziksel aktivite ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

62. Doktorunuz tarafından üreme sağlığı ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

63. Doktorunuz tarafından gebelikten korunma yolları hakkında bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

64. Doktorunuz tarafından, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayla ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

65. Doktorunuz tarafından sigara, nargile, diğer tütün ürünleri kullanımı ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

66. Doktorunuz tarafından alkol kullanımı ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

67. Doktorunuz tarafından madde kullanımı ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

68. Doktorunuz tarafından kaza ve yaralanmalar hakkında bilgilendirildiniz mi?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

69. Doktorunuz tarafından trafikte emniyet kemeri takıp takmadığın soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

70. Doktorunuz tarafından kavgaya karışıp karışmadığınız soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

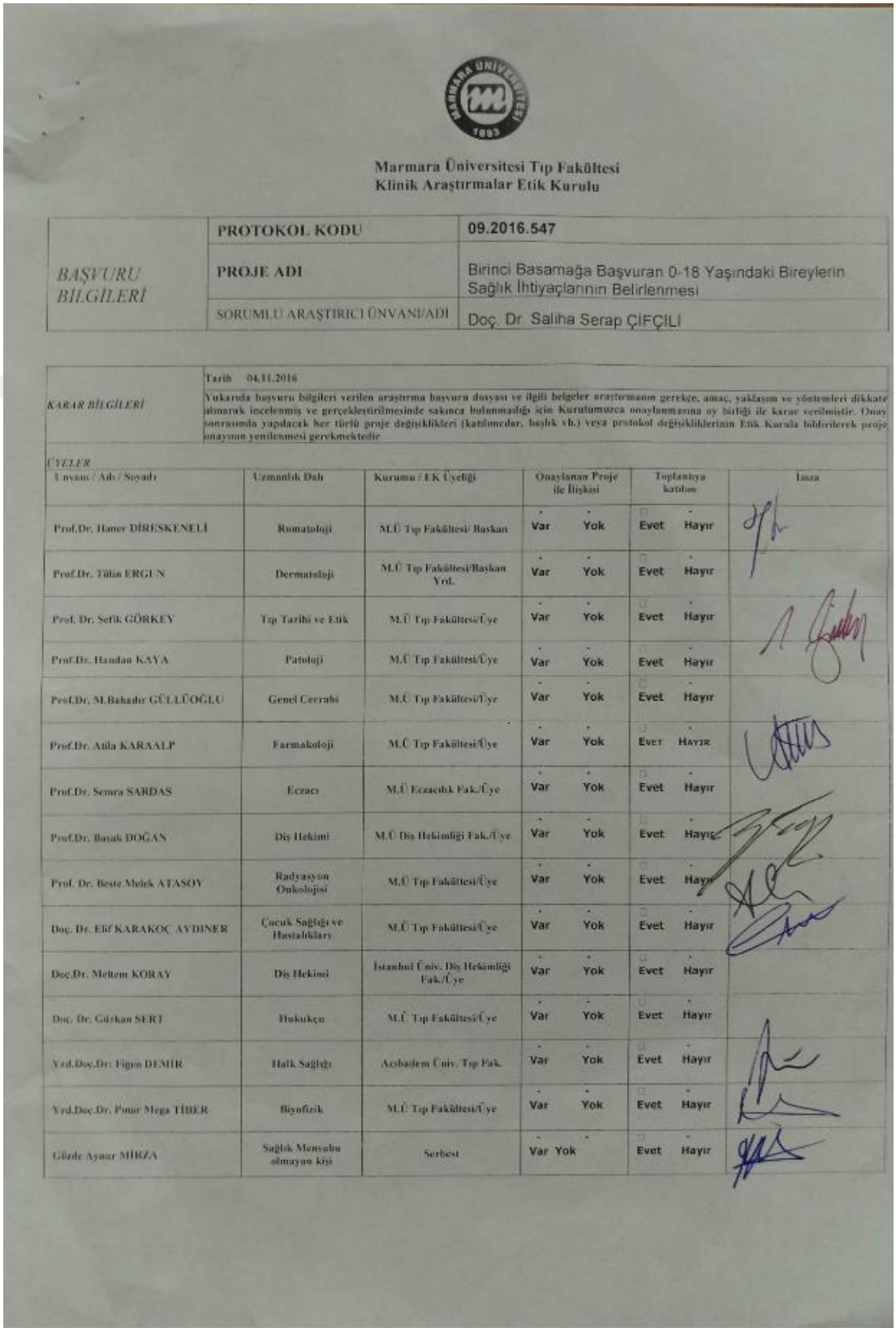
71. Doktorunuz tarafından şiddete maruz kalıp kalmadığınız soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

72. Doktorunuz tarafından kendinizi nasıl hissettiğiniz soruldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Hatırlamıyorum

Ek-2: ETİK KURUL ONAY FORMU



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2016.547
	PROJE ADI	Birinci Basamağa Başvuran 0-18 Yaşındaki Bireylerin Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr Saliha Serap ÇIFÇILI

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 04.11.2016 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Hamer DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Sefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAS	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek-3: BİLGİLENDİRME FORMU

"Birinci Basamağa Başvuran 0-18 Yaşındaki Bireylerin Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi"

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tuzla e-ASM'ye başvuran 0-18 yaşındaki bireylerin sağlık ihtiyaçlarının tespit edilmesidir. Bu amaçla sizden bir anket doldurmanız istenecektir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır.

Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. Merve KAYAN'a 0 537 297 01 09 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

Ek-4: GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Araştırmacılar tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı olan Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma hakkında soruların olması durumunda ulaşabileceğim bir iletişim telefonu ve imzalamış bulunduğum bu form kağıdının bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün;
Adı-soyadı:
Adresi: (varsa telefon no)
İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı-soyadı:
İmza: