T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

PRETERM BEBEKLERİN İZLEMLERİNDE AİLE HEKİMLERİNİN YAKLAŞIMLARI: İSTANBUL ÖRNEĞİ

Dr. ZAFER EREN COŞKUN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019

BEYAN

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

19.06.2019

Dr. Zafer Eren COŞKUN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimi, bilgisi, tecrübesi, sabrı ve enerjisi ile her zaman ileriye taşıyan ve tez çalışmamın gerçekleşmesinde çok emeği geçen değerli danışman hocam ***Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye;***

Sadece uzmanlık eğitimimde değil aynı zamanda öğrenciliğim süresince de bilgilerini ve deneyimlerini her fırsatta benimle paylaşarak eğitimime yapmış oldukları eşsiz katkıları için değerli hocalarım ***Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan'a, Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, Prof. Dr. Mehmet Akman'a ve Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya;***

Uzmanlık tezim için değerli vakitlerinden ayırarak çalışmaya dahil olan ve bilgilerini paylaşmaktan çekinmeyen tüm meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim sırasında desteklerini ve yardımlarını hiçbir zaman eksik etmeyen saygıdeğer tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma;

Büyük özveriyle çalışan, üç yıl boyunca huzurlu bir ortamda çalışmamda büyük katkıları olan Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Evde Sağlık Hizmetleri çalışanlarına;

Çalışmamın yürütülmesinde bir an olsun fikirlerini ve desteğini eksik etmeyen değerli arkadaşım ***Nida Ayhan'a;***

Eğitim ve tez çalışmam süresince her zaman sevgi ve destekleri ile yanımda olan, annem ***Nilgün Coşkun*** ve babam ***Mehmet Ali Coşkun'a;*** abim ***Murat Ergin Coşkun'a;***

Varlığıyla hayatımın her anını özel kılan ve tez çalışmam boyunca, sabır ve anlayış gösteren sevgili eşim ***Olcay'a;***

En büyük şansım ve en güzel hediyem oğlum ***Arel'e*** en içten duygularımla teşekkür ederim.

Dr. Zafer Eren Coşkun

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KAPAK……..i

BEYAN……1

TEŞEKKÜR……..2

İÇİNDEKİLER……..3

TABLO LİSTESİ……..7

ŞEKİLLER……...8

KISALTMALAR……9

1. ÖZET ……...…10

2. ABSTRACT ……..…….13

3. GİRİŞ VE AMAÇ ……..……....16

4. GENEL BİLGİLER ……..……...……18

4.1 Preterm Tanımı ……..…...……...…18

4.2 Erken Doğumun Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri……19

4.3 Bir Sağlık Sorunu Olarak Dünyada Ve Türkiye' de Prematürite ……20

4.4 Prematüritenin Aile Ve Toplum Üzerine Etkileri…….…….21

4.5 Preterm Bebek Ve Çocuk İzlemleri……...……22

4.5.1 Bütüncül İzlem Modeli……23

4.5.2 Riskli Bebeklere Yönelik Evde Bakım Hizmetleri……..…23

4.6 Preterm Bebeklerde İzlem Programı…….…24

4.6.1 Büyüme Ve Beslenme İzlemi……..24

Sayfa No

4.6.2 Nörogelişimsel İzlem……...…26

4.6.3 İşitme İzlemi……26

4.6.4 Oftalmolojik İzlem……..…27

4.6.5 Bağışıklama…….27

4.6.6 Pretermlerin Sık Karşılaşılan Sağlık Sorunları……29

4.6.6.1 Bronkopulmoner Displazi……..…29

4.6.6.2 Prematür Apnesi……30

4.6.6.3 Ani Bebek Ölüm Sendromu……..…30

4.6.6.4 Osteopeni……...31

4.6.6.5 Umbilikal Ve İnguinal Herni……..…31

4.6.6.6 Ağız Ve Diş Sağlığı Sorunları……...……32

5. GEREÇ VE YÖNTEM……32

5.1 Araştırmanın Tipi ve Yeri ……..…32

5.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi ……...……33

5.3 Çalışmanın Dâhil Olma Kriterleri ……..…..33

5.4 Çalışmadan Dışlama Kriterleri ……...33

5.5 Araştırmanın Veri Toplama Araçları ……..…….33

5.6 Araştırmanın Kısıtlılıkları…….……35

5.7 İstatistiksel Analiz …….……..37

5.8 Araştırmanın Etik Kurul Onayı……..……..…….38

6. BULGULAR …….……38

Sayfa No

6.1 Demografik özellikler……...…39

6.2 Birimlerin Nüfus Özellikleri…….40

6.3 Hizmet Alınan Kurumlar ve Sevkler……43

6.4 Aile Hekimlerinin Eğitim Alma Durumları……...…45

6.5 Preterm Bebeklere Yönelik Evde Bakım Hizmeti ……..….45

6.6 Tutumlar ve Eğitim İhtiyacı……...…46

6.7 Öz Yeterlilikler ve Genel Öz Yeterlilik……....47

6.8 ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle İlişkisi…….50

6.8.1 Sağlık Sorunları İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle ilişkisi ……..50

6.8.2 Bağışıklama Hizmetleri İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle ilişkisi ……...…51

6.8.3 Sağlık İzlemi İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle İlişkisi……..…52

6.8.4 Sevk Sıklığının Hekimin Diğer Özellikleri İle Karşılaştırılması

6.9 Hekimlerin Teorik Ya Da Pratik Eğitim Alma Durumlarının Farklı Değişkenlerle Karşılaştırılması……54

6.10 Bağımlı Değişkenler Arasında Korelâsyon Analizi…….....56

7. TARTIŞMA VE SONUÇ ……..…….60

7.1 Çalışmanın Güçlü Yanları…….70

7.2 Çalışmanın Kısıtlılıkları……....70

7.3 Sonuç……..……71

8. REFERANSLAR…….73

Sayfa No

9. EKLER ……..……..…83

9.1 Ek-1 Preterm Bebeklerin İzlemlerinde Aile Hekimlerinin Yaklaşımları; İstanbul Örneği Anketi ……...83

9.2 Ek-2 Etik Kurul Onayı……...…87

9.3 Ek-3 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzni……88

9.4 Ek-4 Gönüllü Bilgilendirme Formu ……..……89

9.5 Ek-5 Gönüllü Onay Formu ……..…….91

10.ÖZGEÇMİŞ……....……91

Sayfa No

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Gestasyon Haftasına Göre Prematür Bebeklerin Sınıflandırılması……..18

Tablo 2. Doğum Ağırlığına Göre Prematür Bebeklerin Sınıflandırılması…….....19

Tablo 3. Erken Doğumun Nedenleri……...……20

Tablo 4. İstanbuldaki İlçelerin İnsani Gelişme Endeksi Düzeyleri……..…..36

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri-I……..…….39

Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özellikleri-II…….……39

Tablo 7. Katılımcıların Görev Yapmakta Oldukları İlçeler……...…….40

Tablo 8. Birimlere ait nüfus özellikleri……..…….41

Tablo 9. Son 1 yılda gerçekleşen preterm doğumlar……..41

Tablo 10. İlçelere göre preterm doğum oranları…….42

Tablo 1. İGE Gruplarına göre preterm bebek oranları……..…..43

Tablo 12. Sağlık Sorunları, İzlemleri Ve Bağışıklama İçin Hizmet Alınan Sağlık Kurumları……44

Tablo 13. Sevk edilen preterm bebeklerde en sık karşılaşılan sağlık sorunları……..45

Tablo 14. Hekimlerin teorik ya da pratik eğitim alma durumları…….……..45

Tablo 15. Tutum, Eğitim İhtiyacı, Verilen Hizmetler Hakkındaki Görüşler……..47

Tablo 16. Aile hekimlerinin preterm bebek izlemleri ile ilgili bilgi ve beceri durumları……..48

Tablo 17. Hekimlerin İzlemlere Yönelik Bilgi ve Becerilerdeki Öz Yeterlilik Durumları……49

Tablo 18. GÖY skorlarının uzmanlık durumu ve eğitimi alma durumu ile ilişkisi ……52

Sayfa No

Tablo 19. Sağlık Sorunları İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle ilişkisi……...……51

Tablo 20. Bağışıklama Hizmetleri İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle ilişkisi…….…..52

Tablo 21. Sağlık İzlemi İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle İlişkisi……..53

Tablo 22. Sevk Sıklığının Hekimin Diğer Özellikleri İle Karşılaştırılması……54

Tablo 23. Hekimlerin Teorik Eğitim Alma Durumları İle Demografik Özelliklerinin, Tutumlarının Ve GÖY Skorlarının Karşılaştırılması- I……..…55

Tablo 24. Hekimlerin Teorik Eğitim Alma Durumları İle Demografik Özelliklerinin, Tutumlarının Ve GÖY Skorlarının Karşılaştırılması- II……56

Tablo 25. Bağımlı Değişkenler Arasında Korelâsyon Analizi……...……58

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Aile hekimlerinin preterm bebek ve çocukları sevk etme sıklıkları……..44

Şekil 1. Şekil 2. Preterm bebek ve çocuklara yönelik evde sağlık hizmeti verme sıklıkları……..46

Şekil 3. İzlem hizmetinin yeterli bulunma durumu ile GÖY skorları arasındaki korelâsyon grafiği……...…59

Şekil 4. Preterm bebek ve çocuk izlemlerinin birinci basamakta yapılabileceğini düşünme durumları ile GÖY skorları arasındaki korelâsyon grafiği…….….59

Şekil 5. Miller'ın Ustalık Piramidi……60

KISALTMALAR DİZİNİ

AH	Aile Hekimi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ADDA	Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BCG	Bacille Calmette Guerin
BPD	Bronkopulmoner Displazi
ÇDDA	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı
DDA	Düşük Doğum Ağırlıklı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GÖY	Genel Öz Yeterlilik
GY	Gestasyon Yaşı
HBsAg	Hepatit B Yüzey Antijeni
HBV	Hepatit B Virüsü
ROP	Retinopathy of Prematurity
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
YDYBB	Yenidoğan Yoğun Bakım Birimi
YÖY	Yüksek Öz Yeterlilik
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

Preterm Bebeklerin İzlemlerinde Aile Hekimlerinin Yaklaşımları: İstanbul Örneği

Öğrencinin Adı: Zafer Eren Coşkun

Danışmanı: Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili

Anabilim Dalı: Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Giriş ve Amaç: Son yıllarda bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak yenidoğan yoğun bakım birimlerinde (YDYBB), erken doğmuş bebeklerin hastalık ve ölüm oranları azalırken, bu bebeklere özgü erken dönemde ortaya çıkan sağlık sorunlarının yanında takipte gelişen sorunların görülme sıklığı da artmıştır. Ülkemizde bu hasta grubunun taburculuk sonrası takip programları ve izlemleri ile ilgili geniş kabul görmüş standart bir uygulama henüz oluşturulamamıştır. Bu durum, Türkiye'de aile hekimlerine; preterm doğumun hem erken dönemde hem de uzun vadede bebeğe getireceği sağlık sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi, tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik girişimlerin yönlendirilmesi, ebeveynlerin, bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gibi sorumluluklar getirmektedir. Birinci basamağa özgü standartların oluşturulabilmesi için preterm bebeklerin izlemlerinin birinci basamakta nasıl yürütüldüğüne ilişkin verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapan aile hekimlerinin, preterm bebeklerin izlemleri, preterm bebeklerde karşılaşılan sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarına birinci basamaktaki yaklaşımları konularındaki bilgi ve tutumlarının ortaya konulması varsa farklı yaklaşımlarının ya da eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Veri toplama süreci 1 Mart 2019 - 1 Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul'un tüm ilçelerinden, örneklem grubuna dâhil olan ve en az 1 yıldır ASM'de çalışmakta olan toplam 440 aile hekimine ulaşılarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin, hizmet vermekte oldukları nüfusun özelliklerinin,

preterm bebeklerde sık karşılaştıkları sağlık sorunlarının ve bu sorunlara yaklaşımlarının yanında preterm bebek ve çocuk izlemleri ile ilgili bazı bilgi ve becerilerdeki öz yeterliliklerinin ve eğitim ihtiyaçlarının değerlendirildiği anket formu uygulanmıştır. Elde edilen veriler ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı analizler yapılarak $p< 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan aile hekimlerinin; % 11,8'i (52 kişi) uzman aile hekimi, meslekteki görev süreleri ortanca 17 yıl (min:1, max: 45) olarak bulunmuştur. Son 1 yılda; toplam 440 aile hekimliği biriminde kesin kayıtlı olan 0-1 yaş arasındaki 26725 bebeğin; 1614 (% 6,20)'ünün preterm olarak dünyaya geldiği; tek birime düşen yıllık ortanca preterm doğum sayısının ise 3 (min: 0, max: 16) olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 42,3'ü riskli yenidoğan bakımı konusunda daha önce hiç teorik eğitim almadığını, %60,7'si ise pratik eğitim almadığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin % 69,8'i ise konuyla ilgili eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Buna rağmen hekimlerin % 79,8'inin preterm bebek izlemleri ile ilgili genel öz yeterlilik (GÖY)'leri yüksek bulunmuştur. En fazla 'yüksek öz yeterlilik (YÖY)' hissedilen konu % 79,5 (349 kişi) oranında preterm bebeklerin bağışıklanması olmuştur. Sevk etme ihtiyacı duyulduğunda bebekteki sağlık sorunun en sık (% 73) büyüme geriliği olduğu belirtilmiştir. Daha önce hem teorik eğitim alan hekimlerin, hem de pratik eğitim alan hekimlerin preterm bebek izlemleri ile ilgili 'GÖY skorları' eğitim almayan ya da hatırlamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (her ikisi için de $p< 0,005$). Ayrıca uzman hekimlerde uzman olmayanlara göre (p: 0,003), üst basamaklara nadiren ya da hiç sevk etmeyen hekimlerde daha sık sevk edenlere göre ($p< 0,001$) ve verdiği hizmeti yeterli bulanlarda bulmayanlara göre ($p< 0,001$) daha önce konuyla ilgili teorik eğitim almış olma oranı anlamlı olarak yüksektir. Benzer şekilde uzman hekimlerde diğer hekimlere göre ($p< 0,001$), hizmetini yeterli bulanlarda bulmayan ya da kararsız olan hekimlere göre ($p< 0, 003$) pratik eğitim alma sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bağımlı değişkenler arasında yapılan korelâsyon analizi incelendiğinde ise hekimlerin, izlemler ile ilgili verdikleri hizmetleri yeterli bulmaları ile GÖY skorları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelâsyon saptanmıştır ($p< 0,001$ rho: 0,424). Buna göre hekimlerin GÖY skorları arttıkça, verdikleri hizmeti daha yeterli bulmaktadırlar. Bu analizde ayrıca izlemlerin

çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceğini düşünmeleri ile hekimlerin GÖY skorları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir korelâsyon saptanmıştır ($p< 0,001$ rho: 0,268). Buna göre hekimlerin GÖY skorları arttıkça preterm bebek ve çocuk izlemlerinin çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceği yönündeki kanaatleri de artış göstermiştir.

Tartışma ve Sonuç: Prematürite ve prematüriteye bağlı sağlık sorunları Türkiye'de ve Dünya'da çocukluk çağındaki mortalite ve morbidite nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktır. Sorunun çözümüne yönelik atılabilecek önemli adımlardan bir tanesi de prematür bebek ve çocuk izlemlerinin niteliğinin iyileştirilmesidir. Ülkemizde halen riskli bebek izlemlerinin nasıl, nerede ve kimler tarafından yürütülmesi gerektiğine ilişkin yeterli bir protokol ya da standardizasyon bulunmasa da gerek temel tıp eğitimi müfredatının gerekse de uzmanlık eğitimi müfredatının riskli bebeklere yönelik pratik ve teorik eğitimlerle zenginleştirilmesi ve sahada aktif olarak çalışmakta olan hekimlerin bilgilerinin hizmet içi eğitimlerle tazelenmesi ve pekiştirilmesi gerektiği açıktır. Uzman hekim sayısının artırılması ve evde bakım hizmeti kapsamında daha fazla sayıda preterm bebeğe ulaşılması da atılabilecek diğer önemli adımlar olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Eğitim, İzlem, Özyeterlilik, Preterm

2. ABSTRACT

Introduction and aim: In recent years, with the development of science and technology, the morbidity and mortality rates of preterm babies have decreased in neonatal intensive care units (NICU), while the incidence of follow-up problems has increased in addition to the early health problems specific to these babies. In our country, a widely accepted standard practice regarding the follow-up programs and follow-up of this patient group after discharge has not been established yet. Beside, family physicians in Turkey; It is responsible for detecting the health problems that preterm delivery will bring to the baby both early and in the long term, directing the interventions for treatment and rehabilitation, determining the needs of the parents for the care of the baby and providing care, education and counseling services in line with these needs. In order to establish standards specific to primary care, data on how the follow-up of preterm babies is carried out in primary care is needed. Therefore, in this study, it was aimed to reveal the knowledge and attitudes of family physicians working in family health centers (FHC) about the follow-up of preterm babies, health problems encountered in preterm babies and their approaches in primary care, and to determine different approaches or educational needs.

Materials and methods: This study is a descriptive study. The data collection process was carried out between March 1, 2019 - June 1, 2019, by 440 family physicians from all districts of Istanbul who were included in the sample group and had been working in FHC for at least 1 year. As data collection tool; In addition to the sociodemographic characteristics of the physicians, the characteristics of the population they serve, the health problems they frequently encounter in preterm babies and their approaches to these problems, self - efficacy and educational needs of some knowledge and skills related to the follow - up of preterm infants and children were evaluated. Descriptive and comparative analyses were performed with the data obtained and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: Family physicians who participated in the study; 11.8% (52 persons) of them were family physician specialists and the median tenure was 17 years (min: 1, max: 45). In the last 1 year; a total of 26725 infants aged 0-1 years who were registered in 440 family medicine units; 1614 (6.20%) were born as preterm; The

mean number of preterm births per year was 3 (min: 0, max: 16). 42.3% of the participants stated that they have never received theoretical training in risky neonatal care and 60.7% of them did not receive practical training. 69.8% of family physicians stated that they need training on the subject. Despite this, 79.8% of physicians had higher general self-efficacy (GSE) related to preterm infant follow-up. The highest 'high self-efficacy (HCE) was the immunization of preterm infants at a rate of 79.5% (349 persons). When the need for referral is needed, the most common (73%) health problem in the baby is growth retardation. 'GSE scores of preterm infant follow-up of both physicians who received theoretical training and physicians who received practical training previously were found to be significantly higher than those who did not remember or did not receive training ($p < 0.005$ for both). In addition, non-specialists in specialist physicians (p: 0.003), rarely or never referred to higher levels of physicians who referred more frequently ($p < 0.001$) and those who do not find the service provided enough ($p < 0.001$) previously received theoretical training on the subject is significantly higher. Similarly, it was found that the frequency of receiving practical training was higher in specialist physicians compared to other physicians ($p < 0.001$) and in physicians who did not find their service adequate or undecided ($p < 0, 003$). When the correlation analysis between the dependent variables was examined, a significant positive correlation was found between physicians' finding that the services they provided about the follow-up were adequate and the GSE scores positively ($p < 0.001$ rho: 0.424). Accordingly, the higher the GSE scores of physicians, the more they provide the service they find adequate. In this analysis, there was also a weakly significant correlation between physicians 'thinking that follow-up could be performed mostly at the first level and not at the upper levels, and the physicians' GSE scores were positively weak ($p < 0.001$ rho: 0.268). Accordingly, physicians' opinion that preterm infant and child follow-up can be performed mostly in the first step rather than in the upper steps has increased as the GSE scores increased.

Discussion and Closure: The prematurity and prematurity-related health problems are one of the significant cause of childhood morbidity and mortality in the world and in Turkey. One of the important steps that can be taken to solve the problem is to improve the quality of the follow-up of premature infants and children. Although

there is no adequate protocol or standardization on how, where and by whom risky infant follow-up should be carried out in our country, both basic medical education curriculum and specialty education curriculum with practical and theoretical trainings should be renewed and reinforced with training. Increasing the number of specialist physicians and reaching more preterm babies within the scope of home care services are also seen as other important steps that can be taken.

Keywords: Education, Family Medicine, Follow-up, Preterm, Self-efficacy

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Hekimliği (AH), birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayrım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde, çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (Heyrman ve Spreeuwenbergh, 1987; Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2013).

Aile hekimliği tanımından da anlaşılabileceği üzere genel pratisyenlik yaklaşımı, doğumdan (bazen daha öncesinden) ölüme (bazen daha sonrasına) kadar sürmelidir. Aile hekimi hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2002). Bebek ve çocuk sağlığı izlemleri de bu amaçla uygulanır ve aile hekiminin görev yetki ve sorumlulukları arasındadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Çocuk Sağlığı İzlemi aile hekiminin bir sorumluluğu olmasının yanı sıra "Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde" yer alan temel bir haktır. Bebek ve çocuk sağlığı izlemlerinin amacı: bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık ve sakatlıkları azaltmak ve bu amaçla koruyucu sağlık hizmetleri sunmak; büyüme ve gelişmeyi desteklemek, hastalıkların erken tanısını yapmak ve çocukların sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamaktır (Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Sosyal Pediatri Derneği Ortak Klavuzu, 2014).

Son yıllarda bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak yenidoğan yoğun bakım birimlerinde (YDYBB) erken doğmuş bebeklerin hastalık ve ölüm oranları azalırken, erken dönemde ortaya çıkan sağlık sorunlarının yanında takipte gelişen sorunların görülme sıklığı da artmıştır (Horbar ve ark., 2002; Avery' s Diseases of the Newborn, 2005). Her ne kadar son 10 yılda erken doğum nedenli ölümler azalmış olsa da Türkiye'de 2010 yılında gerçekleşen canlı doğumların % 12'si preterm olup aynı yıl içinde gerçekleşen yenidoğan ölümlerinin 5200'ünün preterm doğumla ilişkili komplikasyonlara bağlı olduğu tahmin edilmektedir (Born

too soon: The Global Action Report On Preterm Birth. 2012; Estimates for World Health Organisation, 2012).

Ülkemizde sağlıklı bebeklerin birinci basamaktaki izlemleri ile ilgili çok sayıda protokol bulunmaktadır. Ancak preterm bebeklerin de içerisinde yer aldığı riskli bebeklerin uzun süreli izlemlerinin nasıl olması gerektiği, kimler tarafından, nasıl ve nerede yapılması gerektiği ile ilgili yeterli veri yoktur. Ailelerin bu bebeklerin uzun süreli izlemleri hakkında yeterli bilgilerinin olmamasının yanı sıra birinci ve ikinci basamak sağlık hizmet sunucuları ile üst düzey sağlık hizmeti sunucuları arasındaki koordinasyon da henüz istenilen düzeyde değildir. Çoğunluğu YDYBB'nde tedavi gören bu hasta grubunun taburculuk sonrası takip programları ve izlemleri ile ilgili geniş kabul görmüş standart bir uygulama henüz oluşturulamamıştır (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2017). Bu durum Türkiye'de aile hekimlerine; preterm doğumun gerek erken dönemde gerekse de uzun vadede bebeğe getireceği sağlık sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi, tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik girişimlerin yönlendirilmesi, ebeveynlerin bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gibi sorumluluklar getirmektedir.

Birçok yönüyle term bebeklerin izlemlerinden farklı bir yaklaşım gerektiren preterm bebeklerin izlemlerine ve bakımlarına ilişkin halen Türkiye'de ve dünyada farklı stratejiler üzerinde çalışmalar devam etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde nüfusa dayalı, bireye yönelik aile hekimliği modelini benimsemiş olan ülkemizde bebek ve çocuk izlemleri, bireyin hastalık ya da yakınmasından bağımsız olarak yapıldığından bu hizmet alanının içerisinde aile hekimleri her zaman yer almıştır ve yer almaya devam edecektir.

Türkiye'de 2017 yılında yayımlanmış olan 'Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi'nde riskli bebekler düşük, orta ve yüksek riskli bebekler olarak sınıflandırılmış ve sadece düşük riskli bebeklerin izlemlerinin birinci basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından yapılması gerektiği belirtilmiş, dikkat edilmesi gereken noktalar ve farklılıklar vurgulanmıştır (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2017). Ancak aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre riskden bağımsız olarak, hizmet vermekle yükümlü olduğu nüfusdaki bütün bebeklerin izlemlerini yapmak

sorumluluğunda olan aile hekimlerinin preterm bebeklerin de izlemlerini kapsayan bu izlemlerde benimsemeleri gereken yaklaşım konusunda birinci basamağa özgü standartların oluşturulması için bu izlemlerin birinci basamakta nasıl yürütüldüğüne ilişkin verilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda İstanbul ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin, preterm bebeklerin izlemleri, preterm bebeklerde karşılaşılan sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarına birinci basamaktaki yaklaşımları konularındaki bilgi ve tutumlarının ortaya konulması varsa farklı yaklaşımlarının ya da eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Preterm Tanımı

Prematürite, annenin son adet tarihinin ilk gününden itibaren hesaplanan gestasyon yaşı veya bebeğin doğum kilosuna göre tanımlanabilir. Buna göre preterm, 37. gestasyon haftası tamamlanmadan önce canlı doğan bebekleri tanımlar ve gestasyon yaşı (GY)'na göre alt kategorilere ayrılır (Tablo 1). İleri derecede preterm 28. haftayı tamamlamadan canlı doğan bebekleri tanımlarken; 28. gestasyon haftasını tamamlamış ancak 32. haftayı tamamlamadan canlı doğan bebekler çok preterm; 32. haftayı tamamlamış ancak 37. gestasyon haftasını tamamlamadan canlı doğan bebekler ise orta ila geç preterm olarak tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2019). Araştırmamızda da prematürite için, gestasyon yaşına göre yapılmış olan bu sınıflama kullanılmıştır.

Tablo 1. Gestasyon Haftalarına Göre Prematür Bebeklerin Sınıflandırılması

Preterm (< 38. Hafta) Bebeğin Gestasyon Haftası	**Sınıflama**
32 Hafta ≤ Gestasyon Haftası < 37 Hafta	Orta- Geç Preterm
28 Hafta ≤ Gestasyon Haftası < 32 Hafta	Çok Preterm
Gestasyon Haftası < 28 Hafta	Aşırı/ İleri Derecede Preterm

Prematürite için diğer sınıflama ise bebeğin doğum ağırlığına göre yapılabilir (Tablo 2). Buna göre de 2500 gramın altındaki canlı yenidoğanlar düşük doğum ağırlıklı (DDA) olarak tanımlanırken; 1000- 1499 gram arasında doğan yenidoğanlar çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA), 1000 gramın altında doğan yenidoğanlar ise aşırı düşük doğum ağırlıklı (ADDA) olarak tanımlanır (Mandy ve ark., 2018).

Tablo 2. Doğum Ağırlığına Göre Prematür Bebeklerin Sınıflandırılması

Bebeğin Doğum Ağırlığı	**Sınıflama**
1500 gram $\leq$ Doğum Ağırlığı < 2500 gram	Düşük Doğum Ağırlıklı (DDA)
1000 gram $\leq$ Doğum Ağırlığı < 1500 gram	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı (ÇDDA)
< 1000 gram	Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı (ADDA)

4.2 Erken Doğumun Etiolojisi ve Risk Faktörleri

Preterm doğuma sebep olabilecek fetal, plasental, uterin, maternal birçok neden bulunmaktadır (Tablo 3). Preterm doğumların yarısına yakınında erken doğumun nedeni tam olarak tespit edilemese de erken doğum ihtimalini artıran bazı risk faktörleri gösterilmiştir. Bunlar arasında riski en fazla artıran faktör genetik yatkınlık olup önceki gebeliklerinde preterm doğum yapan kadınların sonraki gebeliklerinde de erken doğum yapma riskleri belirgin olarak artmaktadır. Erken doğum için diğer risk faktörleri arasında ise düşük sosyoekonomik statü, yetersiz prenatal bakım, hatalı ilaç kullanımı, obstetrik komplikasyonlar, önceki gebeliklerde DDA, abortus veya ölü doğum olması, adölesan gebelik, kısa doğum yapma aralığı ve 4'ten fazla doğum yapmış olma gibi faktörler yer almaktadır (Waldamer AC, 2016).

Tablo 3. Erken Doğumun Nedenleri

Fetal	**Plasental**	**Uterin**	**Maternal**	**Diğer**
Fetal Distress	Plasental Disfonksiyon	Çift Boynuzlu Uterus	Preeklampsi	Erken Membran Rüptürü
Çoğul Gebelik	Plasenta Previa	İnkompetan Serviks	Kronik Hastalıklar	Polihidramnioz
Eritroblastozis	Plasenta Dekolmanı		Enfeksiyonlar	İatrojenik
Nonimmün Hidrops			Madde Bağımlılığı	Travma

4.3 Bir Sağlık Sorunu Olarak Dünyada ve Türkiye'de Prematürite

Dünya genelinde ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak her yıl canlı doğumların ortalama % 5 ila % 18'inin, yaklaşık 15 milyondan fazla bebeğin preterm olarak dünyaya geldiği tahmin edilmektedir. Bu bebeklerin 1 milyonundan fazlası ise erken doğumla ilşkili komplikasyonlara bağlı olarak ölmektedir. 2015 yılında gerçekleşen beş yaş altı çocuk ölümü nedenlerinde erken doğum ve ilişkili komplikasyonlar ilk sırada gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre göre güncel araştırmalar ve analizler, bu ölümlerin en az dörtte üçünün, YDYBB gerekliliği olmadan maliyet etkin, önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlere bağlı olduğunu göstermektedir. (Born too soon: The Global Action Report On Preterm Birth. 2012).

DSÖ'nün tahminlerine göre 2010 yılında Türkiye'de gerçekleşen 1.298.300 canlı doğumun % 12'si erken doğum olarak gerçekleşmiş ve bu oranla Türkiye, 184 ülke arasında preterm doğum sayısında 19. sırada, preterm doğum sıklığında ise 55. sırada yer almıştır. Aynı yıl Türkiye'de preterm olarak dünyaya gelen 155.400 yenidoğan arasından 5200 bebek, prematürite ilişkili komplikasyonlara bağlı olarak hayatını kaybetmişdir (Hannah B ve ark., 2012). 2008 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre ise 2003– 2008 yılları arasında Türkiye'deki canlı doğumlarda DDA oranı %11 iken bu rakam TNSA 2013'de %10'a gerilemiştir (TNSA, 2008, 2013). Ülkemizde erken doğum oranlarını gösteren ulusal daha güncel

bir veri olmasa da farklı sağlık merkezlerinin yıllık istatistiklerinden bazı veriler elde edilebilmektedir. Bu merkezlerden birisi olan Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2014 ile 2015 yılları arasında gerçekleşen canlı doğumlarda erken doğum oranı % 13,7 olarak belirtilirken Konya Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinde 2009 yılı için bu oran % 17,3 olarak bulunmuştur (Ege E. ve ark., 2009; Bülbül A ve ark., 2017).

Gelişmiş ülkelerde sağlık ve sosyal sistemlerdeki ilerlemelere rağmen % 5-12 arasında değişen erken doğum hızı son yıllarda artış göstermektedir. Bu artış, endikasyonlu erken doğumlar ile 35 yaş üzerinde doğum yapan kadınların sıklığının artması, yardımlı üreme tekniklerinin kullanımının yaygınlaşması ve buna bağlı ortaya çıkan çoğul gebeliklerin sayısının artması ile ilişkilendirilmiştir (Goldenberg ve ark., 2008; Simmons ve ark., 2010; Okumuş N, 2012).

Araştırmamızın gerçekleştiği İstanbul iline ait preterm ya da düşük ağırlıklı doğum sıklığına ait net bir veri bulunmuyor olsa da 2011 yılında gerçekleşen beş yaş altı bebek ve çocuk ölümlerinin % 28,7'sinde ölüm nedeni prematürite ve prematürite ilişkili sağlık sorunları olarak gösterilmiştir (Buzcu ve ark., 2016).

İnsidansı ülkelerin sağlık ve sosyal sistemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişkenlik gösteriyor olsa da erken doğum ve erken doğumla ilişkili bebeğe ait sağlık sorunları neonatal ölümlerin % 70'inden ve takipte gelişebilecek nörolojik sorunların % 25-50'sinden sorumlu tutulmaktadır. Preterm bebeklerde hayatta kalabilen bebeklerin doğum ağırlığı 280 grama kadar düşmüş olsa da gestasyon yaşına bağlı olarak bu bebekler takipte gelişebilecek komplikasyonlar açısından risk taşımaktadırlar. Karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının tedavisi ve rehabilitasyon süreci ise uzun sürebilmekte ve maliyeti yüksek olabilmektedir (Hüseyin B ve ark., 2018).

4.4 Prematüritenin Aile ve Toplum Üzerine Etkileri

Erken doğum, yenidoğan döneminde hem ailesel hem de ulusal düzeyde finansal sorunları da beraberinde getirmektedir. Gestasyon haftasının azalmasına bağlı olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalış süresi uzamakta bu da preterm bebeğin tedavi maliyetinin önemli ölçüde artmasına sebep olmaktadır. Daha ileri yaşlarda ise

özellikle bebeğin kronik sorunlarına ve sekellerine yönelik eğitim ve sağlık giderleri hem ebeveynler için hem de sağlık sistemleri için önemli bir mali yük anlamına gelebilmektedir. Erken doğumun sağlık sistemine getirdiği yüklerden en çarpıcı örnek serebral palsidir. Her 10 bin canlı doğumda 2-3 oranında görülen serebral palsi prematür bebekler arasında daha sıktır. Bu hastalığın, bebeğin yaşamı boyunca getirdiği maliyetin hasta birey başına en az 750 000 Euro olduğu tahmin edilmektedir (Mangham LJ ve ark., 2009)

Preterm olarak dünyaya gelen ve uzun dönemde kalıcı işlev kaybı olan bireyler toplumsal işgücünün zayıflamasına neden olabilmektedir. Preterm bebeklerin yaklaşık % 10'u, komplikasyonlara ve sekellere bağlı olarak yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde çalışma kapasitelerinin % 50'sini yitirmektedir. Preterm bebekler sadece toplumsal işgücünü değil ebeveyn işgücünü de ciddi ölçüde etkilemektedir. Erken doğum yapmış çalışan anneler işlerine daha geç dönmekte veya bebeklerinin artmış bakım ihtiyaçları nedeniyle çalışma saatlerini azaltmak ya da işi bırakmak zorunda kalabilmektedirler. Preterm bebeği olan ebeveynler sadece maddi sorunlarla değil duygusal ve fiziksel enerjilerinin yetersizliği, sekelli bebeğin bakımı sırasında toplumdan soyutlanma ve sosyal iletişimin azalması gibi problemlerle de yüzleşebilmektedirler (Okumuş N, 2012).

4.5 Preterm Bebek Ve Çocukların İzlemleri

Ülkemizde bebek ve çocuk sağlığı izlemleri; bebek ve çocuklarda morbidite ve mortaliteyi azaltmak, bu amaçla koruyucu sağlık hizmetleri sunmak; büyüme ve gelişmeyi desteklemek, hastalıkların erken tanısını yapmak ve çocukların sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (SB) bünyesinde ve/veya eşgüdümünde ve çoğunlukla birinci basamakta uygulanmaktadır. Bu amaçla ülkemizde birinci basamakta 0-1 yaş arası tüm bebeklerin 15. ve 41. günlerde, 2. 3. 4. 6. ve 9. aylarda olmak üzere en az 7 kez, 1-6 yaş arası çocukların ise 12. 14. 18. 30. 36. 48. ve 60. aylarda olmak üzere yine en az 7 kez izlemlerinin yapılması önerilmektedir (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018). Önemli bir kısmını preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin oluşturduğu riskli bebeklerin ve çocukların da aile hekimliği uygulama yönetmeliği gereğince izlemleri

birinci basamakta aile hekimlerince ve/veya özel sağlık kuruluşları ile kamuya bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır.

Riskli bebeklerin izlemlerinin, bebeğin doğduğu hastanenin riskli yenidoğan izlem polikliniğinde yapılması en ideal seçenek olsa da ülkemiz gibi homojen olmayan demografik yapıya ve sağlık hizmet alanına sahip ülkelerde ve finansal nedenlerle her bebek için bu hizmet farklı hizmet sunucularında gerçekleşebilmektedir (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

4.5.1 Bütüncül İzlem Modeli

Riskli grup olarak değerlendirilen preterm bebek ve çocuklar için Amerikan Pediatri Akademisi tarafından önerilen izlem şekli 'Bütüncül İzlem Modeli' olarak adlandırılmaktadır (Council on Children with Disabilities, 2007). Bu sağlık hizmeti sunum şekli ile bebek ve çocukların mevcut sağlık ve hastalık durumları ve gelişimlerinin değerlendirilmesi, desteklenmesi; ihtiyaç duyulan her türlü koruyucu ve tedavi edici yaklaşımların aynı ekip tarafından, aynı sağlık kuruluşunda verilmesi hedeflenir (Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project, 2002).

Ankara'da üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir merkezde bir yıl boyunca bütüncül izlem modeli ile izlenen prematüre bebeklerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon ve sosyal alanlardaki karşılanmamış gereksinimleri araştırılmış ve birinci basamağı ilgilendiren diş hekimi vizitine yönlendirme, D vitamini profilaksisi, büyüme ve gelişme izlemi gibi konularda hastaların gereksiniminin yeterince karşılanmadığı saptanmıştır (Pekcici EBB ve ark., 2016). Türkiye'de ve Dünya'da bütüncül izlem modeline yönelik çalışmalar halen devam etmektedir.

4.5.2 Riskli Bebeklere Yönelik Evde Bakım Hizmetleri

Evde Bakım Hizmeti hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını ifade eder (Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 2005). Evde sağlık hizmeti alabilmek için herhangi bir yaş sınırlaması

bulunmasa da yurtiçi ve yutdışında yapılan çalışmalar evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunlukla 65 yaş üstü erişkinler olduğunu göstermektedir (Thome B ve ark., 2003; Enginyurt Ö ve ark., 2012; Çatak B ve ark., 2012;). Özellikle YDYBB'den taburcu olduktan sonra; bebeğin ve ailesinin günlük gereksinimlerine yönelik, ev ortamında, teknik, psikolojik ve tedavi edici destek sunumu ile bebeklerin komplikasyonlarının ve semptomlarının erken dönemde saptanması, bebeğein aile ortamının değerlendirilmesi, bakım verenlerin bakıma yönelik endişelerinin ve yeterliliklerinin değerlendirilmesi ve becerilerinin artırılarak cesaretlendirilmeleri ile tekrar hastaneye yatışlarının azaltılması sağlanabilir. (Ritchie SK ve ark., 2002; Büyükkayacı DN ve ark., 2009; Erci B ve ark., 2010; Taş Arslan F ve ark., 2013; Sassa HA ve ark., 2014).

4.6 Preterm Bebeklerde İzlem Programı

4.6.1 Büyüme Ve Beslenme İzlemi

Preterm bebeklerde büyüme hızının izlemi gerek somatik büyümenin değerlendirilmesi gerekse de nörolojik ve gelişimsel düzey, sağlık ve beslenme durumları hakkında fikir vermesi açısından önemlidir. Bu nedenle her kontrolde preterm bebeğin antropometrik ölçümleri yapılarak ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümleri değerlendirilmelidir. Her bir ölçüm için büyümenin yakalanması bebeğin o yaşın 50 persentil değerine ulaşmasını ifade eder. Preterm için en uygun büyüme hızı ise fetal dönemde olması beklenen hızda bebeğin büyümesinin devam etmesidir. Düzeltilmiş yaş postkonsepsiyonel 40. haftada takvim yaşı başlatılacak şekilde hesaplanmalıdır. Örneğin 28. gestasyon haftasında doğmuş 20 haftalık preterm bebek için düzeltilmiş yaş (28+20) – 40 = 8 haftadır. Term bebeklerden farklı olarak büyümenin değerlendirilmesinde preterm bebekler için ağırlık değerlindirilirken 24. aya, boy değerlendirilirken 40. aya, baş çevresi değerlendirilirken ise 18. aya kadar düzeltilmiş yaş kullanılmalıdır. Buna göre preterm bebeklerin ilk 6 ayda baş

çevresinde, ağırlıkta 2 - 3 yaşlarında, boyda ise 3 - 7 yaşlarında o yaşın 50. persentil değerlerini yakalamaları beklenir (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

Birinci basamakta aile hekimleri tarafından term bebeklerin büyümelerinin değerlendirilmesi amacıyla sıklıkla kullanılan postnatal büyüme eğrileri yanında preterm bebekler için geliştirilen ve sıklıkla riskli yenidoğan polikliniklerinde kullanılan intrauterin büyüme eğrileri de bulunmaktadır. Atıcı A. ve arkadaşları tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmaya göre güncel bir intrauterin ve/veya düzeltilmiş yaş ile postnatal büyüme eğrisi kullanılabileceği ifade edilmiştir (Gokcay G, 2008; Atıcı A, 2011; Fenton TR, 2013).

Belirli hedefleri yakalayan prematür bebekler taburcu edilirken bebeğin mevcut sağlık durumuna göre anne sütü ve/veya prametür mamaları, standart term mamaları ile beslenir halde taburcu edilebilirler. Birinci basamağa herhangi bir sebeple başvurusunda büyüme ve beslenme değerlendirilmeli, bakım verenler ile beslenme pratiği ve tekniği tartışılmalı, büyüme sorunu varsa izlem sıklığı artırılmalı, formül ile beslenen bebekler hiperkalsemi ve hiperfosfatemi gelişimi açısından takip edilmeli, bebeğin makro ve mikronütrient ihtiyaçları değerlendirilmelidir. Bebek, düzeltilmiş 6 aya ulaştığında katı gıdalara geçiş açısından değerlendirilmelidir. Nöromotor gelişim olarak katı gıdalara geçiş için gereken olgunluğa erişmiş, öğürme refleksi kaybolmuş, yemeğe ilgisi olan bebeklerde 4. aydan daha önce olmamak şartıyla katı gıdalara geçiş denenebilir (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

ADDA'lı bebeklerde demir desteğinin 2 - 4 hafta arasında, 1000 gramın üzerindeki bebeklerde ise 2 - 6 hafta arasında başlanması, 2-3 mg/ kg/ gün verilmesi, izlemde 2. ve 6. aylarda hemoglobin ve ferritin düzeylerinin kontrol edilmesi ve 12 - 15 aya kadar devam edilmesi önerilmektedir (Agostoni C ve ark., 2010).

Profilaktik D vitamini yerli rehberlerde çok düşük doğum ağırlıklı bebekler için ilk haftalarda 200 - 400 IU/ gün, bebeğin ağırlığı 1500 grama ulaştığında ve tam enteral beslenmeye geçildiğinde 400 IU/ gün' e çıkılması önerilirken bazı Avrupa rehberlerinde ise kandaki 25(OH)vit D3 düzeyi 80 ng/ ml düzeyinde tutulacak şekilde özellikle düşük ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde 800 - 1000 IU/ gün şeklinde kullanılması önerilmektedir (Agostoni C ve ark., 2010, Prematüre Ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi, 2018)

4.6.2 Nörogelişimsel İzlem

Erken doğan bebeklerin nörolojik ve nörogelişimsel prognozunda birçok faktör etkili olsa da bunlardan en önemlileri bebeğin doğum tartısı ve doğum haftasıdır. Doğum tartısına bakıldığında 750 gramın altında doğan bebeklerde nörogelişimsel bozukluk gelişme sıklığı % 50'ye kadar yükselmekte iken bu oran doğum ağırlığı 1500 g olan bebeklerde %10 - 20 civarında bulunmuştur (Pharoah PO, 1994; Vohr BR ve ark., 2007; Carlo WA ve ark., 2011).

Prematür bebeklerin izlemlerinde farklı yaşlar ve farklı değerlendirme alanlarına göre geçerlilik ve güvenilirlilikleri yüksek pek çok test bulunmaktadır. Hangi test uygulanırsa uygulansın prematüre bebeklerin nörolojik ve gelişimsel izlemlerinde; 2-3 yaşına kadar düzeltilmiş yaş kullanılmalı, tek bir izole bozukluğun ilerleyen süreçte düzeleceği unutulmamalı, major bazı bozuklukların tespit edilebileceği en erken yaşın 18 - 24 aylar olduğu düşünülerek ebeveynlerde endişe yaratacak ya da aşırı umut vadeden söylemlerden kaçınılmalıdır. Ayrıca bebek izleminin multidisipliner bir çalışma gerektireceği iyi bilinmeli izlemi yapan doktor tarafından gerektiğinde ekipin diğer öğeleri ile iletişime geçilebilmelidir (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

4.6.3 İşitme İzlemi

Doğumdan sonraki ilk aylarda işitmenin normal oluşu bebeklerin erken dönemde dil gelişimi ve konuşması açısından, ilerleyen dönemde ise sosyoemosyonel gelişimi, iletişimi, kavraması ve zekâ gelişimi açısından kritik öneme sahiptir. Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programı kapsamında ülkemizde doğan her bebek ilk 72 saat içinde taburcu olmadan veya taburculuk sırasında işitme kaybı açısından taranmaktadır. Burada amaç ilk 1 ayda tarama testlerinin, şüpheli olgularda 3. ayda ileri tetkiklerin tamamlanarak işitme kaybı tanısı kesinleşen bebeklerin kritik dönem olan 6. ayda tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanmasıdır. Preterm bebekler, doğum ağırlığı $\leq$ 1500 gram olan bebekler gibi risk grupları için ilk tarama testlerinden geçmiş olsalar bile 24 - 30 aydan önce odyolojik açıdan tekrar değerlendirilmeleri önerilmektedir (TND Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

4.6.4 Oftalmolojik İzlem

ROP; DDA'lı ve erken doğan bebeklerde görülme sıklığı artan, retina damarlarının anormal proliferasyonuna bağlı oluşan, etiyolojisi ve patogenezi net olmayan, çocukluk döneminde görme kaybı ve körlüğe yol açabilen bir hastalıktır. Hastalığın gelişiminde pek çok etiyolojik faktör düşünülmüşse de en iyi bilinen risk faktörleri düşük doğum ağırlığı ve erken doğum olarak gösterilmiştir (Kavurt S. ve ark., 2010).

Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Oftalmoloji Akademisi; DA ≤ 1500 gram ve/veya GY≤ 30 hafta doğan tüm bebekler ile GY 30 haftadan büyük, DA 1500 – 2000 gram arasında ve klinik olarak problemleri olan, kardiyopulmoner destek gerektiren bebeklerin taranmasını önermektedir (Amerikan Pediatri Akademisi, 2013).

Ayrıca ROP gelişsin ya da gelişmesin prematüre doğan çocuklarda şaşılık, ambliyopi ve kırma kusuru sıklığı da artmıştır. Bu nedenle; ROP taraması amacıyla 27. gestasyon haftasından erken doğan bebekler annenin son adet tarihinden sonraki 31. haftada, 27. haftadan sonra doğmuş olanlar ise postnatal 4. haftada; ambliyopi, şaşılık ve kırma kusuru tespiti amacıyla da 9 - 12. ay, 2- 3 yaşta ve okul öncesi tarama amacıyla göz doktoruna yönlendirilmelidir (Türkiye Prematür Retinopatisi Rehberi, 2016).

4.6.5 Bağışıklama

Hepatit B virüsü (HBV) aşısı ve Bacille Calmette Guerin (BCG) aşısı için geçerli bazı istisnai durumlar haricinde düşük doğum ağırlıklı ve preterm bebekler, term bebekler ile aynı kronolojik yaşta ve aynı dozda aşılanmalıdır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesinde belirtilmiş kontraendikasyonların bulunmadığı durumlarda, klinik olarak bebek stabil ise bebeğin gestasyon haftası veya doğum tartısı, aşının yapılmaması ya da ertelenmesi için bir gerekçe teşkil etmez (Riskli Bebek İzlemi, 2017) .

Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) pozitif anneden doğan ve 2000 gramın altındaki DDA bebeklere doğumu takiben ilk 12 saat içinde Hepatit B aşısı ve Hepatit B immunglobulin uygulanmalıdır. Yapılan bu aşı ilk doz olarak sayılmamalı, bebek 1 aylık olduğunda 3 doz aşı takvime uygun olarak yapılmalıdır. Annenin

HBsAg durumu bilinmiyorsa ve bebeğin doğum tartısı 2000 gramın altında ise doğumdan sonraki 12 saat içinde HBV aşısı yapılmalıdır. Annenin HBsAg durumu olabildiğince hızlı tespit edilmeli, eğer 12 saat içinde tespit edilememiş ise bebeğe immunglobulin uygulanmalıdır. HBsAg negatif anneden doğan 2000 gramın altındaki tüm bebeklere ise kronolojik yaşları 1 ay olduğunda ya da hastaneden taburcu olurken (hangisi erken ise) HBV aşısı uygulanmalıdır. HBsAg negatif anneden doğan bebeklerin 3 doz aşıdan sonra anti - HbsAg'nin serolojik olarak kontrol edilmesine gerek yoktur (Pickering LK ve ark., 2012) .

Erken doğan bebeklerin immunolojik olarak matürasyonu gestasyon haftasından ziyade bebeğin kronolojik yaşı ve mevcut tartısı ile ilişkilidir (Saliou P., ve ark. 2002). Gestasyon haftası 34 hafta ve üzerinde doğan bebekler term bebekler gibi kronolojik olarak 2 aylık olduklarında BCG aşısı ile aşılanırlar. 34 Haftadan önce doğmuş bebekler ise postkonsepsiyonel 34 haftayı yakaladıklarında ve takvim yaşları 2 ay olduktan sonra 2000 grama ulaştılar ise aşılanmalıdırlar. Amerikan Pediatri Akademisi preterm bebekler 2000 grama ulaştıklarında BCG aşısının yapılmasını önermektedir (Pickering LK ve ark., 2012).

Respiratuvar Sinsityal Virus (RSV) bebeklik ve çocukluk çağındaki alt solunum yolu enfeksiyonuna bağlı hastane yatışlarının önemli bir kısmından sorumludur (Simoes EAF, 1999). Bu grupta hastalığın şiddetini, süresini ve hastaneye yatış oranlarını azaltmak amacıyla palivizumab profilaksisi uygulanmakta olup, 35. gestasyon haftasından önce doğmuş tüm pretermlerde etkili olduğu gösterilmiştir (Oncel MY ve ark, 2012, Blanken MO ve ark, 2013, Sankaran K ve ark., 2013). Ülkemizde 28. gestasyon haftası ve öncesinde doğan veya gestasyonel yaşa bakılmaksızın 1000 gramın altında olan, 32. haftadan erken doğan ve en az 28 gün %21' den daha fazla oksijen tedavisi almış olan ve RSV sezonu başlangıcında kronolojik yaşı 12 aydan küçük tüm preterm bebekler için palivizumab profilaksisi önerilmektedir (TND Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2019).

Kronik akciğer hastalığı olan preterm bebekler İnfluenza viruse bağlı ciddi alt solunum yolu hastalıkları açısından risk grubundadırlar (Patria MF ve ark., 2013). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) influenzadan korunma amacıyla 6 aydan büyük tüm çocuklara ve pretermlerin de arasında yer aldığı riskli grupta yer alan bebeklere İnfluenza aşısını önermektedir. Aşının ilk defa uygulanacağı bireylere 1 ay arayla 2

doz aşı yapılmalıdır ve 3 yaştan küçük bebeklere yarım doz uygulanmalıdır (AAP, 2013).

4.6.6 Pretermlerin Sık Karşılaşılan Bazı Sağlık Sorunları

4.6.6.1 Bronkopulmoner Displazi (BPD)

BPD oksijen ve pozitif basınçlı ventilasyon ile tedavi edilen özellikle ileri derecede prematüre yenidoğanların postmenstrüel 36. haftaya geldiklerinde halen oksijen ve asiste solunum ihtayacı göstermeleri olarak tanımlanan prematür bebeklerin en önemli ve ciddi sağlık sorunudur. Etiolojisi multifaktöryel olup risk faktörleri arasında prematürite yer almaktadır (Ehrenkranz RA., ve ark. 2005).

BPD'li bebekler uzun süren YDYBB'nde yatışları sonrasında sıklıkla solunumsal şikayetler ve solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle poliklinik kontrollerine ve acil servislere başvurmakta ve tekrar hastaneye yatışları gerekebilmektedir. BPD li hastalar bu nedenle oksijen, diüretik ve diğer tedavilerinin düzenlenmesi amacıyla neonatologlara ve çocuk göğüs hastalıkları uzmanlarına yönlendirilmeli, tedavi ve takiplerine düzenli gitmeleri sağlanmalı, evde bakım verenlerin ise BPD ile ilgili olarak bilgilendirilmiş ve eğitilmiş olmaları gerekmektedir (Riskli Bebek İzlemi, 2017) .

BPD'li evde oksijen kullanan bebeklerde oksijen satürasyonunun % 95' in üzerinde tutulması ve % 90' ın altına düşmemesi gerektiği konusunda evde bakım verenler eğitilmelidir aksi halde kronik hipoksi mortaliteye, pulmoner hipertansiyona, kor pulmonaleye, yetersiz kilo artışına ve artmış hava yolu direncine sebep olabilmektedir (Singer L ve ark., 1992, Majnemer A ve ark., 2000).

Günlük yeterli kalori alımının sağlanamadığı durumlarda BPD hastalığının seyri kötüleşmektedir. Preterm bebeklerde ihtiyaç duyulduğunda kullanılacak glikojen ve yağ deposu term bebeklere göre daha az olduğundan bu bebeklerin metabolik gereksinimleri artmıştır ve malnutrisyondan daha fazla etkilenmektedirler. Bu nedenle yeterli enerji sağlanması ve ihtiyaç duyulduğunda 150 kcal/ kg/ güne çıkılması gerekebilmektedir (Frank L ve ark., 1988).

Term ve sağlıklı bebekler için hafif atlatılabilecek viral enfeksiyonlar BPD hastalığı olan bebeklerde ölümcül seyredebilmektedir ve taburculuk sonrası ilk 1-2 yılda en sık tekrar hastaneye yatış nedenidir. Bu nedenle bebeğin hasta kişilerden uzak tutulması, kalabalık ortamlara sokulmaması, ziyaretçi sayısının azaltılması, sigara dumanı ile temas etmemesi gerektiği ve el yıkamanın önemi bakımverenlere anlatılmalıdır. Viral enfeksiyonları azaltmak amacı ile de uygun zamanlarda influenza aşıları yapılmalı RSV profilaksisi için hasta üst basamağa yönlendirilmelidir (Patria MF ve ark., 2013).

4.6.6.2 Prematür Apnesi

Prematür apnesi; prematür yenidoğanların matürasyonunu tamamlamamış solunum kontrolüne bağlı gelişimsel bir hastalığıdır. Genellikle 37 haftadan daha erken doğan bebeklerde solunumun 20 saniyeden daha uzun süreyle durması olarak tanımlanır. Genellikle taburculuktan önce ya da postkonsepsiyonel 40. haftalarda düzelmekle birlikte bazı olgularda daha uzun sürebilmekte ve hasta; evde monitorizasyon ve solunum uyarıcılar ile taburcu edilebilmektedirler (AAP. 2003; TND Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi 2018). Bu nedenle taburculuk öncesinde bakım verecek olanlar; monitörizasyon, kardiyorespiratuar canlandırma konusunda eğitilmelidirler.

4.6.6.3 Ani Bebek Ölüm Sendromu (ABÖS)

Bir yaştan küçük bebeklerin; otopsi, ölüm yeri incelemesi, ileri laboratuar incelemeleri, klinik ve sosyal öykü ile açıklanamayan ani ve beklenmedik ölümleri, ani bebek ölüm sendromu (ABÖS) olarak tanımlanmaktadır (Atılmış ÜÜ ve ark., 2006).

Nedeni tam olarak bilinmese de tanımlanmış bazı risk faktörleri arasında; adölesan gebelik, prematürite, sigara dumanı maruziyeti, bebeğin yüzüstü uyuma pozisyonu, yatağın aşırı yumuşaklığı ve ortam sıcaklığının fazla oluşu gösterilmektedir. Bakım verenlere ABÖS' ün önlenmesi amacıyla; sırt üstü yatırma pozisyonunun tercih edilmesi, çok yumuşak yataklardan kaçınılması ve yastık ile yünlü yorganların 12 aydan önce kullanılmaması gerektiği, çarşaf ve örtü yatak altına

sıkıştırılarak üstünün göğüs hizasına kadar örtülmesi, yatakta yumuşak oyuncak bırakılmaması, giysileri üzerine nazar boncuğu ve çengelli iğne gibi cisimlerin takılmaması, en az 6. aya kadar aynı odada ancak farklı yatakda yatırılması, sigara dumanından korunulması gerektiği anlatılmalıdır (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

4.6.6.4 Osteopeni

Prematür bebekler fetal hayattaki kemik gelişimlerini tam olarak tamamlayamadan doğarlar. Bebeğin doğduğu gestasyon haftası ve doğum tartısı azaldıkça osteopeni görülme sıklığı artmaktadır (Brooke OG ve ark., 1985, Backstrom MC ve ark., 1996).

Prematür osteopeni tanısında kalsiyum (Ca) ve fosfor (P) düşüklüğü ile alkalen fosfataz (ALP) yüksekliği yol gösterici olsa da bu parametrelerin spesifite ve sensitiviteleri düşüktür. ALP > 800 IU/ L veya P < 3,5 mg/ dl bulunduğu olgularda ciddi osteopeni olduğu söylenebilir. ALP'nin 900 IU/ ml üzerine çıktığı durumlarda ise testin sensitivitesi % 100'dür. Hastalığın şiddetini azaltmak amacıyla anne sütü; 100-160 mg/ kg/ gün Ca, 60-90 mg/ kg/ gün P alınacak şekilde desteklenmeli, 400-1000 IU/ gün D vitamini alması sağlanmalı ve hastalar ilk 6 aya kadar ayda bir kez, daha sonra 3 ayda bir Ca, P, ALP ile izlenmelidir (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

4.6.6.5 Umbilikal ve İnguinal Herni

Preterm ve DDA'lı bebeklerde karın ön duvarının nispeten daha zayıf olması nedeniyle umbilikal ve inguinal hernilerin sıklığı artmıştır. 2 Yaşa kadar büyük çoğunluğu gerilediğinden komplike olmayan umblikal hernilerin 2 yaşa kadar takip edilmesi önerilir. Cerrahi yöntemler; 4 yaşında devam etmekte ve küçülme eğiliminde olmayan olgularda, > 2 cm ise ve/ veya karın ağrısı eşlik ediyorsa ya da kozmetik nedenlerle uygulanır. İnguinal hernilerde ise sert, ağrının eşlik ettiği skrotal kitle, safralı ya da safrasız kusma, karmp tarzında karın ağrısı ve huzursuzluk ile kendisini gösteren komplike olmuş inguinal herni oluşma riski prematürlerde 2 kat

daha fazladır ve genellikle bebek 6 aya ulaşmadan kendisini gösterir. Bu nedenle birinci basamak doktoru tarafından tespit edilen inguinal hernisi olan yenidoğanlar vakit kaybedilmeden çocuk cerrahi uzmanına yönlendirilmelidir (Cilley RE Ve ark., 2006; Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

4.6.6.6 Ağız Ve Diş Sağlığı Sorunları

Prematür bebeklerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili en sık karşılaşılan sorunlar; diş çıkmasında gecikme, mine hipoplazisi, sarı renk değişikliği, damak oluğu ve diş teli kullanma ihtiyacıdır. Bu bebeklerde doğumdan sonra geçirdiği enfeksiyonlar, entübasyon öyküsü ve malnütrisyon gibi nedenlerle diş çıkmasında gecikmeler yaşanabilir ve mine hipoplazisine bağlı olarak diş çürüğü riski artabilir. Bu nedenle prematür bebeklerde diş çıkmasının 2 ile 6 ay arasında gecikebileceği bilinmeli ve ailelere özenli diş bakımı ve sık diş hekimi kontrolü anlatılmalıdır. Uzun süre entübe kalmış bebeklerde ise bu sorunlara ek olarak damak oluğu, dişlerde yerleşim bozukluğu ve buna bağlı emme, konuşma ve işitme sorunları yaşanabileceğinden bu bebeklerin deneyimli bir pedodontiste ve gerekiyor ise konuşma terapistine yönlendirilmesi yararlı olacaktır (Dilli D, 2012).

Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi tüm çocukların 12 aylık olduklarında ilk diş hekimi muayenelerinin yapılmasını önermektedir (American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Infant Oral Health Subcommitte, 2008).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Tipi ve Yeri ve Zamanı

Çalışmamız tanımlayıcı tiptedir. Veri toplama süreci 1 Mart 2019 – 1 Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul'un tüm ilçelerinden örneklem grubuna dâhil olan ASM'lerde o tarihte görev yapmakta olan aile hekimlerine ulaşılarak gerçekleştirilmiştir.

5.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmamızın evrenini İstanbul ilindeki ASM' lerde aktif olarak görev yapmakta olan 3944 aile hekimi oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, İstanbul ilindeki tüm aile hekimlerini temsil etmesi amacıyla % 95 güven aralığında 350 aile hekimi olarak belirlenmiş, % 50 oranında olası red, hekimin yerinde bulunamaması, hekimin çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılamaması gibi nedenler göz önünde bulundurularak 525 aile hekiminin ziyaret edilmesi amaçlanmıştır. Örneklem seçimi yapılırken İstanbul ilindeki 39 ilçenin tamamından, her ilçe için, ildeki toplam aile hekimi sayısına yapmış olduğu katkı oranında ulaşılması gereken aile hekimi sayıları belirlenmiştir**.** Çalışmaya dâhil edilecek aile hekimlerinin seçiminde ise, her ilçe için ayrı olarak, rastgele seçim yöntemi ile o ilçe için belirlenmiş aile hekimi sayısına ulaşıncaya kadar aile sağlığı merkezleri kura ile seçilmiş ve ziyaret edilmiştir.

Araştırmamızın örneklemini oluşturan 525 aile hekiminden 2 hekim çalışmaya katılmayı reddetmiş, 25 hekim çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamamıştır. Kırksekiz hekime ise yıllık izin, doğum izni, süt izni, kurum dışı hizmet, hekimin raporlu olması gibi nedenlerle ziyaret edilen tarihte ulaşılamadığı için toplamda 440 aile hekiminden veri toplanabilmiştir.

5.3 Çalışmaya Dâhil Olma Kriterleri

Çalışma grubumuzu İstanbul ilindeki ASM'lerde en az 1 yıldır aktif olarak görev yapan ve aile hekimliği bilgi sistemi (AHBS)'nde kesin kayıtlı en az 1000 nüfusu bulunan aile hekimleri oluşturmaktadır.

.

5.4 Çalışmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, ASM'de 1 yıldan daha kısa süredir çalışan veya AHBS'de kesin kayıtlı kişi sayısı 1000 kişiden daha az olan aile hekimleri çalışmaya dâhil edilmemişlerdir.

5.5 Araştırmada Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veri toplama aracı olarak kullandığımız değerlendirme anketimizin ilk 9 soruluk bölümünde hekimlerin görev yapmakta oldukları ilçeler, uzmanlık durumları, hekim olarak görev yaptıkları sürede hangi kurumlarda ne kadar süre çalıştıkları, yaş ve cinsiyet özellikleri gibi sosyodemografik bazı verilerin elde edilmesi amaçlanmıştır. Değerlendirme anketinin devam eden kısmında hekimlerin AHBS'de kesin kayıtlı kişi, toplam bebek ve çocuk sayıları ile aile hekimliği birimlerinde son 1 yıl içerisinde gerçekleşen preterm doğum sayıları gibi bazı nüfus özellikleri ve epidemiyolojik verilere ilişkin 9 soruya yer verilmiştir. Sonraki bölümde görev yaptıkları süre içinde preterm bebeklerle ilişkili en çok hangi sağlık sorunları ile karşılaştıkları, bu sağlık sorunlarının çözümlenmesinde ne kadar sıklıkla ve hangi sebeplerle sevk etme ihtiyacı duydukları ve preterm bebeklere ne sıklıkta evde sağlık hizmeti verdikleri sorulmuştur. Değerlendirme anketimizin 25. ve 26. sorularında hekimlerin tıp eğitimleri boyunca riskli yenidoğan izlemi konusunda teorik ya da pratik eğitim alıp almadıklarını belirtmeleri istenmiştir. Anketimizin kalan kısmında ise aile hekimlerinin preterm bebeklerde sık karşılaşılan sağlık sorunlarına yaklaşımları, bu sorunların yönetimi ile ilgili özyeterlilikleri ve bu sorunların nasıl, hangi basamakta ve hangi sağlık profesyonelleri tarafından çözülmesi gerektiğine ilişkin düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir. Son iki soruda ise preterm bebeklere verdikleri hizmeti yeterli bulup bulmadıkları ile bu konuyla ilgili olarak eğitim ihtiyaçları olup olmadığı sorulmuştur. Anketin tamamı 14 adet açık uçlu, 12 adet seçenekli, 19 adet 5'li likert tipi olmak üzere toplam 45 adet soru içermektedir (Ek-1). 19 Adet ifadenin yer aldığı likert tipi ölçekte her ifade için (kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, fikrim yok, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum seçenekleri arasından) kendilerine en uygun seçeneği işaretlemeli istenmiştir. Likert tipi ölçek içerisindeki ifadelerin tamamı olumlu anlam içermektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve halen aktif olarak kurumlarında çalışan aile hekimlerine ASM'lerinde ziyaret gerçekleştirerek dağıtıp toplama yöntemiyle anketler bire bir uygulanmıştır.

'Preterm bebek yüzdeleri' değişkenleri hekimlerin hizmet verdikleri nüfusta son 1 yıl içinde karşılaştıkları preterm doğum sayıları ve 0-1 yaş arası bebek nüfusları temel alınarak kabaca yapılmış bir hesaplama sonucu sadece fikir vermesi

amacıyla oluşturulmuştur. Bu amaçla, 0-1 Yaş arasındaki bebek sayısı, son bir yıldaki canlı doğum sayısı olarak kabul edilerek hesaplanan ‘preterm yüzdeleri’ ; son bir yılda hekimlerin hizmet vermekte oldukları nüfusta karşılaştıkları preterm doğum sayılarının, kendi sistemlerinde kesin olarak kayıtlı olan 0-1 yaş arasındaki nüfuslarına oranını temsil etmektedir.

ASM’lerin bulunduğu ilçeler İnsani Gelişme Endekslerine (İGE) göre gruplandırılmıştır. İnsani Gelişme Endeksi okuryazarlık durumu, yaşam uzunluğu ve yaşam düzeyi doğrultusunda yapılan bir gelişmişlik ölçütü olup bir ekonominin yaşam niteliğini ne düzeyde etkilediğini de gösterir (İNGEV, 2019). .Başlıca 3 gelişimi göz önünde bulundurur: Birincisi ortalama yaş, ikincisi okur-yazarlık durumu, üçüncüsü ise kişi başına düşen gelir ve alım gücünün dolar üzerinden hesaplanmasıdır. Bu endekse göre ilçeler; ‘çok yüksek insani gelişme endeksi’, ‘yüksek insani gelişme endeksi’, orta insani gelişme endeksi’ ve ‘düşük insani gelişme endeksi’ olarak 4 gruba ayrılırlar. İstanbuldaki hiçbir ilçe düşük İGE grubunda yer almamaktadır (Tablo 4).

5.6 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamıza her ne kadar İstanbul’ un tüm ilçelerindeki aile hekimleri dâhil edilmiş olsa da İnsani Gelişme Endeksine (İGE) göre İstanbul’ daki hiçbir ilçenin düşük insani gelişme endeksi grubundaki ilçeler arasında yer almaması ve ülkemizin homojen olmayan dağınık bir demografik yapıya ve sağlık hizmet alanına sahip olması gibi nedenlerle araştırma sonuçlarını Türkiye için genellemek doğru olmayabilir.

Ülkemizde birinci basamakta yapılan bebek ve çocuk izlemlerini genellikle aile hekimleri ile aile sağlığı elemanları ekip olarak yürütmektedir. Çalışmamızdaki zaman ve araştırmacı sayısındaki kısıtlılık nedeniyle değerlendirme anketleri sadece aile hekimlerine uygulanmış aile sağlığı elemanları çalışma dışı tutulmuştur. Preterm bebek ve çocuklarda mortalite, morbidite ve yeniden hastaneye yatış oranlarının azaltılmasına yönelik birinci basamak düzeyinde atılabilecek adımların planlanmasında aile sağlığı elemanlarının da görüşlerinin önemli olabileceğini akılda tutmak gereklidir. Daha geniş zaman aralığına yayılmış, aile sağlığı elemanlarının da

dâhil edildiği benzer çalışmaların planlanması konunun farklı yönlerinin de ele alınmasını sağlayabilir.

Tablo 4. İstanbuldaki İlçelerin İnsani Gelişme Endeksi Düzeyleri

Çok Yüksek İGE Düzeyi İlçeler	Yüksek İGE Düzeyi İlçeler	Orta İGE Düzeyi İlçeler
Beşiktaş	Pendik	Sultanbeyli
Kadıköy	Kartal	Esenyurt
Şişli	Küçükçekmece	Arnavutköy
Bakırköy	Bayrampaşa	Çatalca
Maltepe	Eyüp	Bağcılar
Üsküdar	Silivri	Sancaktepe
Sarıyer	Beykoz	Sultangazi
Ataşehir	Esenler	Adalar
Ümraniye	Kağıthane	Şile
Beyoğlu	Bahçelievler	
Fatih	Güngören	
Avcılar	Gaziosmanpaşa	
Beylikdüzü	Büyükçekmece	
Tuzla	Zeytinburnu	
Çekmeköy		
Başakşehir		

Her ne kadar çalışmamızda katılımcılardan isimleri ya da çalıştıkları kurumun ismi istenmemiş olsa da katılımcılar preterm bebek ve çocuklarda karşılaşılan sağlık sorunları ile ilgili özyeterlilik, tutum ve davranış sorularına cevap verirken bilgi eksikliği ya da yanlış tutum, davranış olabileceğini düşündükleri cevaplardan hem halen kurumlarında çalıştıkları için hem de devlet memuru olmaları nedeniyle kaçınmış olabilirler. Bu durum da çalışmamızın zayıf yanlarından biri olarak kabul edilebilir.

Araştırmamızın evreninde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri de olmasına rağmen rastgele seçim yöntemiyle belirlenen örneklemimizde İstanbul'da aktif

olarak çalışmakta olan 6 adet E- ASM' nin hiçbirisi yer almamıştır. Bu nedenle elde edilen veriler E- ASM' lerde görev yapmakta olan asistan aile hekimleri hakkında fikir vermemektedir.

Araştırmamızın kısıtlılıklarından bir tanesi de elde edilen preterm sayılarının aile hekimlerinin vermiş oldukları çoğunlukla tahmini rakamlar olması nedeniyle preterm görülme sıklıkları hakkında kesin olmayan sadece fikir verici değerler olarak kullanılabilmesidir. Bu sayede elde edilen, ilçelere ait preterm bebek yüzdelerini ise bazı ilçelerden örneklemimize çok az sayıda aile hekimi dâhil olduğundan ilçenin tamamı için genellemek doğru olmayabilir.

5.7 İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS versiyon 15.0 programından yararlanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, mod, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmalı analizlerinde Pearson Ki Kare Testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi ve Kruskall Wallis testi kullanıldı. Ölçümsel ve ordinal verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanıldı. Beşli Likert tipi ölçekte bilgi ve becerileri değerlendirdiği 30. sorudan 43. soruya kadar olan bölüm için Cronbach Alpha Güvenilirlik Analizi yapıldı. Cronbach alpha değeri 0,82 bulundu. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Karşılaştırmalı analizlerde hekimlerin sevk sıklıklarına göre ayrıldıkları alt gruplar; hiç sevk etmeyenler ile nadiren sevk ihtiyacı duyan hekimlerin bulundukları alt gruplar birleştirilerek tek bir grup, çok sık sevk edenler ve her zaman sevk etme ihtiyacı duyduğunu belirten hekimlerin yer aldığı alt gruplar birleştirilerek ayrı grup olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde hekimlerin evde sağlık hizmeti verme sıklıklarına göre ayrıldıkları alt gruplarda; bu hizmeti hiç vermeyen ve yılda 6'dan daha az sıklıkta bu hizmeti verdiklerini ifade eden hekimlerin yer aldıkları alt gruplar birleştirilerek tek bir grup, bu hizmeti yılda 6'dan fazla 20'den az sıklıkta veriyor

olan ve yılda 20'den fazla sayıda bu hizmeti verdiklerini ifade eden hekimlerin yer aldıkları alt gruplar ayrı bir grup olarak değerlendirilmiştir. Likert tipi ölçekte yer alan tutumla ilgili ifadelere ise 'kesinlikle katılıyorum' ve 'katılıyorum' şeklinde görüş bildiren hekimler ile 'kararsızım', 'katılmıyorum' ve 'kesinlikle katılmıyorum' şeklinde görüş bildiren hekimlerin yer aldıkları alt gruplar birleştirilerek iki grup şeklinde incelenmiştir.

Aile hekimlerinin; preterm bebeklerin izlemlerini ilgilendiren farklı bilgi ve becerilerinin değerlendirildiği tamamı olumlu ifadeler içeren ölçekte, verdikleri 'kesinlikle katılmıyorum', 'katılmıyorum' ve 'kararsızım' cevapları o bilgi ya da beceri için; 'düşük öz yeterlilik' (DÖY), 'katılıyorum' ve 'kesinlikle katılıyorum' cevapları 'yüksek öz yeterlilik' (YÖY) olarak kabul edildi. Katılımcıların öz yeterlilik durumlarını ifade ettikleri 30. sorudan 43. soruya kadar olan bu bölümde; her bir ifadede 'kesinlikle katılmıyorum' cevabı için 1 puan, 'katılmıyorum' cevabı için 2 puan, 'kararsızım' cevabı için 3 puan, 'katılıyorum' cevabı için 4 puan, 'kesinlikle katılıyorum' cevabı için 5 puan aldıkları kabul edilerek 14 ifadeden en fazla 70, en düşük 14 puan alabilecekleri 'genel özyeterlilik (GÖY) skoru' değişkeni oluşturulmuştur. GÖY skoru 42 puan ve altında olan hekimler preterm bebek izlemi konusunda 'genel öz yeterliliği düşük', 42 puanın üzerinde puan alan hekimler ise 'genel öz yeterliliği yüksek' olarak kabul edildi.

5.8 Araştırmanın Etik Kurul Başvurusu

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 09. 2018. 542 protokol kodu ile onay alınmıştır (Ek-2). Ayrıca araştırmaların ASM'lerde yürütülebilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı bilgilendirilmiş ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün 64.222.187- 604. 01. 01 sayılı yazısında gerekli izin alınmıştır (Ek-3). Dâhil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar, kendilerine çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra gönüllü bilgilendirme formunu (Ek-4) okuyarak gönüllü onay formunu (Ek-5) imzalamışlardır.

6. BULGULAR

6.1 Demografik özellikler

Araştırmamız toplamda 440 adet aile hekimi ile yürütülmüştür. Bunların 242'si erkek (% 55) ve 198'i de kadındır (% 45). Hekimlerin 52'si uzman, 388'i ise pratisyen aile hekimidir. Katılımcıların 137'si daha önce en az bir ay toplum sağlığı merkezi (TSM)'nde çalıştığını belirtirken, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) hizmetleri tecrübesi olanların sayısı 55 bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri-I

		N	**%**
Cinsiyet	Kadın	198	45,0
	Erkek	242	55,0
Uzmanlık durumu	Aile hekimi	388	88,2
	Uzman aile hekimi	52	11,8
TSM tecrübesi bulunan hekimler		137	31,1
AÇSAP tecrübesi bulunan hekimler		55	12,5
Toplam		**440**	**(100,0)**

Katılımcıların ortalama yaşı 42,35 ± 9,11 ve ortanca yaş 42'dir (min: 25, max: 72). ASM'lerde çalışmakta olan ortanca hekim sayısı 6 (min: 2, max: 11) iken 5 hekimin çalıştığı ASM sayısı en fazla bulunmuştur (mod: 5). Katılımcıların mesleki tecrübesi ise ortanca 17 yıldır (min: 1, max: 45), (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özellikleri-II

	Ort ± ss	**Mod**	**Medyan (min-max)**
Yaş (yıl)	42,35 ± 9,11	41	42 (25 - 72)
ASM' deki hekim sayısı	5,76 ± 2,00	5	6 (2 - 11)
Mesleki tecrübe (yıl)	17,30 ± 9,29	3	17 (1 - 45)

Çalışmada 23 hekim ile en fazla Bağcılar ilçesindeki aile hekimleri yer almış olup toplam katılımcıların % 5,2'sini oluşturmaktadırlar (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Görev Yapmakta Oldukları İlçeler

İGE Grubu	İlçe	N	%	İlçe	N	%	Toplam (n)	Toplam (%)
Çok yüksek İGE grubu ilçeler	Beşiktaş	6	1,4	Başakşehir	11	2,5	177	40,2
	Şişli	8	1,8	Çekmeköy	8	1,8		
	Kadıköy	16	3,6	Tuzla	7	1,6		
	Bakırköy	7	1,6	Beylikdüzü	8	1,8		
	Maltepe	15	3,4	Avcılar	11	2,5		
	Üsküdar	17	3,9	Fatih	14	3,2		
	Sarıyer	10	2,3	Beyoğlu	8	1,8		
	Ataşehir	12	2,7	Ümraniye	19	4,3		
Yüksek İGE grubu ilçeler	Pendik	18	4,1	Zeytinburnu	9	2,0	172	39,0
	Kartal	14	3,2	Büyükçekmece	7	1,6		
	Küçükçekmece	21	4,8	Gaziosmanpaşa	14	3,2		
	Bayrampaşa	9	2,0	Güngören	10	2,3		
	Eyüp	10	2,3	Bahçelievler	17	3,9		
	Silivri	6	1,4	Kâğıthane	15	3,4		
	Beykoz	8	1,8	Esenler	14	3,2		
Orta İGE grubu ilçeler	**Bağcılar**	**23**	**5,2**	Şile	2	0,5	91	20,6
	Esenyurt	19	4,3	Adalar	1	0,2		
	Arnavutköy	7	1,6	Sultangazi	14	3,2		
	Çatalca	3	0,7	Sancaktepe	12	2,7		
	Sultanbeyli	10	2,3					

6.2 Birimlerin Nüfus Özellikleri

Hekimlerin aile hekimliği bilgi sistemlerinde kesin kayıtlı olan ortalama kişi sayıları ortanca 3871 (min: 1027, max: 4223) kişi, 0 - 1 yaş arasındaki bebek nüfusları ortanca 56 (min: 10, max: 180), 1 - 5 yaş arasındaki çocuk nüfusları ise ortanca 247 (min: 10, max: 934) kişidir (Tablo 8).

Tablo 8. Birimlere ait nüfus özellikleri

Birim başına düşen	Ort ± ss	Medyan (min - max)
Toplam nüfus (kişi)	3628,37 ± 594,80	3831 (1027 - 4223)
0-1 Yaş bebek nüfusu (kişi)	60,74 ± 27,63	56,00 (10 - 180)
1-5 Yaş çocuk nüfusu (kişi)	262,82 ± 113,39	247,00 (10 - 934)

Son 1 yılda; toplam 440 aile hekimliği biriminde kesin kayıtlı olan 0 - 1 yaş arasındaki 26725 bebeğin; 1614 (% 6,20)'ünün preterm olarak dünyaya geldiği; bunların 120 (% 0,42)'sinin ileri derecede preterm, 269 (% 0,97)'unun çok preterm, 1224 (% 4,79)'ünün ise orta-geç preterm olduğu görülmüştür. Aile hekimliği birimi başına düşen son 1 yıldaki ortanca preterm doğan bebek sayısı ise 3 (min: 0, max: 16) bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Son 1 yılda gerçekleşen preterm doğumlar

	Aile hekimliği birimi başına düşen		Tüm canlı doğumlar içinde	
	Ort ± ss	Medyan (min – max)	N	%
İleri derecede preterm	0,27 ± 0,57	0,00 (0 - 3)	120	0,42
Çok preterm	0,61 ± 0,95	0,00 (0 - 5)	269	0,97
Orta-geç preterm	2,78 ± 2,36	2,00 (0 - 12)	1224	4,79
Preterm	3,67 ± 3,05	3,00 (0 - 16)	1614	6,20

İlçelere göre son 1 yıl içinde preterm doğan bebek yüzdeleri karşılaştırıldığında; preterm doğum oranı en yüksek ilçe; ortalama % 10,05 ile Güngören iken ikinci sırada % 8,73 ile Beyoğlu, üçüncü sırada ise % 8,18 ile Çekmeköy gelmektedir (Tablo 10).

Tablo 10. İlçelere göre preterm doğum oranları

İlçe	Preterm doğum oranı (%)		İlçe	Preterm doğum oranı (%)	
	Ort ± ss	Medyan (min-max)		Ort ± ss	Medyan (min, max)
Adalar	6,90 ± 3,41	6,90 (6,90-6,90)	Fatih	6,50 ± 5,98	6,80 (,00-21,88)
Arnavutköy	5,41 ± 2,25	5,56 (2,38-8,00)	Gaziosmanpaşa	7,72 ± 5,20	7,18 (,00-19,64)
Ataşehir	6,54 ± 5,63	7,81 (,00-16,13)	**Güngören**	**10,05 ±5,22**	9,23 (0,74-20,00)
Avcılar	6,22 ± 6,78	3,85 (,00-18,75)	Kadıköy	4,92 ± 4,83	3,96 (,00-14,71)
Bağcılar	5,93 ± 5,68	4,17 (,00-22,22)	Kâğıthane	6,03 ± 3,84	6,82 (,00-12,96)
Bahçelievler	6,44 ± 5,30	5,32 (,00-18,18)	Kartal	6,21 ± 4,52	4,88 (,00-13,04)
Bakırköy	8,00 ± 6,57	7,14 (,00-16,67)	Küçükçekmece	6,75 ± 5,37	6,76 (,00-19,67)
Başakşehir	5,73 ± 4,05	6,25 (,00-14,49)	Maltepe	6,28 ± 2,60	5,77 (2,44-11,43)
Bayrampaşa	7,17 ± 8,90	3,70 (,00-25,53)	Pendik	7,21 ± 5,05	5,52 (,00-21,67)
Beşiktaş	2,75 ± 2,87	2,54 (,00-7,55)	Sancaktepe	4,76 ± 1,85	4,26 (2,14-7,55)
Beylikdüzü	6,72 ± 10,62	2,48 (,00-31,25)	Sarıyer	7,63 ± 4,92	9,55 (,00-15,38)
Beyoğlu	**8,73 ± 4,60**	8,33 (3,17-16,67)	Silivri	7,01 ± 2,39	7,52 (3,70-10,20)
Büyükçekmece	7,50 ± 5,64	7,41 (,00-15,79)	Sultanbeyli	3,40 ± 2,28	4,21 (,00-7,02)
Beykoz	5,78 ± 2,25	5,22 (3,33-9,26)	Sultangazi	4,08 ± 2,34	3,39 (,00-9,09)
Çatalca	5,84 ± 1,55	6,25 (4,12-7,14)	Şile	5,61 ± 1,50	5,61 (4,55-6-67)
Çekmeköy	**8,18 ± 3,87**	7,22 (3,45-16,18)	Şişli	5,47 ± 3,57	5,51 (,00-12,20)
Esenler	7,17 ± 5,10	7,40 (,00-16,67)	Tuzla	7,54 ± 5,27	6,12 (1,79-15,15)
Esenyurt	5,63 ± 4,98	4,62 (,00-16,13)	Üsküdar	4,32 ± 3,85	3,23 (,00-14,81)
Eyüp	5,30 ± 3,74	6,37 (,00-9,68)	Ümraniye	6,56 ± 4,97	6,38 (,00-16,67)
			Zeytinburnu	3,81 ± 3,40	3,92 (,00-9,68)

İlçelerin İGE'ye göre gruplandırılmış son bir yıl içerisindeki canlı doğan preterm bebek sayıları karşılaştırıldığında; preterm bebek yüzdesi, yüksek İGE grubu ilçelerde ortalama % 6,74 ± 4,97 ile çok yüksek ve orta İGE grubu ilçelerdeki preterm doğum yüzdelerine göre anlamlı (p: 0,022) olarak yüksek bulunmuştur (ortanca 6,53). Çok yüksek İGE grubundaki ilçelerde bu oran % 6,25 iken, orta İGE grubu ilçelerde ise % 5,11 olduğu görülmüştür. Benzer şekilde preterm alt gruplarında; orta-geç preterm oranı yüksek İGE grubu ilçelerde, orta İGE ve çok yüksek İGE grubu ilçelerdeki preterm oranlarına göre anlamlı (p: 0,036) şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 2. İGE Gruplarına göre preterm bebek oranları

	İnsani gelişmişe endeksi						P
	Çok yüksek İGE		Yüksek İGE		Orta İGE		
	Ort ± ss	Median (min- max)	Ort ± ss	Median (min, max)	Ort ± ss	Median	
Preterm yüzdesi	6,25 ± 5,16	5,56 (,00-31,25)	6,74 ± 4,97	6,53 (,00-25,53)	5,11 ± 3,97	4,35 (,00-22,22)	**0,022***
İleri preterm yüzdesi	0,44 ± 0,97	,00 (,00-4,26)	0,46 ± 0,96	,00 (,00-5,00)	0,32 ± 0,72	,00 (,00-2,86)	0,627
Çok preterm yüzdesi	0,96 ± 1,68	,00 (,00-12,50)	1,08 ± 1,65	,00 (,00-10,34)	0,82 ± 1,57	,00 (,00-10,71)	0,369
Orta-geç preterm yüzdesi	4,85 ± 4,36	4,00 (,00-25,00)	5,20 ± 3,95	4,52 (,00-18-75)	3,94 ± 3,40	3,45 (,00-16,67)	**0,036***

*Kruskall Wallis Testi

6.3 Hizmet Alınan Kurumlar ve Sevkler

Hekimlerin ihtiyaç duyduklarında riskli bebekleri en çok sevk ettikleri sağlık kurumu % 63,3 ile eğitim araştırma hastaneleri olmuştur. İkinci sıklıkta en çok sevk edilen sağlık kurumları % 20,6 ile üniversite hastaneleri olurken hekimler preterm bebekleri en az sıklıkta % 16,1 oranında devlet hastanelerine sevk etmektedirler.

Preterm bebeklerin *sağlık sorunları, bağışıklama hizmetleri* ve *sağlık izlemleri* amacıyla çoğunlukla hizmet aldıkları kurumlar aile hekimlerinin vermiş olduğu cevaplara göre belirlenmiştir. Buna göre preterm bebeklerinin; herhangi bir *sağlık sorununda* çoğunlukla 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarından hizmet aldıklarını ifade eden hekimler % 40,5, ASM'ye ve üst basmaklara eşit sıklıkta başvurduklarını ifade eden hekimlerin oranı ise % 48,9 olmuştur. Preterm bebeklerinin çoğunlukla çalıştığı ASM'den hizmet aldığını söyleyen hekimler ise % 10,7 oranında bulunmuştur.

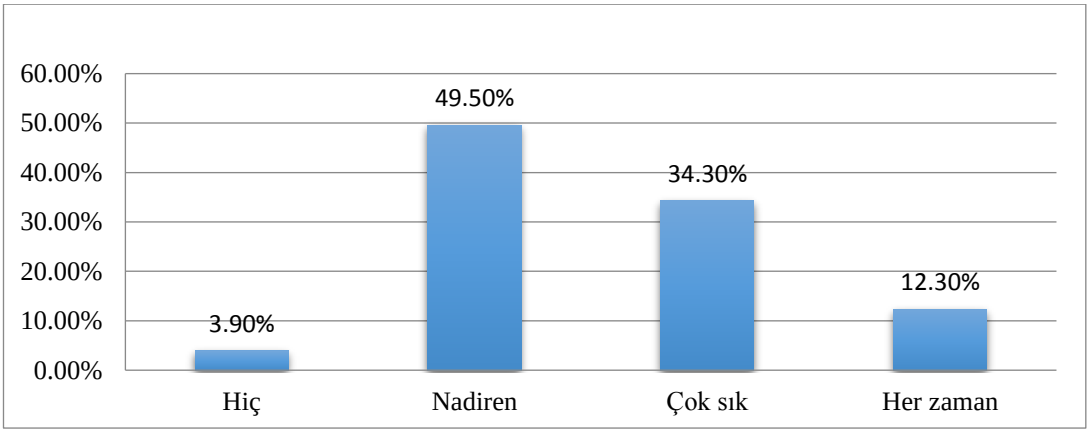
Hekimlerin % 62'sine göre preterm bebekler *bağışıklama hizmetlerini* çoğunlukla ASM'den almaktadırlar. Aynı hizmetin aileler tarafından çoğunlukla üst basamaklardan alındığını düşünen aile hekimleri tüm hekimlerin %7,5'ini oluştururken, hekimlerin 30,5'i ise ailelerin bu hizmet için ASM ve üst basamaklardan eşit sıklıkta hizmet aldıklarını belirtmişlerdir.

İzlem hizmetlerinin çoğunlukla alındığı sağlık kuruluşu sorulduğunda ise hekimlerin % 46,4'ü preterm bebeklerin bu hizmeti çoğunlukla ASM'den aldıklarını belirtmiştir. Bu hizmetin çoğunlukla üst basamaklardan alındığını ifade edenler % 7,5 oranında iken, ASM ve üst basamaklardan eşit oranda hizmet alındığını söyleyen hekimler % 44,1 oranındadır (Tablo 12).

Tablo.12 Sağlık Sorunları, İzlemleri Ve Bağışıklama İçin Hizmet Alınan Sağlık Kurumları

Alınan hizmet tipi	Hizmetin çoğunlukla alındığı Sağlık Kurumu		
	ASM N (%)	İkinci veya üçüncü basamak N (%)	Eşit sıklıkta N (%)
Sağlık sorunu	47 (10,7)	178 (40,5)	215 (48,9)
Bağışıklama	273 (62,0)	33 (7,5)	134 (30,5)
Sağlık izlemi	204 (46,4)	42 (9,5)	194 (44,1)

Aile hekimleri preterm bebek ve çocukları herhangi bir nedenle üst basamağa sevk etme sıklıklarını ise en fazla % 49,5 oranında 'nadiren' olarak belirtmişlerdir. (Şekil 1). 54 Hekim (% 12,3) ise preterm bebekleri her zaman üst basamaklara sevk ettiği ifade etmiştir.



Şekil 1. Aile hekimlerinin preterm bebek ve çocukları sevk etme sıklıkları

Aile hekimleri preterm bebekleri sevk etme ihtiyacı duyduklarında, bebeğin sevke ihtiyaç duyulan sağlık sorununun en sık % 73,0 ile büyüme geriliği olduğu görülmüştür. Büyüme geriliğini % 61,6 ile beslenme sorunları izlemiştir. En az

sıklıkta sevk etme ihtiyacı duyulan sağlık sorununun ise % 17,7 oranında ağız ve diş sağlığı sorunları olduğu görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13. Sevk edilen preterm bebeklerde en sık karşılaşılan sağlık sorunları

	N	%
Büyüme geriliği	**321**	**73,0**
Beslenme sorunları	271	61,6
Görme sorunları	252	57,3
Solunum sistemi rahatsızlıkları	219	49,8
Bağışıklama hizmetleri	212	48,2
Nörolojik gelişim geriliği	207	47,0
İşitme sorunları	204	46,4
Enfeksiyon hastalıkları	81	18,4
Ağız ve diş sağlığı sorunları	**78**	**17,7**

6.4 Aile Hekimlerinin Eğitim Alma Durumları

Aile hekimlerinin % 57,7'si daha önce riskli yenidoğanın izlemi konusunda hiç teorik eğitim aldığını belirtirken; % 39,3'ü ise daha önce konuyla ilgili pratik eğitim almamıştır (Tablo 14).

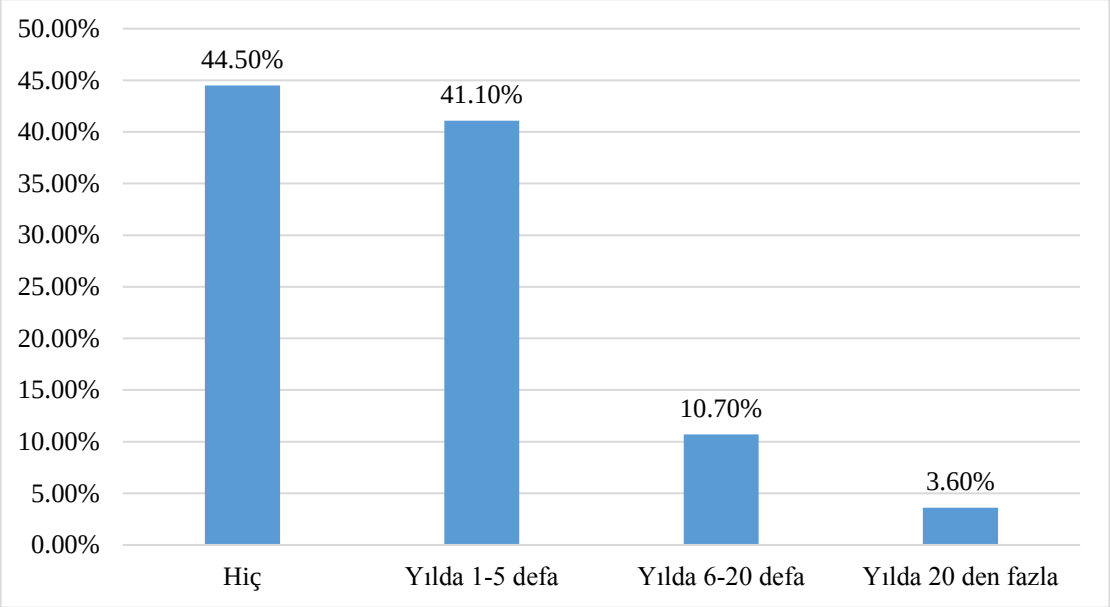
Tablo 14. Hekimlerin teorik ya da pratik eğitim alma durumları

	Alan N (%)	Almayan N (%)	Hatırlamayan N (%)
Teorik eğitim	254 (57,7)	67 (15,2)	119 (27,0)
Pratik eğitim	173 (39,3)	146 (33,2)	121 (27,5)

Hekimlerin riskli yenidoğanın izlemi konusunda pratik ya da teorik eğitim alma durumlarına göre sevk etme ihtiyacı duydukları preterm bebeklerde karşılaştıkları sağlık sorunları incelendiğinde; ağız ve diş sağlığı rahatsızlıkları için sevk edenlerin pratik eğitim almayanlarda, alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,024). Diğer sağlık sorunlarına için yapılan karşılaştırmalarda ise ilişki saptanmamıştır (hepsi için p> 0,05).

6.5 Preterm Bebeklere Yönelik Evde Bakım Hizmeti

Son bir yıl içerisinde aile hekimlerinin ve/veya aile sağlığı çalışanlarının preterm bebeklere yönelik evde bakım hizmeti verme sıklıklarına bakıldığında hiç vermediklerini ifade eden hekimler 196 kişi (% 44,5); yılda 1 - 5 defa verdiklerini söyleyenler 181 kişi (% 41,1); yılda 6 - 20 defa verdiklerini söyleyenler 47 kişi (% 10,7); yılda 20'den fazla verdiklerini söyleyenler ise 16 kişidir (% 3,6), (Şekil 2).



Şekil 3. Preterm bebek ve çocuklara yönelik evde bakım hizmeti sıklıkları

6.6 Hekimlerin Tutum Özellikleri ve Eğitim İhtiyacları

Aile hekimlerinin; 5'li likert tipi ölçekte, preterm bebek izlemleri ile ilgili tutumlarını, eğitim ihtiyaçlarını ve bu konudaki hizmetlerini yeterli bulup bulmadıklarını değerlendiren ifadelere ne kadar katıldıklarının dağılımı tablo 15'de detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 15. Tutum, Eğitim İhtiyacı, Verilen Hizmetler Hakkındaki Görüşler

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Preterm bebek ve çocuk izlemlerinin çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceğini düşünüyorum.	N	45	118	91	151	34
	%	(10,3)	(26,9)	(20,7)	**(34,4)**	(7,7)
Preterm bebeklerin ve çocukların izlemleri her zaman ikinci veya üçüncü basamakta uzman pediatrist tarafından yapılmalıdır.	N	28	177	75	120	39
	%	(6,4)	(40,3)	(17,1)	(27,3)	(8,9)
Preterm bebeklerin ve çocukların bakımlarının değerlendirilmesi amacıyla eğitim almış sağlık personelleri tarafından ev ziyaretleri yapılması gerekir.	N	21	84	93	209	31
	%	(4,8)	(19,2)	(21,2)	**(47,7)**	(7,1)
Preterm bebek ve çocuk izlemleri ile ilgili verdiğim hizmetin yeterli olduğunu düşünüyorum.	N	18	89	152	161	20
	%	(4,1)	(20,2)	(34,5)	**(36,6)**	(4,5)
Preterm bebek ve çocuk izlemleri ile ilgili eğitim ihtiyacımın olduğunu düşünüyorum.	N	16	41	76	223	84
	%	(3,6)	(9,3)	(17,3)	**(50,7)**	(19,1)

6.7 Öz Yeterlilikler ve Genel Öz Yeterlilik

Aile hekimlerinin; 5'li likert tipi ölçekte, preterm bebek izlemleri ile ilgili bazı bilgi ve becerilerle ilgili özyeterliliklerini değerlendiren ifadelere ne kadar katıldıklarının dağılımı tablo 16'da detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 16. Aile hekimlerinin preterm bebek izlemleri ile ilgili bilgi ve beceri durumları

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Preterm bebeklerin izlemlerinde düzeltilmiş yaş kavramını uygulayabilirim.	N	12	51	137	216	23
	%	(2,7)	(11,6)	(31,2)	(49,2)	(5,2)
Preterm bebeklerde büyüme geriliğini tespit edebilirim.	N	4	23	73	295	44
	%	(,9)	(5,2)	(16,6)	(67,2)	(10,0)
Preterm bebeğin beslenmesi ile ilgili sorunları ve ihtiyaçları tespit edebilirim.	N	10	53	88	255	33
	%	(2,3)	(12,1)	(20,0)	(58,1)	(7,5)
Preterm bebeklerin nörolojik gelişimlerini değerlendirebilirim.	N	15	65	148	190	21
	%	(3,4)	(14,8)	(33,7)	(43,3)	(4,8)
Preterm bebekleri işitme taramaları için zamanında yönlendirebilirim.	N	7	36	77	256	64
	%	(1,6)	(8,2)	(17,5)	(58,2)	(14,5)
Preterm bebekleri prematür retinopatisi taraması amacıyla zamanında yönlendirebilirim.	N	14	43	94	226	62
	%	(3,2)	(9,8)	(21,4)	(51,5)	(14,1)
Preterm bebekleri bağışıklayabilirim.	N	6	25	59	250	99
	%	(1,4)	(5,7)	(13,4)	(56,9)	(22,6)
Respiratuar Sinsityal Virüs profilaksisi gerektiren durumları tespit edebilirim.	N	22	118	162	118	19
	%	(5,0)	(26,9)	(36,9)	(26,9)	(4,3)
Prematür apnesi ile ilgili ebeveynlere danışmanlık hizmetleri verebilirim.	N	13	88	123	180	35
	%	(3,0)	(20,0)	(28,0)	(41,0)	(8,0)
Bronkopulmoner displazi ile ilgili ebeveynlere danışmanlık hizmetleri verebilirim.	N	18	109	151	136	26
	%	(4,1)	(24,8)	(34,3)	(30,9)	(5,9)
Ani bebek ölüm sendromunu önlemeye yönelik ebeveynlere danışmanlık hizmetlerini verebilirim.	N	19	66	94	226	35
	%	(4,3)	(15,0)	(21,4)	(51,4)	(8,0)
Preterm bebeklerde osteopeniyi tespit edebilirim.	N	42	161	126	97	13
	%	(9,6)	(36,7)	(28,7)	(22,1)	(3,0)
Preterm bebeklerde umbilikal ve inguinal hernileri tespit edebilirim.	N	6	45	87	245	56
	%	(1,4)	(10,3)	(19,8)	(55,8)	(12,8)
Dental sorunlar ile ilgili ebeveynlere danışmanlık hizmetlerini verebilirim.	N	11	62	113	223	31
	%	(2,5)	(14,1)	(25,7)	(50,7)	(7,0)

Hekimlerin; preterm bebeklerin izlemleri ile ilgili bilgi ve becerilerinin değerlendirildiği ifadelere ne kadar katıldıklarına göre hesaplanan yeterlilik

skorlarına bakıldığında tüm hekimlerin GÖY skoru ortalaması 48,10 ± 7,01, ortanca 49 (min:16, max:67), toplam skora göre 42 puanın üzerinde alarak 'GÖY'ü yüksek' olarak kabul edilenlerin oranı ise % 79,8 (343 kişi) bulunmuştur. En çok sıklıkta 'yüksek öz yeterlilik' (YÖY) hissedilen konu pretermlerin bağışıklanmaları olurken (% 79,5) en çok sıklıkta 'düşük öz yeterlilik' (DÖY) hissedilen konunun ise osteopeniyi tespit edebilme becerisi olduğu (% 74,9) görülmüştür (Tablo 17).

Tablo 17. Hekimlerin İzlemlere Yönelik Bilgi ve Becerilerdeki Öz Yeterlilik Durumları

	DÖY n (%)	**YÖY n (%)**
Düzeltilmiş yaş kavramını uygulayabilirim.	200 (45,6)	239 (54,4)
Büyüme geriliğini tespit edebilirim	100 (22,8)	339 (77,2)
Beslenme ile ilgili sorunları ve ihtiyaçları tespit edebilirim.	151 (34,4)	288 (65,6)
Nörolojik gelişimlerini değerlendirebilirim.	228 (51,9)	211 (48,1)
İşitme taramaları için zamanında yönlendirebilirim.	120 (27,3)	320 (72,7)
Prematür retinopatisi taraması amacıyla zamanında yönlendirebilirim.	151 (34,4)	288 (65,6)
Bağışıklayabilirim.	90 (20,5)	349 **(79,5)**
RSV profilaksisi gerektiren durumları tespit edebilirim.	302 (68,8)	137 (31,2)
Prematür apnesi ile ilgili danışmanlık yapabilirim.	224 (51,0)	215 (49,0)
BPD ile ilgili danışmanlık yapabilirim.	278 (63,2)	162 (36,8)
ABÖS' ü önlemeye yönelik danışmanlık yapabilirim.	179 (40,7)	261 (59,3)
Osteopeniyi tespit edebilirim.	329 **(74,9)**	110 (25,1)
Umbilikal ve inguinal hernileri tespit edebilirim.	138 (31,4)	301 (68,6)
Dental sorunlar ile ilgili danışmanlık yapabilirim.	186 (42,3)	254 (57,7)

Aile hekimlerinin preterm bebek izlemleri ile ilgili GÖY skorlarının hekimlerin demografik verileri ile ilişkisi incelendiğinde (Tablo 18); konuyla ilgili hem teorik eğitim alanlarda hem de pratik eğitim alanlarda GÖY skorları; eğitim alıp almadığını hatırlamayanlara veya almamış olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (her ikisi için de $p< 0,001$). GÖY skorları ile hekimlerin cinsiyetleri,

yaşları, uzmanlık durumları, TSM ya da AÇSAP tecrübebeleri ve mesleki tecrübeleri arasında ise ilişki saptanmamıştır (hepsi için p> 0,05).

Tablo 18. GÖY skorlarının uzmanlık durumu ve eğitimi alma durumu ile ilişkisi

		GÖY skoru		P
		Ort ± ss	Medyan (min-max)	
Uzmanlık	Aile hekimi	47,92 ± 6,74	49,00 (16 - 67)	0,084
	Uzman	49,40 ± 8,68	51,00 (29 - 65)	
Teorik eğitim	Almış	49,53 ± 7,04	51,00 (23 - 67)	**< 0,001***
	Almamış ya da hatırlamıyor	46,15 ± 6,49	46,00 (16 - 64)	
Pratik eğitim	Almış	50,48 ± 6,71	51,00 (28 - 67)	**< 0,001***
	Almamış ya da hatırlamıyor	46,55 ± 6,77	47,00 (16 - 62)	

*Mann Whitney U Testi

6.8 ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

6.8.1 *Sağlık Sorunları* İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle ilişkisi

Preterm bebeklerin *sağlık sorunları* için çoğunlukla hizmet aldıkları kurumlar ile hekimlerin demografik verileri, preterm bebekleri sevk etme sıklıkları, konuyla ilgili daha önce eğitim alıp almama durumları, preterm bebeklere yönelik evde sağlık hizmeti verme durumları, preterm bebek izlemleri konusundaki tutumları, ilçenin İGE grubu ve GÖY skorları karşılaştırıldığında; preterm bebeklerini hiç sevk etmeyen veya nadiren sevk etme eğiliminde olan aile hekimlerinden, çok sık sevk eden ya da her zaman sevk etme eğiliminde olan hekimlere göre anlamlı olarak daha sık hizmet alındığı görülmüştür (p<0,02). Hekimlerin GÖY skorlarına bakıldığında ise; preterm bebeklerin yüksek GÖY'e sahip hekimlerden, düşük GÖY'e sahip hekimlere göre anlamlı olarak daha sık hizmet aldıkları görülmüştür (p<0,014). Diğer anlamlı bulunan sonuç ise hekimin erkek olmasının, çoğunlukla ASM'den hizmet alınma sıklığını artırıyor olmasıdır (p< 0,011).

Hekimlerin yaşı, uzmanlık durumları, TSM ya da AÇSAP tecrübeleri, evde bakım hizmeti verme sıklıkları, teorik ya da pratik eğitim almış olma durumları ve ilçenin İGE grubu ile hizmet alınan kurum arasında ise ilişki bulunmamıştır (hepsi için p> 0,05), (Tablo 19).

Tablo 19. *Sağlık Sorunları* İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle ilişkisi

		Çoğunlukla hizmet alınan sağlık kurumu				P
		ASM		2. ve 3. basamak S.K.		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	13	(6,6)	185	(93,4)	**0,011***
	Erkek	34	(14,0)	208	(86,0)	
Uzmanlık Durumu	Aile hekimi	41	(10,6)	347	(89,4)	0,831
	Uzman	6	(11,5)	46	(88,5)	
Sevk sıklığı	Hiç veya nadiren	35	(14,9)	200	(85,1)	**< 0,002***
	Çok sık veya her zaman	12	(5,9)	193	(94,1)	
Evde bakım hizmeti verme sıklığı	Hiç veya yılda 1-5 defa	37	(9,8)	340	(90,2)	0,150
	Yılda 6-20 defa veya 20'den fazla	10	(15,9)	53	(84,1)	
GÖY Skoru	Düşük GÖY	3	(3,4)	84	(96,6)	**0,014***
	Yüksek GÖY	43	(12,5)	300	(87,5)	

*Ki-Kare Testi

6.8.2 *Bağışıklama Hizmetleri* İçin ASM'lerden Hizmet alımının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Preterm bebeklerin bağışıklama hizmetleri için çoğunlukla hizmet aldıkları kurumlar ile hekimlerin demografik verileri, preterm bebekleri sevk etme sıklıkları, konuyla ilgili daha önce eğitim alıp almama durumları, preterm bebeklere yönelik evde sağlık hizmeti verme durumları, preterm bebek izlemleri konusundaki tutumları, ilçenin İGE grubu ve GÖY skorları karşılaştırıldığında; preterm bebeklerini hiç sevk etmeyen veya nadiren sevk etme eğiliminde olan aile hekimlerinden, çok sık sevk

eden ya da her zaman sevk etme eğiliminde olan hekimlere göre anlamlı olarak daha sık bağışıklama hizmeti alındığı görülmüştür (p:0,045), (Tablo 20).

Tablo 20. *Bağışıklama Hizmetleri* İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle ilişkisi

		Hizmet alınan sağlık kurumu				P
		ASM		2. ve 3. basamak S.K.		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	122	(61,6)	76	(38,4)	0,867
	Erkek	151	(62,4)	91	(37,6)	
Uzmanlık durumu	Aile hekimi	242	(62,4)	146	(37,6)	0,701
	Uzman	31	(59,6)	21	(40,4)	
Sevk etme sıklığı	Hiç veya nadiren	156	(66,4)	79	(33,6)	**0,045***
	Çok sık veya her zaman	117	(57,1)	88	(42,9)	
GÖY Skoru	Düşük GÖY	54	(62,1)	33	(37,9)	0,925
	Yüksek GÖY	211	(61,5)	132	(38,5)	

*Ki-Kare Testi

Hekimlerin yaşı, cinsiyeti, uzmanlık durumları, TSM ya da AÇSAP tecrübeleri, evde bakım hizmeti verme sıklıkları, teorik ya da pratik eğitim almış olma durumları, ilçenin İGE grubu ve GÖY skorları ile çoğunlukla hizmet alınan kurum arasında ise ilişki bulunmamıştır (p> 0,05).

6.8.3 *Sağlık İzlemi* İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Preterm bebeklerin sağlık izlemi hizmetleri için çoğunlukla hizmet aldıkları kurumlar ile hekimlerin demografik verileri, preterm bebekleri sevk etme sıklıkları, konuyla ilgili daha önce eğitim alıp almama durumları, preterm bebeklere yönelik evde sağlık hizmeti verme durumları, preterm bebek izlemleri konusundaki tutumları ve GÖY skorları karşılaştırıldığında; preterm bebeklere yönelik yılda 6 veya 6'dan fazla sayıda evde bakım hizmeti verilen aile hekimliği birimlerinden, hiç evde bakım hizmetinin verilmediği ya da yılda 6'dan daha az evde bakım hizmeti veren birimlere göre, anlamlı olarak daha sık sağlık izlem hizmeti alındığı görülmüştür (p: 0,01), (Tablo 21).

Tablo 21. Sağlık İzlemi İçin ASM'lerden Hizmet Alımının Diğer Değişkenlerle İlişkisi

		Hizmet alınan sağlık kurumu				P
		ASM		2. ve 3. basamak S.K.		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	82	(41,4)	116	(58,6)	0,060
	Erkek	122	(50,4)	120	(49,6)	
Uzmanlık durumu	Aile hekimi	185	(47,7)	203	(52,3)	0,130
	Uzman	19	(36,5)	33	(63,5)	
Sevk etme sıklığı	Hiç veya nadiren	116	(49,4)	119	(50,6)	0,401
	Çok sık veya her zaman	88	(42,9)	117	(57,1)	
Evde bakım hizmeti verme sıklığı	Hiç veya yılda 1-5 defa	161	(42,7)	216	(57,3)	**0,001***
	Yılda 6-20 defa veya 20'den fazla	43	(68,3)	20	(31,7)	
GÖY Skoru	Düşük GÖY	39	(44,8)	48	(55,2)	0,798
	Yüksek GÖY	159	(46,4)	184	(53,6)	

*Ki-Kare Testi

Hekimlerin yaşı, cinsiyeti, uzmanlık durumları, sevk sıklıkları, TSM ya da AÇSAP tecrübeleri, teorik ya da pratik eğitim almış olma durumları, ilçenin İGE grubu ve GÖY skorları ile hizmet alınan kurum arasında ise ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

6.8.4 Sevk Sıklığının Hekimin Diğer Özellikleri İle Karşılaştırılması

Aile hekimlerinin preterm bebekleri herhangi bir nedenle üst basamaklara sevk etme sıklıkları; hekimlerin demografik özellikleri, daha önce teorik ya da pratik eğitim alma durumları, GÖY skorları, ve tutum özellikleri ile karşılaştırıldığında; preterm bebek izlemlerinin çoğunlukla birinci basamakta yapılabileceği ifadesine olumlu yanıt veren hekimlerin sevk sıklıklarının, bu konuda kararsız kalan ya da olumsuz görüş bildiren hekimlere göre anlamlı olarak daha az olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Sevk Sıklığının Hekimin Diğer Özellikleri İle Karşılaştırılması

		Sevk sıklığı				P
		Hiç veya nadiren		Çok sık veya her zaman		
		N	%	N	%	
Uzmanlık durumu	Aile hekimi	202	(52,1)	186	(47,9)	0,122
	Uzman	33	(63,5)	19	(36,5)	
İzlemlerin çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceğini düşünüyorum.	Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım	117	(46,1)	137	(53,9)	**<0,001***
	Katılıyorum, kesinlikle katılıyorum	117	(63,2)	68	(36,8)	
İzlemler ile ilgili verdiğim hizmetin yeterli olduğunu düşünüyorum.	Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım	132	(51,0)	127	(49,0)	0,219
	Katılıyorum, kesinlikle katılıyorum	103	(56,9)	78	(43,1)	
GÖY skoru	Düşük GÖY	43	(49,4)	44	(50,6)	0,368
	Yüksek GÖY	188	(54,8)	155	(45,2)	

*Ki- Kare Testi

Sevk sıklıkları ile hekimlerin cinsiyetleri, yaşları, mesleki tecrübeleri ASM deneyimleri, TSM ya da AÇSAP tecrübeleri, nüfus yoğunlukları, pratik ya da teorik eğitim alma durumları, izlemler ile ilgili verdikleri hizmeti yeterli bulup bulmama durumları ve GÖY skorları arasında ise ilişki bulunmamıştır (hepsi için p> 0,05).

6.9 Hekimlerin Teorik Ya Da Pratik Eğitim Alma Durumlarının Farklı Değişkenlerle Karşılaştırılması

Hekimlerin teorik eğitim alma durumları; hekimlerin demografik özellikleri, GÖY skorları, sevk sıklıkları, eğitim ihtiyaçları ve hizmetlerini yeterli bulma durumları ile karşılaştırıldığında; teorik eğitim alanların GÖY skoru anlamlı olarak eğitim almayanlara veya eğitim alıp almadığını hatırlamayanlara göre yüksek bulunmuştur (p<0,001), (Tablo 23). Aile hekimlerinin yaşları, cinsiyetleri, mesleki tecrübeleri, ASM, TSM, AÇSAP deneyimleri, eğitim ihtiyacları olup olmadığını düşünme

durumları ile teorik eğitim alma durumu arasında ise ilişki görülmemiştir (hepsi için p< 0,05). Ayrıca uzman hekimlerde uzman olmayanlara göre (p: 0,003), üst basamaklara nadiren ya da hiç sevk etmeyen hekimlerde daha sık sevk edenlere göre (p< 0,001) ve verdiği hizmeti yeterli bulanlarda bulmayanlara göre (p< 0,001) teorik eğitim alma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 23. Hekimlerin Teorik Eğitim Alma Durumları İle Demografik Özelliklerinin, Tutumlarının Ve GÖY Skorlarının Karşılaştırılması- I

	Teorik eğitim alma durumu				P
	Evet		Hayır, hatırlamıyorum		
	Ort ± ss	Medyan (min-max)	Ort ± ss	Medyan (min-max)	
Mesleki tecrübe (yıl)	16,50 ± 9,33	16,50 (1-43)	18,39 ± 9,14	18,50 (3-45)	0,060
Uzmanlık tecrübesi (yıl)	10,64 ± 6,14	10,00 (1-22)	11,07 ± 8,25	9,50 (2-27)	0,894
GÖY Skoru	49,53 ± 7,04	51,00 (23-67)	46,15 ± 6,49	46,00 (16-64)	**<0,001***

*Mann Whitney U Testi

Tablo 24. Hekimlerin Teorik Eğitim Alma Durumları İle Demografik Özelliklerinin, Tutumlarının Ve GÖY Skorlarının Karşılaştırılması- II

		Teorik eğitim alma durumu				P
		Evet		Hayır, hatırlamıyorum		
		N	%	n	%	
Uzmanlık durumu	Aile hekimi	214	(55,2)	174	(44,8)	**0,003***
	Uzman	40	(76,9)	12	(23,1)	
Sevk sıklığı	Hiç veya nadiren	154	(65,5)	81	(34,5)	**< 0,001***
	Çok sık veya her zaman	100	(48,8)	105	(51,2)	
Preterm bebek ve çocuk izlemleri ile ilgili verdiğim hizmetin yeterli olduğunu düşünüyorum.	Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım	131	(50,6)	128	(49,4)	**< 0,001***
	Katılıyorum, kesinlikle katılıyorum	123	(68,0)	58	(32,0)	
Preterm bebek ve çocuk izlemleri ile ilgili eğitim ihtiyacımın olduğunu düşünüyorum	Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım	81	(60,9)	52	(39,1)	0,375
	Katılıyorum, kesinlikle katılıyorum	173	(56,4)	134	(43,6)	

*Ki- Kare Testi

Karşılaştırmalar hekimlerin pratik eğitim alma durumları için de yapıldığında; benzer şekilde pratik eğitim alanlarda da GÖY skoru, eğitim almayanlara veya eğitim alıp almadığını hatırlamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p< 0,001$). Ayrıca uzman hekimlerde diğer hekimlere göre ($p< 0,001$), hizmetini yeterli bulanlarda bulmayan ya da kararsız olan hekimlere göre ($p< 0,003$) pratik eğitim alma sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

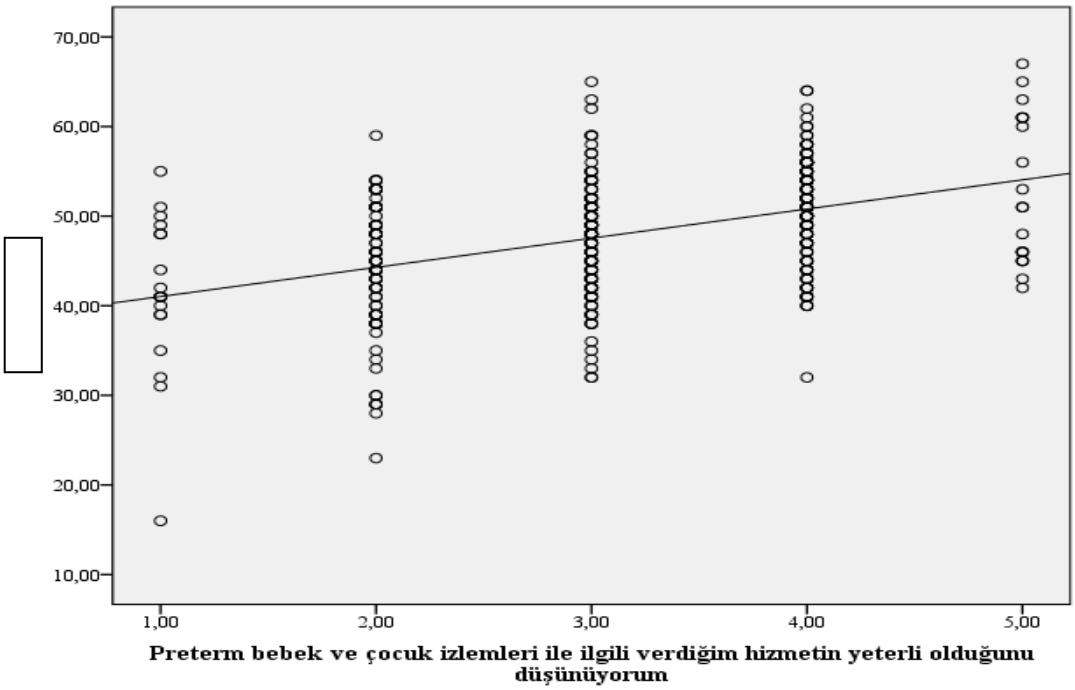
6.10 Bağımlı Değişkenler Arasında Korelâsyon Analizi

Hekimlerin preterm bebek izlemleri ile ilgili GÖY skorları, bu bebekleri sevk etme sıklıkları, preterm bebeklere verdikleri sağlık hizmetini yeterli bulup bulmamaları, bu izlemlerin çoğunlukla birinci basamakta yapılabilirliğine ilişkin düşünceleri ve bu

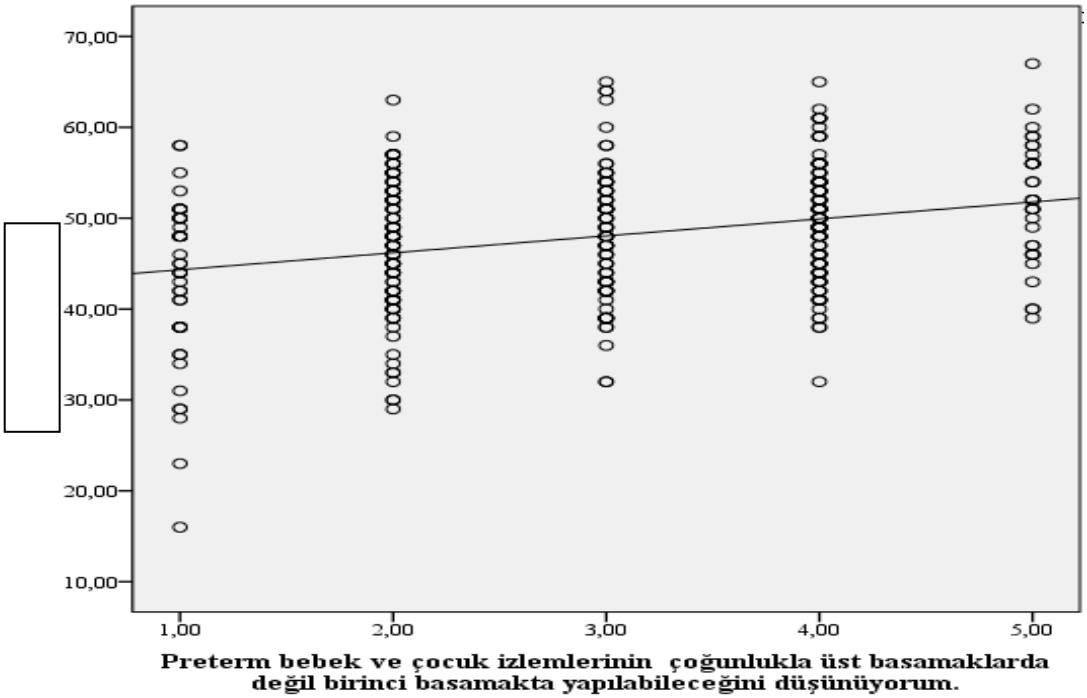
konuda eğitim ihtiyaçları olup olmadığına ilişkin düşünceleri arasındaki korelâsyon incelendiğinde; hekimlerin, izlemler ile ilgili verdikleri hizmetleri yeterli bulmaları ile GÖY skorları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelâsyon saptanmıştır ($p< 0,001$ rho: 0,424). Buna göre hekimlerin GÖY skorları arttıkça, verdikleri hizmetin yeterli olduğunu düşünme ifadeleri kesinlikle katılmıyorumdan, kesinlikle katılıyoruma doğru artış göstermiştir. Benzer şekilde, bu izlemlerin çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceğini düşünme durumları ile hekimlerin GÖY skorları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir korelâsyon saptanmıştır ($p< 0,001$ rho: 0,268). Buna göre hekimlerin GÖY skorları arttıkça preterm bebek ve çocuk izlemlerinin çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceğini düşünme ifadeleri kesinlikle katılmıyorumdan, kesinlikle katılıyoruma doğru artış göstermiştir (Tablo 25), (Şekil 3 ve 4)

Tablo 25. Bağımlı Değişkenler Arasında Korelâsyon Analizi

		GÖY skoru	Sevk sıklığı	Hizmetinin yeterli olduğunu düşünme durumu	İzlemlerin birinci basamakta yapılabileceğini düşünme durumu	Eğitim ihtiyacı olduğunu düşünme durumu
GÖY skoru	rho					
	p					
Sevk sıklığı	rho	-,065				
	p	,179				
Hizmetinin yeterli olduğunu düşünme durumu	rho	,424**	-,073			
	p	,000	,128			
İzlemlerin birinci basamakta yapılabileceğini düşünme durumu	rho	,268**	-,221**	,198**		
	p	,000	,000	,000		
Eğitim ihtiyacı olduğunu düşünme durumu	rho	-,068	,096*	-,134**	,093	
	p	,160	,043	,005	,052	
Spearman Korelâsyon Analizi						



Şekil 3. İzlem hizmetinin yeterli bulunma durumu ile GÖY skorları arasındaki korelâsyon grafiği



Şekil 4. Hekimlerin Preterm bebek ve çocuk izlemlerinin çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceğini düşünme durumları ile GÖY skorları arasındaki korelâsyon grafiği

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız; Türkiye'de aile hekimlerinin preterm bebeklerin izlemleri konusundaki tutumlarının, davranışlarının ve konu hakkındaki bilgi düzeylerinin farklı yönleriyle ele alındığı birinci basamakta yapılmış ilk çalışma özelliğini taşımaktadır.

Riskli yenidoğanın izlemi konusunda hekimlerin yaklaşık yarısı teorik eğitim almadıklarını, yarısından fazlası ise pratik eğitim almadığını, % 70 oranında ise bu konuda eğitim ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Birinci basamakta bebek ve çocuk yaş grubundaki bireylerlerle; gerek sağlık sorunları gerekse izlem ve bağışıklama hizmetleri nedeniyle sıkça karşılaşan aile hekimlerinin bu konuyla ilgili önemli derecede eğitim açıklarının olması çarpıcı bir sonuçtur. Araştırmamız daha önce hem pratik eğitim almış hekimlerin hem de teorik eğitim almış olanların preterm bebek izlemi konusundaki GÖY skorlarının eğitim almayanlara ya da alıp almadığını hatırlamayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermiş, yüksek GÖY skorlarının da hekimlerin günlük pratiklerine birçok parametre üzerinden yansıyan olumlu etkilerini ortaya koymuştur. Yüksek GÖY skoru olan aile hekimleri verdikleri hizmeti daha yeterli bulmakta, bu hizmetlerin birinci basamakta da verilebileceğine daha çok inanmakta, üst basamaklara daha az sıklıkla sevk etme ihtiyacı duymakta ve aileler tarafından daha çok tercih edilmektedirler. Miller'ın ustalık piramidinde de belirtildiği üzere klinik yeterliliğin değerlendirilmesinde kişi önce bilmeli ve artan yeterlilik ile uygulama yapabilmelidir (Miller GE, 1990).



Şekil 5. Miller'ın Ustalık Piramidi

GÖY skorları bakımından uzman hekimlerle diğer hekimler arasında anlamlı fark olmayışı uzmanlık eğitimi sürecinde riskli bebek ve çocukların bakımına yönelik verilen eğitimin niteliğini de düşündürmektedir. Ülkemizde gerek temel tıp eğitimi içeriğinde gerekse uzmanlık eğitim müfredatında çocuk sağlığına yönelik eğitim süreleri belirlenmiş olsa da her eğitim kurumu için bu rotasyonun içeriği ve niteliği farklılık gösterebilmektedir. Bu eğitimlerin çoğu ise eğitim kurumunda tamamlanmaktadır. Ancak birinci basamakta hizmet vercek aile hekimlerinin gerçek alan eğitimi derslikler dışında, uygulama sürecinde ya da başka bir deyişle "iş üstünde" gerçekleştirilmelidir. Bu eğitim modeli yeterliğe dayalı; bilgi ve beceri temelinde kişinin kendi performansını geliştirebileceği; etkin iletişim ve geribildirim tekniklerinin kullanıldığı, bir klinik ortam saha uygulaması olmalıdır (Şahin HH, 2018). Eğitim; davranış geliştirme, yetenek geliştirme, bilgi, beceri ve tutum kazanma sürecidir (Alkan, 1984). Birinci basamak hekimi için bu gelişim ve değişimin ön koşulu ise uygun klinik ortam varlığıdır. Dolayısıyla doğrudan ayakta hasta bakımını merkeze alan bir disiplin olan aile hekimliğinde uzmanlık eğitiminin öğrenim hedeflerini karşılamak için yataklı servislerde uygun olgularla karşılaşılmak sınırlı olmaktadır (Ünalan ve ark., 2016). Uzun vadede daha olumlu sağlık çıktıları alabilmek için uzman sayısının artırılması, gerek temel tıp eğitimi gerekse de uzmanlık eğitimi müfredatının riskli bebeklere yönelik pratik ve teorik saha eğitimleri ile zenginleştirilmesi ve çalışmakta olan hekimlerin bilgilerinin hizmet içi eğitimlerle tazelenmesi ve pekiştirilmesi gerektiği açıktır. DSÖ'nün 'Born Too Soon' küresel eylem raporunda prematüre ölümlerin % 75'inin birinci basmakta verilebilecek temel tıbbi destek ile önlenebilir ölümler olduğunu belirtmesi, prematür sağlığı açısından atılabilecek en önemli ve en maliyet etkin adımlardan bir tanesinin de birinci basamak hekimlerinin bu gruba vermiş olduğu hizmet kalitesini artırılması olduğu anlaşılmaktadır (Born Too Soon Global Action Report, 2012).

Çalışmamızda preterm bebek ve çocukları, üst basamağa hiç sevk etmediğini ifade eden hekimlerin hastalarının da bebeğin *sağlık sorunları* için aile hekimlerinden hizmet almayı daha yüksek oranda tercih ettiği görülmüştür. Bu sonuca paralel nitelikte yorumlanabilecek diğer bir bulgu ise preterm bebeklerin bağışıklanması için üst basamağa her zaman sevk etme eğiliminde olan hekimlerin hastalarının da anlamlı olarak bağışıklama hizmetleri için aile hekimlerinden daha

düşük oranda hizmet talep etmesidir. Bu sonuçlara bakılarak hekimlerin konu ile ilgili özgüvenleri ve sorumluluk alma yaklaşımları ile ailelerin hekime olan güvenleri arasında pozitif yönde bir korelâsyon olduğu söylenebilir. Dinç D'ye göre hasta memnuniyeti, tüm basamaklarda hastanın hizmetten beklediği yarar, katlanmaktan kurtulduğu külfet, hizmetten beklediği performans ve sunulan hizmetin sosyokültürel uygunluğunu içerir. Aldığı hizmetten memnun kalan hastalar daha fazla tedavi uyumu göstermekte ve hekimleri ile sürekli iletişim halinde kalmaktadır (Dinç D, 2009). McWhinney'e göre; aile hekimliği kendini ilişkiler bağlamında tanımlayan bir disiplindir. En temel özelliği ise hasta hekim arasındaki iletişimde süreklilik ve bireyin sağlık gereksinimleri için üstlenilen sorumluluktur. Buradaki esas konu, aile hekiminin bireyin ihtiyaç duyduğu her hizmeti karşılayamasa da hizmetlerin sürekliliği ve ilişkilerde sorumluluk duymasıdır. Aile hekimlerinin ortak noktaları; birbirleriyle aynı bilgi ya da beceriye sahip olmalarından öte hepsinin hastalarına bağlılık ve sorumluluk hissediyor olmalarıdır. Bu bağlılık ve sorumluluğu arttırabilmek içinse aile hekimleri hizmet sundukları toplumun özelliklerine göre bütünsel koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmaya gayret etmektedirler (McWhinney, 2009). Hekimin daha fazla sorumluluk alıyor olmasının yanında hasta aileleri gerek kolay ulaşılabilirlik yönünden gerekse de danışmanlık, koruyucu ve/veya tedavi edici hizmetler gibi farklı hizmetleri aynı çatı altında aynı hekimden alabiliyor olmaları nedeniyle de sevk etme ihtiyacı görmeyen hekimleri daha sıklıkla tercih ediyor olabilirler.

Çalışmamızda aile hekimleri; preterm bebek ailelerinin, bebeklerinin *sağlık sorunları* için %10 oranla kendilerinden hizmet aldıklarını belirtirken, hekimlerin % 48,9'u ise kendilerinden ve üst basamak sağlık kuruluşlarından eşit sıklıkta hizmet alındığını ifade etmişlerdir. Hekimlerin % 40,5'i ise *sağlık sorunları* için çoğunlukla birinci basamak yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alındığını belirtmiş ve bu oranın oldukça fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun *bağışıklama* ve *sağlık izlemi* hizmetleri için tamamen farklı olduğu ve ailelerin; *bağışıklama hizmetleri* için % 62 oranında *sağlık izlemi* için de %46,4 oranında birincil olarak ASM'lerden hizmet aldıkları tespit edilmiştir. Farklı hizmetler için aile hekimlerinin tercih edilme durumlarındaki bu farklılık; aile hekimlerinin negatif performansa dayalı ücretlendirmeye yönelik hizmet sunum şekli ile açıklanabilir.

Hekimler alacakları ücrete esas teşkil eden *bebek* ve *çocuk izlemleri* ile bağışıklama hizmetleri için daha motive iken preterm bebeğin *sağlık sorunlarının* birinci basamakta çözümü için aynı motivasyona sahip olmayabilirler. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularımızdan birisi de hekimlerin en fazla YÖY hissettikleri konunun bağışıklama hizmetleri olmasıdır. Bu beceri konusunda hekimin özgüveninin yüksek olması nedeniyle de aileler *bağışıklama hizmetleri* için hekimlerini daha çok tercih ediyor olabilirler. Diğer nedenler ise *bağışıklama* ve *izlem* hizmetleri için birinci basamağın kolay ulaşılabilir ve ucuz olması olabilir. Aile hekimlerinin preterm bebeklerin *sağlık sorunlarında* tercih edilmelerini etkileyen faktörlere bakıldığında erkek hekimlerin hastalarının üst basamaklar yerine kendi aile hekimlerini tercih ediyor olmaları ilginç bir detay olarak karşımıza çıkmıştır. Kerssens JJ ve arkadaşlarının Hollanda'da, yaptıkları bir araştırmada; erkek hastaların herhangi bir branştaki hekim tercihinde hekimin cinsiyetinin önemli bir rol oynamadığı, kadın hastaların ise özellikle obstetri ve jinekoloji branşında ve genel pratisyenler arasında daha çok kadın doktorları tercih ettiği görülmüştür (Kerssens JJ, 1997). Benzer şekilde Graffy J, kadın hastaların %50'sinin seçme şansları olduğunda kadın doktor tercih ettiklerini, çoğu erkek hasta için ise bu ayrımın önemli olmadığını ifade etmiştir (Graffy J, 1990). Bu sonuçlar araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçla çelişmektedir. Bu farklılığın daha çok kültürel ve inanışsal nedenlere bağlı ya da *bağışıklama* ve *sağlık izlemi* hizmetleri için benzer bir durum oluşmadığı için rastlantısal olabileceği düşünülmüştür.

Preterm bebek izlemleri konusunda aile hekimlerinin yaklaşık %37'si bu izlemlerin birinci basamakta değil çoğunlukla üst basamaklarda yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bu konuda kararsız olanların oranı %20 iken izlemlerin çoğunlukla birinci basamakta yapılabileceğini düşünen hekimlerin oranı %42,1 bulunmuştur. Hiç sevk etme ihtiyacı duymayan hekimlerde de bu izlemlerin çoğunlukla birinci basamakta yapılabilir görüşünün hâkim olduğu görülmüştür. Bu anlamda hekimlerin bu konudaki tutumları ile pratiklerinin paralel olduğunu söyleyebiliriz. Türk Neonatoloji Derneği yüksek riskli bebek izlem rehberinde bu izlemlerin kimler tarafından yapılmasının uygun olduğu konusunda yapmış olduğu sınıflamada, hafif risk (düzey 1) grubunda yer alan YDYBÜ'nde yatmış 1500 gramın üzerinde ve 34. gebelik haftasından sonra doğan bebeklerin birinci basamakta izlenebileceğini

belirtse de çalışmamıza dahil olan hekimlerin yaklaşık 3'te biri bu izlemlerin her zaman ikinci veya üçüncü basamakta uzman pediatrist tarafından yapılması görüşünde birleşmişlerdir (Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2018).

Çalışmamızda aile hekimlerinin; riskli bebek izleminin farklı konularında kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini tespit etme amacıyla yöneltilen ifadelere verdikleri cevaplara göre aile hekimleri kendilerini en fazla preterm bebeklerin bağışıklanması konusunda yeterli görmektedir. Kendilerini en yeterli buldukları diğer beceriler ise büyüme geriliğini tespit edebilme ve işitme taramaları için zamanında yönlendirebilme becerileri olmuştur. En yetersiz hissedilen becerilerde osteopeniyi ve RSV profilaksisi gerektiren durumları tespit edebilme ilk iki sırada gelmektedir. Hekimlerin preterm bebeklerin izleminlerine yönelik yeterlilik skorları ise ortalama 48.01 bulunmuş olup genel olarak aile hekimlerinin %79,8 kadarının preterm bebek izlemi konusunda kendisini yeterli gördüğü kabul edilmiştir. Ancak yine de hekimlerin yarısından azı preterm bebeklerin izlemi konusunda verdikleri hizmeti yeterli bulmuşlardır. Ayrıca izlem konusunda yüksek özyeterlilik skoru alan hekimlerin daha çok sıklıkta verdikleri hizmeti yeterli buldukları ve daha çok sıklıkta bu hizmetlerin çoğunlukla birinci basamakta yapılabileceğini düşündükleri tespit edilmiştir. Bandura A; özyeterliliği 'insanların belli bir performansa ulaşabilmelerini sağlayacak eylemleri örgütleme ve sergileme becerileri ile ilgili yargıları' olarak tanımlamıştır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere özyeterlilik kişinin belli bir görevin üstesinden gelebileceğine dair kişisel inanışıdır. Yani kişi o görev için sahip olunması gerekenden daha çok ya da daha az potansiyele sahip olduğuna inanabilir. Kişinin gerçek potansiyeli ne olursa olsun tehlikeli olmayan bir görevde iyimser yapılmış bir özdeğerlendirme kişiyi başarabileceği yönünde motive etmektedir. Eğer özyeterlilik düşüncesi her durumda bireylerin gerçek potansiyelleri kadar olsaydı insanlar nerdeyse hiç başarısız olmazlardı ama aynı sebepten ötürü kendilerini geliştirmek için harcamaları gereken fazladan çabayı da harcamazlardı (Bandura A, 1986).

Çalışmamızda aile hekimlerinin yaklaşık olarak yarısının preterm bebek ve çocukları nadiren sevk etme ihtiyacı duydukları tespit edildi. Hekimlerin sevk etme yaklaşımlarındaki çarpıcı olan gözlemimiz ise 54 aile hekiminin 'her zaman sevk ederim' cevabı vermiş olmasıdır. Sevk sıklığının uzman olup olmamakla, cinsiyetle,

mesleki tecrübe gibi hekimin demografik verileri, nüfus özellikleri ya da bu konuda eğitim alıp almama durumu ve yeterlilik düzeyiyle de ilgili olmadığı görülmüştür. Oysa aile hekimlerinin en önemli ilkelerinden birisi; belirli bir konu, ya da hastalık grubu veya özel yaklaşımlardan ziyade bireye odaklanması yaşı ve cinsiyetinden bağımsız olarak hastasının herhangi bir sağlık sorunu için hazır olmalarıdır. (McWhinney IR, Freeman T, 2012). Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Maliyet (QUALICOPS) çalışmasına göre birinci basamağın sağlık hizmetinin koordinatörü rolünü tam anlamıyla gerçekleştirebilmesi için entegre hizmet sunumuna yönelik düzenleme ve uygulamaların bir an önce gerçekleştirilmesi hizmet verenlerin sayı ve niteliklerinin arttırılması ve multidisipliner yaklaşımın oluşturulması gerekmektedir (QUALICOPC Türkiye Sonuçları, 2017).

Aile hekimleri tarafından sevk etme ihtiyacı duyulduğunda bebekteki sağlık sorununun önemli oranda büyüme ve beslenmeyle ilgili, ikinci sırada ise nörolojik gelişim geriliği olduğu görülmüştür. Literatürde preterm ya da düşük doğum ağırlıklı bebeklerin kısa ve uzun vadede tekrar hastaneye yatış nedenlerini ortaya koyan çalışmalar mevcut olsa da ayaktan verilen birinci basamak poliklinik hizmetlerine bu bebeklerin en çok hangi şikâyetler ile başvurduklarına ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Kavuncuoğlu S ve arkadaşlarının 2003 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre doğum sonrası YDYBÜ'nde tedavi görmüş bebeklerin taburculuktan sonra tekrar yatış nedenlerinin ilk iki haftada hiperbilirübinemi ve sepsis, 1-2 ayda anemi, akciğer enfeksiyonu, sepsis, 2-12 ay arasında ise sırasıyla akciğer enfeksiyonu, sepsis, diğer enfeksiyonlar ve cerrahi girişim nedeniyle olduğunu göstermiştir (Kavuncuoğlu S ve ark, 2003).

Araştırmamızda ağız ve diş sağlığı sorunları nedeniyle üst basamağa sevk etme sıklığı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Dental sorunlar konusunda ebeveynlere danışmanlık hizmeti verebilme açısından da aile hekimlerinin büyük çoğunluğu kendilerini yeterli görmüştür. Pekcici EBB ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada 3. basamakda izlenen preterm bebeklerin bir yıllık izlem sonuçlarında bebeklerin en fazla ağız ve diş sağlığı izlemi konusunda gecikme ya da karşılanmamış gereksinimleri olduğu görülmüştür (Pekcici EBB ve ark., 2016). Dolayısıyla çalışmamızda elde ettiğimiz veri aile hekimlerinin bu izlemi yeterli

düzeyde yaptıkları ve sevk ihtiyacı görmedikleri şeklinde yorumlanabileceği gibi izlemde bu konunun atlandığı ve bu yüzden sevk sıklığının az olduğu şeklinde de yorumlanabilir.

Hekimlerin neredeyse yarısının riskli bebeklere yönelik evde bakım hizmetini hiç vermedikleri, vermekte olanların çoğunluğunun ise yılda en fazla 5 kez bu hizmeti verdikleri görülmüştür. Çalışmamızda tutumla ilgili değerlendirmede ise preterm bebeklerin ve çocukların bakımlarının değerlendirilmesi amacıyla eğitim almış sağlık personelleri tarafından ev ziyaretleri yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin oranı % 54,8 bulunmuştur. Bu verilere göre; hekimlerin preterm bebekler için evde sağlık hizmeti verme tutumları ile pratiklerinin çeliştiği söylenebilir. Preterm bebeklerin özellikle YDYBB'lerinden ayrıldıktan sonra hastaneye yatışlarının azaltılmasında, komplikasyon belirtilerinin erken dönemde tespit edilmesinde, preterm bebeğin aile ortamının değerlendirilmesinde, ebeveynlerin evdeki pretermin bakımına yönelik kaygı durumlarının ve yeterliliklerinin değerlendirilmesinde, ebeveynlerin bakıma katılmalarının sağlanmasında, becerilerinin arttırılması ve cesaretlendirilmelerinde, ebeveynlerin eksik oldukları konularda eğitim alabilecekleri bir fırsat oluşturulmasında, preterm ve ailesinin günlük hayata adaptasyonlarının sağlanmasında, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde evde bakım uygulamaları oldukça değerlidir. (Pazarcıkcı F, 2017).
Aile profesyonel bir hizmet alıyor olsa dahi, uzun dönemde karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgi sahibi olmak ve bebeğin gelişimi için ne yapılması gerektiğini bilmek zorundadır (Keleş ÖD, 2012). Bununla birlikte evde bakım; bakım alan hastanın yanında bakım verenlerin de sağlık sorunları ve ihtiyaçları ile ilgilenmek ve çözüm üretmeye çalışmaktır (Collins LG ve ark., 2011). Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin daha sıklıkla yaşlı nüfusa verildiği bilinmektedir. (Enginyurt Ö ve ark., 2012; Çatak B ve ark., 2012; Thome B ve ark., 2003). Bunun nedeni ailelerin; bebeklere yönelik evde bakım hizmeti hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması ve talep etmemesi olabilir. Bizim çalışmamız evde bakım hizmeti alan bebek ailelerinin aile hekimlerini izlem amacıyla daha sıklıkla tercih ettiklerini göstermiştir. Bu bulgu aynı zamanda bebekleri için evde bakım hizmeti alan alan ailelerin; hekimlerine güvendikleri ve aile hekimlerini birincil sağlık hizmeti kaynağı olarak gördükleri şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle bebek ve çocuk yaştaki özel

risk gruplarına yönelik verilebilen evde bakım hizmeti konusunda ailelere tanıtımların yapılmasının ve konu hakkında eğitimli sağlık profesyonellerince verilen hizmetin sayısının ve kalitesinin arttırılmasının hem bebeklerin gelişimlerine olumlu etkileri hem de üst basamaklara direkt başvuruları azaltabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin demografik özelliklerinin yaş, mesleki tecrübe, aile sağlığı merkezi tecrübesi, TSM tecrübesi ve AÇSAP tecrübesi bakımından heterojen, nüfus özellikleri ve son bir yıl içerisinde karşılaştıkları preterm doğum sayıları bakımından ise benzer dağılıma sahip olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan uzman aile hekimleri ile aile hekimleri arasındaysa sayısal olarak önemli bir fark bulunmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak için uzmanlık eğitimi olmaksızın hekim alımı için son tarih olarak 2017 yılını deklare edilmiş olmasına rağmen araştırmamıza katılan hekimlerin sadece % 11,8'nin uzman hekim olması 2019 yılında bu hedeften oldukça uzak kalındığını göstermiştir (TAHUD, 2017).

Hekimlerin hizmet verdikleri, aile hekimliği bilgi sistemlerindeki kesin kayıtlı nüfus sayıları ortalama 3628 bulunmuştur. TC Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 raporunda ise İstanbul ili için aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3844 , Türkiye ortalaması ise 3481 kişi olarak belirtilmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Çalışmamıza kesin kayıtlı nüfus sayısı 1000 kişinin altında olan aile hekimleri dahil edilmediği için ortalamanın yükseldiği ve bu gurubun da dahil edilmesi durumunda İstanbul için belirlenmiş ortalama ile paralelik gösterebileceği söylenebilir. Elde edilen ortalamanın; Sağlık Bakanlığının, 2023 yılı için koymuş olduğu her aile hekimi için ortalama 1680 kayıtlı nüfus olması hedefinden bugün için oldukça uzak olduğu görülmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan, 2013-2017).

Araştırmamızda hekimlerin kayıtlı nüfus istatistiklerine bakıldığında her hekimin toplam nüfusunun yaklaşık 10'da biri gibi önemli bir kısmını 5 yaş altı bebek ve çocukların oluşturduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin son bir yılda kendi birimlerinde karşılaştıkları preterm doğum sayıları ise ortanca 3 bulunmuştur. TC Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen; yıllık bebek izlem sayısının her bebek için en az yılda 7 defa olması gerektiğidir. Buna göre bir aile hekiminin sadece izlem hizmeti için yılda 25 kez 1 yaş altı preterm bebekle karşılaştığı kabaca tahmin

edilebilir. Bir ila beş yaş arasındaki preterm doğmuş çocukların da çeşitli sebeplerle aile hekimlerine başvurdukları düşünüldüğünde bu sayı katlanmaktadır. Wade KC ve arkadaşlarının Amerika'da yaptıkları çok merkezli bir çalışmada 23. ile 32. haftalar arasında doğmuş 892 preterm bebeğin YDYBÜ'den taburcu olduktan sonraki ilk bir yılda herhangi bir sebeple yapılmış doktor vizitleri sayıları araştırılmıştır. Bu araştırmaya göre her bebeğin 1 yıldaki ortalama vizit sayısı 20 bulunmuş bu vizitlerin de %21'inin sağlıklı bebek izlemi için, % 58'nin ise sağlık sorunları nedeniyle yapıldığı belirtilmiştir (KC Wade, 2008). Hem YDYBB'lerinin hem de yenidoğan uzmanı sayısının yetersiz olduğu ülkemiz için bu sayının daha yüksek olabileceği tahmin edilebilir. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği'nin 2018 de yayımlamış olduğu insangücü raporuna göre 100.000 çocuğa düşen Neonatolog sayısı Türkiye'de 0,17 iken; AB'de 4,23; ABD'de ise 5,02'dir. Ayrıca ülkemizde YDYBB'lerine yatışların organizasyonu da iyi olmadığından hastanelerde yığılmalar yaşanabilmektedir (Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, 2018). Ülkemizdeki her 5 yenidoğan yatağından birisi İstanbul'da bulunuyor olsa da Uslu S ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada; 2014 yılına ait verilere göre İstanbul'da her 10 000 canlı doğum için 2,1 oranında yenidoğan uzmanı bulunduğu, bu oranın İngiltere için 5,83, Amerika Birleşik Devletleri için 10,37, Almanya için ise 21,16 olduğu belirtilmiştir (Uslu S, 2016). Tam donanımlı yoğun bakım yatak sayısına bakıldığında ise Avrupa Birliği ülkelerinde 35 000 çocuğa ortalama 1 yatak düşerken ülkemizde her 146 000 çocuk için 1 yatak bulunmaktadır. Bu durumun da; hastaların hem birinci basamak düzeyinde hem de üst basamaklarda ayaktan takip sıklıklarını artırdığı tahmin edilebilir (Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, 2018). Sonuç olarak aile hekimlerinin preterm bebek ve çocuklarla talep edilen hizmet ne olursa olsun azımsanmayacak sıklıkta karşılaştıkları söylenebilir.

Araştırmamıza dâhil olan 440 aile hekimliği biriminde son 1 yıl içinde gerçekleşen doğumların % 6,02'si preterm olarak gerçekleşmiş ve WHO'nun Türkiye için 2010 yılına ait yapmış olduğu tahmin olan %12'nin oldukça altında bulunmuştur. Gestasyon haftalarına göre preterm bebeklerin dağılımları incelendiğinde; örneklemimizdeki preterm doğumların % 7'si ileri dercede preterm, % 17'si çok preterm, % 76'sı orta geç preterm olarak gerçekleşmiş olup Dünya genelindeki ortalamalara yakın değerler elde edilmiştir (Blencowe H ve ark., 2012).

İnsani gelişme endeksine göre ise son 1 yıl içerisinde doğan preterm bebek yüzdesi, yüksek İGD grubu ilçelerde diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. TNSA 2013'e göre ise; bebeklerin son 5 yıldaki doğum ağırlıklarının % 10'u 2,5 kg'dan az bulunmuş ve DDA'nın; daha önce 4 veya daha fazla doğum öyküsü olan, doğu bölgesinde ve kırsal alanda yaşayan, düşük eğitim ve refah düzeyine sahip anneler tarafından dünyaya getirilen bebeklerde daha sık olduğu gösterilmiştir. İstanbul'da ise aynı dönemdeki canlı doğumların %8,5'inin DDA'lı bebekler olduğu belirtilmiştir (TNSA, 2013). Glinianaia ve arkadaşlarının İngiltere'de yapmış oldukları toplum tabanlı bir kohort çalışmasına göre; 1960 ile 2000 yılları arasında sosyal eşitsizliğe bağlı olarak, yoksul olan bölgelerde preterm doğum eyleminin arttığı yoksul olmayan bölgelerde azaldığı, toplamda ise bu 40 yıllık süreçte preterm doğum oranında önemli bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir (Glinianaia SV, 2013). Eiríksdóttir VH ve arkadaşları ise İzlanda'da; 2008'de yaşanan ekonomik kriz sonrası DDA'lı bebek doğumlarının arttığını ancak preterm doğum oranın değişmediğini ifade etmişlerdir (Eiríksdóttir VH, 2013). Bu veriler bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçla çelişiyor olsa da, 2017 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda (TSİY); İstanbul ili için neonatal ölüm hızının tüm haftalarda ve 28. haftadan sonra doğan bebekler ile 1000 gramın üzerinde doğum tartısı olan bebeklerde Türkiye ortalamasına göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (TSİY, 2017). O nedenle elde ettiğimiz veri; İGE arttıkça ailelerin nitelikli neonatal bakım hizmetlerine ulaşma şansının da artırdığı ve bu bebeklerin daha yüksek oranda hayatta kaldıkları için İstanbul'da yüksek İGD ilçelerdeki preterm oranının çalışmamızda daha yüksek bulunmasına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir. Çetinkaya S ve arkadaşları, erken doğum eyleminin öngörü ve tanısına yönelik yapmış oldukları bir derlemede; doğumun etiyolojisinde ve risk faktörleri arasında, adölesan yaştaki gebelikler, ileri anne yaşı, çoğul gebelik, yetersiz antenatal bakım, yardımlı üreme teknik kullanımı gibi nedenlerin yanında partnersiz yalnız annelik, anksiyete, depresyon, boşanma, ayrılma, eş ya da cocuk kaybı, mesleki sorunları içeren kişisel yaşamla ilgili özel sorunlar gibi göreceli subjektif pek çok faktör de yer aldığından bu risk faktorlerinin birçoğu ile aralarındaki sebep-sonuç ilişkilerini ortaya koymanın çok zor olduğunu belirtmişlerdir (Çetinkaya S ve ark., 2017). Bizim çalışmamız ve bu konudaki diğer araştırmalar, hem nüfus alt gruplarındaki

farklılıklar hem de bağlamsal faktörlere bağlı olması nedeni ile preterm doğum eylemi sıklığında, sosyal koşulların etkisini değerlendirmenin güç olduğunu göstermiştir.

7.1 Çalışmanın Güçlü Yanları

Araştırmamız Türkiye'nin nüfus yoğunluğu en fazla olan ilinde; İstanbul'da 440 aile hekimi ile yürütülmüştür. Sadece nüfus yoğunluğu açısından değil farklı kültür, inanış ve sağlık davranışları açısından da oldukça zengin olduğunu düşündüğümüz İstanbul ilinin tüm ilçelerini kapsayacak şekilde yapılmış olması araştırmamızın güçlü yanlarından birisidir.

Çalışmamız preterm bebek ve çocuk izlemleri konusunda birinci basamakta yapılmış ilk araştırma özelliğini taşımaktadır. Aile hekimlerinin perspektifinden; bu izlemlerle ilgili hekimlerin pratiklerinin yanında tutumları, farklı bilgi ve becerilere ait öz yeterlilikleri ile ilgili de değerli bilgilere ulaşılmıştır. Elde edilen verilerin; riskli bebek izlemleri konusunda gerek sağlık eğitimcilerine gerekse de politika yapıcı ve uygulayıcılara fikir verici ve yol gösterici olacağına inanıyoruz.

7.2 Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamız İstanbul'un tüm ilçelerinde yürütülmüş olsa da İstanbul'daki hiçbir ilçenin düşük insani gelişme endeksi grubundaki ilçeler arasında yer almaması nedeniyle araştırma sonuçlarını Türkiye için genellemek doğru olmayabilir.

Çalışmamızdaki zaman ve araştırmacı sayısındaki kısıtlılık nedeniyle aile sağlığı elemanları çalışma dışı tutulmuştur. Ancak veri toplama aşamasında aile hekimlerinin özellikle niceliksel veriler konusunda sıkça aile sağlığı çalışanlarına danıştıkları ve fikir alışverişi yaptıkları izlenmiştir. Bu nedenle daha geniş zaman aralığına yayılmış, aile sağlığı çalışanlarının da dahil edildiği benzer çalışmaların planlanması konunun farklı yönlerinin de ele alınmasını sağlayabilir.

Anketimizde hekimlerden isimleri ya da çalıştıkları kurum isimleri istenmemiş olsa da katılımcılar preterm bebek ve çocuklarda karşılaşılan sağlık sorunları ile ilgili özyeterlilik ve tutum sorularına cevap verirken bilgi eksikliği ya da

yanlış tutum, davranış olabileceğini düşündükleri cevaplardan yasal sorunlara yol açabileceği endişesiyle kaçınmış olabilirler.

Araştırmamızın evreninde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri de olmasına rağmen rastgele seçim yöntemiyle belirlediğimiz örneklemimizde İstanbul'da aktif olarak çalışan 6 adet E-ASM'nin hiçbirisi yer almamıştır. Bu nedenle elde edilen veriler E-ASM'lerde görev yapmakta olan asistan aile hekimleri hakkında fikir vermemektedir.

Araştırmamızın kısıtlılıklarından bir tanesi de elde edilen preterm sayı ve yüzdelerinin, aile hekimlerinin vermiş olduğu çoğunlukla tahmini rakamlar olması nedeniyle preterm görülme sıklığı hakkında sadece fikir verici değerler olarak kullanılabilmesidir.

Çalışmamız niceliksel bir çalışma olduğundan hekimlerin bazı farklı tutum ve davranışlarının arkasındaki karmaşık örüntüyü açıklayamamıştır. Bu özelliği de araştırmamızın zayıf yönlerinden birisi olarak kabul edilebilir.

7.3 Sonuç

Prematürite ve prematüriteye bağlı sağlık sorunları Türkiye'de ve Dünya'da çocukluk çağındaki mortalite ve morbidite nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktır. Dünya Sağlık Örgütü prematür doğumlara bağlı bebek ölümlerinin %50 oranında azaltılmasını 2025 hedefi olarak belirlemiştir. Oluşturulacak eylem planında pek çok alanda yürütülmekte olan mevcut uygulamaların güçlendirilmesinin yanı sıra, prematüre bebek ölümlerinin önlenmesi, prematür bebeklerin bakımı ve yaşam kalitesinin artırılması ve yeni faaliyetlerin uygulamaya geçirilmesi planlanmaktadır. Bu sorunun çözümüne yönelik atılabilecek adımlardan bir tanesi de bebek ve çocuk izlemlerinin niteliğinin iyileştirilmesidir. Ülkemizde halen çoğunluğu birinci basamakta yürütülen sağlıklı bebeklerin izlemlerinden pek çok yönüyle farklı bir yaklaşım gerektiren riskli bebek izlemlerinin nasıl, nerede ve kimler tarafından yürütülmesi gerektiğine ilişkin yeterli bir protokol ya da standardizasyon bulunmasa da gerek temel tıp eğitimi müfredatının gerekse de uzmanlık eğitimi müfredatının riskli bebeklere yönelik pratik ve teorik eğitimlerle zenginleştirilmesi ve sahada aktif olarak çalışmakta olan birinci basamak hekimlerinin bilgilerinin hizmet içi eğitimlerle tazelenmesi ve pekiştirilmesi

gerektiği açıktır. Uzman hekim sayısının artırılması ve evde bakım hizmeti kapsamında daha fazla sayıda preterm bebeğe ulaşılması ve daha güvenilir veriler elde edebilmek adına ulusal sağlık kayıt sisteminin iyileştirilmesi de atılabilecek diğer önemli adımlar olarak görülmektedir.

8. REFERANSLAR

Agostoni A, et al. Enteral nutirient supply for preterm infants: commentary from the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Committe on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010; 50(1) 85-91.

Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı WONCA Europe2002. Başak O.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013. 25.01.2013 Tarihli Resmi Gazete.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, Türkiye Aile Hekimliği Yüksek Kurulu, 2013

Akman İ, Coşkun Y. Riskli Bebeklerin Aşılanması. Riskli Bebek İzlemi, sayfa 148-161, 2017

Akman İ, Coşkun Y. Riskli Bebek İzlemi. Bronkopulmoner Displazili Bebeğin İzlemi. 2017; 13: 198-206.

Alkan, C., 1984. Eğitim Teknolojisi, Ankara: Asama Matbaacılık

American Academy of Pediatrics. Hepatitis B. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin W, Long SS, eds. Red Book. 2012 Report of the committee on Infectious Diseases. 29th ed. Elk Grove Viilage, IL: American Academy of Pediatrics: 2012.

American Acedemy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Infant Oral Health Subcommittee. Guideline on infant oral health care. Pediatr Dent 2008-2009; 30:90.

Atıcı A. Intrauterine growth curves for neonates born in Turkey: Ministry of Health and Turkish Society of Neonatology Multicenter Study. Turkish Society of Neonatology Bulletin 2011;23:41-51.

Atılmış ÜÜ, Dokgöz H, Yemişcigil A. Ani bebek ölüm sendromu. Adli Tıp Bülteni, 2006; 11(1): 30-39.

Backstrom MC, Kuusela AL, Maki R. Metabolic bone disease of prematurity. Ann Med 1996;28:275-282.

Balcıoğlu H, Bilge U. Preterm Yenidoğanlar, Çoğul Gebelikler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2018; 9(1): 33- 6.

Bandura A. (1986). Social foundations of thought and action: Asocial cognitive theory. Englewood Cliffs Prentice Hall.

Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM, Winkler-Seinstra PL, Meijer A, et al.Respiratory Syncytial Virus and Recurrent Wheeze in healthy Prterm Infants.The New England Journal of Medicine. 2013; 368: 1791-1799.

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet 2012;379(9832):2162-72.

Born too soon: The Global Action Report On Preterm Birth. Estimates for World Health Organisation, 2012.

Brooke OG, Lucas A. Metabolic bone disease in preterm infants. Arch Dis Child 1985; 60: 682-685.

Buzcu AF, Şahin AY, Karapınar E, Erol Ö, Gökçay EG, Epidemiology of under-five mortality in İstanbul: changes from 1988 to 2011. Turkish Journal of Medical Sciences, 2017.

Bülbül A, Keskin LŞ, Zübarioğlu AU, Uslu HS, Demirel Ş, Acar DB, Selalmaz M.Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, Cilt: 51, Sayı: 3, 2017 / The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital, Volume: 51, Number 3, 2017

Büyükkayacı Duman N. 2009. Pospartum erken taburculuk sonrası evde bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8, 73-82.

Carlo WA. The high-risk infant. In: Kiegman RM, Stanton BF, St. Geme III JW, Schor NF, Behrman RE, eds. Nelsontext book of pediatrics. 19th edition.Philadelphia: Elsevier Saunders Company; 2011. p.552-64.

Cilley RE. Disorders of umbilicus. In: Grosfeld JL, O'Neill JA, Fonkalsrud EW, Coran Arnold eds Pediatric Surgery, 6th edition, Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006, 1143-56.

Collins LG, Swartz K. Caregiver Care. Am Fam Physician, 2011: 83(11):1309-1317.

Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. Pediatrics 2003;111(4):914.

Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur"da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012; 10(1): 13-21.

Çetinkaya S, Biberoğlu EH, Kırbaş A, Danışman N. Erken doğum eyleminin öngörü ve tanısı. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2017;27(2):79-93

Dilli D. Hayata prematür başlayanlar, 2012; 5:88-89

Dünya Sağlık Örgütü; [03.06.2019]; erişim; https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

Ege E, Akın B, Altıntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2009; Cilt: 6 Sayı: 3 Sayfa: 197- 205.

Ehrenkranz RA, Walsh MC, Vohr BR, Jobeb AH, Wright LL, et al. Validation of the National Institutes of health consensus definition of bronchopulmonary dysplasia. Pediatrics.2005;116: 1352-1360.

Eichenwald EC. Care of the extremely low-birth-weight infant. In: TaeuschHW, Ballard RA, Gleason CA (eds). Avery's Diseases of the Newborn. 8th ed. Philadelphia: Saunders, 2005: 410-26.

Eiríksdóttir VH, Ásgeirsdóttir TL, Bjarnadóttir RI, Kaestner R, Cnattingius S Low birth weight, small for gestational age and preterm births before and after the economic collapse in Iceland: a population based cohort study, Valdimarsdóttir UA PLoS One. 2013; 8(12):e80499.

Enginyurt Ö, Öngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. Smyrna Tıp Dergisi 2012; 2(1): 45- 48.

Eras Z, Atay G, Alyamaç DE, Bingöler Pekcici BE, Dilmen U. Üçüncü basamak sağlik hizmeti veren bir hastanede taburculuk sonrasinda bütüncül izlem modeli ile izlenen çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin düzeltilmiş 12–18 ayda gelişimsel değerlendirmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;18:174–9.

Erci B. 2010. Evde bakımda halk sağlığı hemşireliği. Erci B, ed. Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 53-63.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete Tarihi:

10.03.2005. Resmî Gazete Sayısı: 25751

Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for prematüre infants. BMC Pediatrics 2013:13:59.

Frank L, Sosenko IR. Undernutrition as a major contributing factor in the pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia. Am rev Respir Dis. 1988; 138: 725-9

Glinianaia SV, Ghosh R, Rankin J, et al. No improvement in socioeconomic inequalities in birthweight and preterm birth over four decades: a population-based cohort study. **BMC Public Health** 2013; 13:345.

Gokcay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. Child Care Health Dev 2008.

Goldenberg RL, Culhane JF, Jams JD, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371: 75-84

Graffy J, Patient choice in a practice with men and women general practitioners. British Journal Of General Practice 40:13, 1990.

Heyrman J, Spreeuwenbergh C, editors. Vocational training in general practice. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 1987.

Horbar J, Badger G, Carpanter J. Trends in mortality and morbidity for very low birth weight infants 1991-1999. Pediatrics 2002; 110:143-51.

İNGEV, İnsani Gelişme Vakfı Haberleri, 2017. http://ingev.org/haberler/ingev-haberleri/ige-i-sonuclari-belli-oldu/ web adresinden 11.06.2019 tarihinde erişilmiştir.
Kavuncuoğlu S, Altuncu E, Baysoy N, Arduç A, Alparslan S, Hanedan S, Aldemir H, Özbek S, Aldemir EY. Prematürelerde Yaşamın İlk Yılında Yeniden Hastaneye Yatış Sıklığı ve Nedenleri. Turkiye Klinikleri J Pediatr. 2011;20(2):104-12

Keleş ÖD. Hayata Prematüre Başlayanlar. Prematüriteliğin aile ve toplum üzerine etkileri. 2012; 11:143.

Majnemer A, Riley P, Shevell M, Birnbaum R, Greenstone H, et al. Severe bronchopulmonary dysplasia increases risk of later neurological and motor sequelae in preterm survivors. Dev Med Child Nerol. 2000; 42: 53-60.

Mandy GT. Incidence and mortality of the preterm infant. In Uptodate, Weisman LE, Kim MS (Eds), 2018.

McWhinney, I. R. ve Freeman, T. *Textbook of Family Medicine.* United Kingdom: Oxford University Press, Inc. 2009: 26.

McWhinney IR, Freeman T. Textbook Of Family Medicine/ 3rd ed. 2012; 2:13-14.

Kavurt S, Yücel H, Hekimoğlu E, Baş AY, Demirel N, Türkbay D. Prematüre retinopatisi gelişen olgularda risk faktörlerinindeğerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 125-131.

Koç E, Baş AY, Özdek Ş, Ovalı F, Başmak H, Türkiye Prematür Retinopatisi Rehberi, sayfa 10-14, 2016.

Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. The Medical Home. Pediatrics 2002;110:184-6.

Miller GE. 'The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance.' Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, U.S. National Library of Medicine, Sept. 1990, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2400509.

Mngham LJ, et al. The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales. Pediatrics, 2009; 123(2): 312-327

National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis and implications , Hannah Blencowe, Simon Cousens, Mikkel Z Oestergaard, Doris Chou, Ann-Beth Moller, Rajesh Narwal, Alma Adler, Claudia Vera Garcia, Sarah S Rohde, Lale Say, Joy E. Lawn. Estimates for World Health Organisation, 2012.

Okumuş N. Prematürite tanımı, özellikleri, risk faktörleri ve komplikasyonları. Hayata Prematür Başlayanlar 2012; 1: 13-19.

Öncel MY, Mutlu B, Kavurt S, Baş Y, Demirel N, Akyol M, Erdeve O, Dilmen U. Respiratory syncytial virus prophylaxis in preterm infants: a cost effectiveness study from Turkey. The Turkish Journal of Pediatrics. 2012; 54: 344-351.

Pazarcıkcı F, Efe E. Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrası Evde Bakımının Sağlanmasında Hemşirenin Rolü. Makü. Sag. Bil. Enst. Derg. 2017.

Pekcici EBB, Gürsoy TR, Balcı Ö, Çelik P, Sucaklı İA, Ertem İ. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Veren Bir Merkezde İzlenen Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Veren Bir Merkezde İzlenen Prematüre Bebeklerin Bebeklerin Sağlık, Eğitim, Rehabilitasyon ve Sosyal Alanlardaki Karşılanmamış Gereksinimleri Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis / 2016; 1: 13-21

Pharoah PO, Stevenson CJ, Cooke RW, Stevenson RC.Prevalence of behaviour disorders in low birthweight infants. Arch Dis Child 1994;70(4):271-4.

Prematüre term bebeğin beslenmesi rehberi, 2018;4:41-49.

QUALICOPC Projesi Türkiye Sonuçları. Avrupa'da Birinci Basmak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, 2017:8.

Patria MF, Tagliabue C, Longhi B, Esposito S. Influenza vaccination in children at high risk of respiratory disease. Ther Av Vaccines. 2013;1(1):21-31.

Ritchie SK. 2002. Primary care of the premature ınfant discharged from the neonatal ıntensive care unit. MCN Am J Matern Child Nurs, 27, 76-85.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, Ankara. http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013 2017pdf.pdf adresinden 11.06.2019 tarihinde erişim sağlanmıştır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık hizmeti verilen kurumlar ve altyapıları; 7:140. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0 web adresinden 11.06.2019 tarihinde erişim sağlanmıştır.

Saliou P, Ajjan N, Guerin N. Efficacy and tolerance of vaccination in premature infants. Arch Pediatr. 2002; 9(6):629-37.

Sankaran K, Kalapurackal M, Tan B. Prevention of respiratory syncytial virus infections in late preterm infants. Clin J Contemp Pediatr. 2013; 15(4):241-245.

Sassa HA, Gaiva MAM, Higarashi IH, et al. 2014. Nursing actions in homecare to extremely low birth weight infant. Acta Paul Enferm, 27, 492-98.

Section on Ophthalmology, American Academy of Pediatrics; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Screening examination of premature infants for retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 2013;131:189-95.

Singer L, Martin RJ, Hawkins SW, Benson-Szekely LJ, Yamashita TS, et al. Oksygen desaturation complicates feding in infants with bronchopulmonary dysplasia after discharge. Pediatrics. 1992;90:380-384.

Simmons LE, Rubens CE, Darmstadt GL, Gravett MG. Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. Semin Perinatol 2010; 34: 408-415.

Simoes EAF. Respiratory syncytial virus infection. Lancet. 1999; 354: 847-52.

Şahin HH. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitiminde eğitim aile sağlığı merkezlerinin yeri. Uzmanlık Tezi. 2017;4.1:19.

Taş Arslan F, Turgut R. 2013. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. DEUHYO ED, 6, 119-124.

Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home Care with Regard To Definition, Care Recipients, Content and Outcome: Systematic Literature Review. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 860- 872.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. 'Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'na (TSHK) verilmek üzere hazırlanan kısa rapor. https://www.tahud.org.tr/file/ac9eef0c-0749-4d7b-9f45-03b79672e991/THSK%20Rapor%20Toplam.pdf web adresinden 12.06.2019 tarihinde erişim sağlanmıştır.

Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Sosyal Pediatri Derneği Ortak Klavuzu Kasım 2014 , Çocuk Sağlığı İzlemi , Doç. Dr. Meda Kondolot1 , Gülbin Gökçay2 , Prof. Dr. Ufuk Beyazova3 , sayfa:10-14.

Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, 2008. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017; 2: 22-24. http://www. hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf web adresinden 04.02.2019 tarihinde erişilmiştir.

Uslu S, Yüksel A, Uslu A, Turan B, Bülbül A, Egici MT, Albayrak S, Bektemur G. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, Cilt: 50, Sayı: 1, 2016 / The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital, Volume: 50, Number 1, 2016

Ünalan P, Akman M, Uzuner A. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Klinik Eğitim ve Alan Clinical education and the Field in Family Medicine Specialty Training, Turkish Family Physician cilt 1 sayı 3, 2016

Wade KC, Lorch SA, Bakewell-Sachs S, Medoff-Cooper B, Silber JH, and Escobar GJ. Pediatric care for preterm infants after NICU discharge: high number of office visits and prescription medications. Journal of Perinatology (2008) 28, 696–701. Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. Patient preference for genders of health proffesionals. Soc. Sci. Med. Vol 44, No 10, pp:1531-1540, 1997.

Waldamer A. Carlo. Nelson Textbook of Pediatrics, Chapter 97, Table 97- 3, 818-831. e1

Vohr BR. How should we report early childhood outcomes of very low birth weight infants? Semin Fetal Neonatal Med 2007;12(5):355-62.

9. EKLER

9.1 Ek-1 Preterm Bebeklerin İzlemlerinde Aile Hekimlerinin Yaklaşımları; İstanbul Örneği Anketi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Preterm Bebeklerin İzlemlerinde Aile Hekimlerinin Yaklaşımları: İstanbul Örneği Anketi

Sayın katılımcı, bu araştırma İstanbul ilinde aktif görev yapan aile hekimlerinin preterm bebeklerin izlemleri konusundaki yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla yürütülmektedir.Sorulara vereceğiniz bireysel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve sonuçları toplu olarak değerlendirilecek olup sadece bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. Katılımcılar istedikleri zaman araştırmaya katılmayı reddedebilir veya ayrılabilirler. Bu durumlarda gönüllünün paylaşmış olduğu veriler araştırmada kullanılmaz ve gizli tutulur.

Anket no :……. Tarih:……

Sorumlu Araştırmacı:Dr.Zafer Eren COŞKUN , Tel: 505 640 87 28 ,
e-posta:zaferercencoskun@hotmail.com

1. Görev yapmakta olduğunuz ilçe:……
2. Uzmanlık durumunuz:

   □ Aile hekimi □Uzman aile hekimi
3. Aile Sağlığı Merkezinizde çalışan toplam aile hekimi sayısı:……..
4. Cinsiyetiniz: □ Kadın □ Erkek
5. Yaşınız: ……
6. Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl:……
7. Sağlık Ocağı ya da Aile Sağlığı Merkezinde görev yaptığınız toplam süre:…….. yıl
8. Daha önce Toplum Sağlığı Merkezinde çalıştınız mı? (Cevabınız evet ise lütfen süresini de belirtiniz)
   □ Evet toplam ……..ay / yıl çalıştım. □ Hayır
9. Daha önce Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinde çalıştınız mı? (Cevabınız evet ise lütfen süresini de belirtiniz)
   □ Evet toplam ……..ay / yıl çalıştım. □ Hayır
10. Aile hekimliği biriminizde kesin kayıtlı olan toplam nüfusunuz: …….. kişi
11. 0-1 Yaş arasındaki kesin kayıtlı olan bebek nüfusunuz: ……..kişi
12. 1-5 Yaş arasındaki kesin kayıtlı olan çocuk nüfusunuz: …….. kişi
13. Uzman aile hekimi iseniz uzmanlık yılınız:……..
14. Son 1 yılda 37.gestasyon haftasını tamamlamadan canlı doğan toplam bebek (preterm) sayınız:

    Mümkün ise kesin rakam:…… veya Tahmini rakam:……

15. Son 1 yıl içerisinde 28.gestasyon haftasını tamamlamadan canlı doğan bebek (ileri derecede preterm) sayınız:

Mümkün ise kesin rakam:..... veya Tahmini rakam:.....

16. Son 1 yıl içerisinde 28.-32. gestasyon haftaları arasında canlı doğan bebek (çok preterm) sayınız:

Mümkün ise kesin rakam:..... veya Tahmini rakam:.....

17. Son 1 yıl içerisinde 32.-37. gestasyon haftaları arasında canlı doğan bebek (orta- geç preterm) sayınız:

Mümkün ise kesin rakam:..... veya Tahmini rakam:.....

18. İhtiyaç duyduğunuzda preterm bebekleriniz gibi riskli bebeklerinizi takip ve tedavileri için yönlendirdiğiniz/sevk ettiğiniz sağlık kuruluşunun ismi.....
.....

19. Preterm bebekleriniz sağlık sorunları için ,

Çoğunlukla çalıştığım aile hekimliği biriminden hizmet alırlar ☐
Çoğunlukla ikinci yada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alırlar ☐
Her ikisinden de benzer sıklıkta hizmet alırlar ☐

20. Preterm bebekleriniz bağışıklama hizmetleri için,

Çoğunlukla çalıştığım aile hekimliği biriminden hizmet alırlar ☐
Çoğunlukla ikinci yada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alırlar ☐
Her ikisinden de benzer sıklıkta hizmet alırlar ☐

21. Preterm bebekleriniz izlemleri için,

Çoğunlukla çalıştığım aile hekimliği biriminden hizmet alırlar ☐
Çoğunlukla ikinci yada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alırlar ☐
Her ikisinden de benzer sıklıkta hizmet alırlar ☐

22. Preterm bebek ve çocuklarda karşılaştığınız sağlık sorunları için hangi sıklıkta üst basamağa sevk edersiniz?

Hiç sevk etmem ☐ Nadiren sevk ederim ☐

Çok sık sevk ederim ☐ Her zaman sevk ederim ☐

23. Başka bir sağlık kurumuna sevk etme veya yönlendirme ihtiyacı duyduğunuz preterm bebek ve çocuklarda karşılaştığınız sağlık problemleri aşağıdakilerden hangileridir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Büyüme geriliği ……☐
Nörolojik gelişim geriliği……☐
İşitme sorunları……☐
Solunum sistemi rahatsızlıkları…. ☐
Enfeksiyon hastalıkları……☐
Beslenme sorunları……☐
Görme sorunları……☐
Bağışıklama hizmetleri……☐
Ağız ve diş sağlığı sorunları...☐
Diğer (lütfen belirtiniz)……

24. Preterm bebek veya çocuklarınız için siz ya da aile sağlığı elemanınız yılda ortalama kaç defa evde sağlık hizmeti verir?

Hiç vermeyiz ☐ Yılda 1-5 defa ☐

Yılda 6-20 defa ☐ Yılda 20 den fazla ☐

25. Temel tıp eğitiminiz süresince veya uzmanlık eğitiminizde riskli yenidoğanın izlemi konusunda hiç teorik eğitim aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum ☐

26. Temel tıp eğitiminiz süresince veya uzmanlık eğitiminizde riskli yenidoğanın izlemi konusunda hiç pratik ya da uygulamalı eğitim aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum ☐

MARMARA ÜNİVERSİTESİ 1883

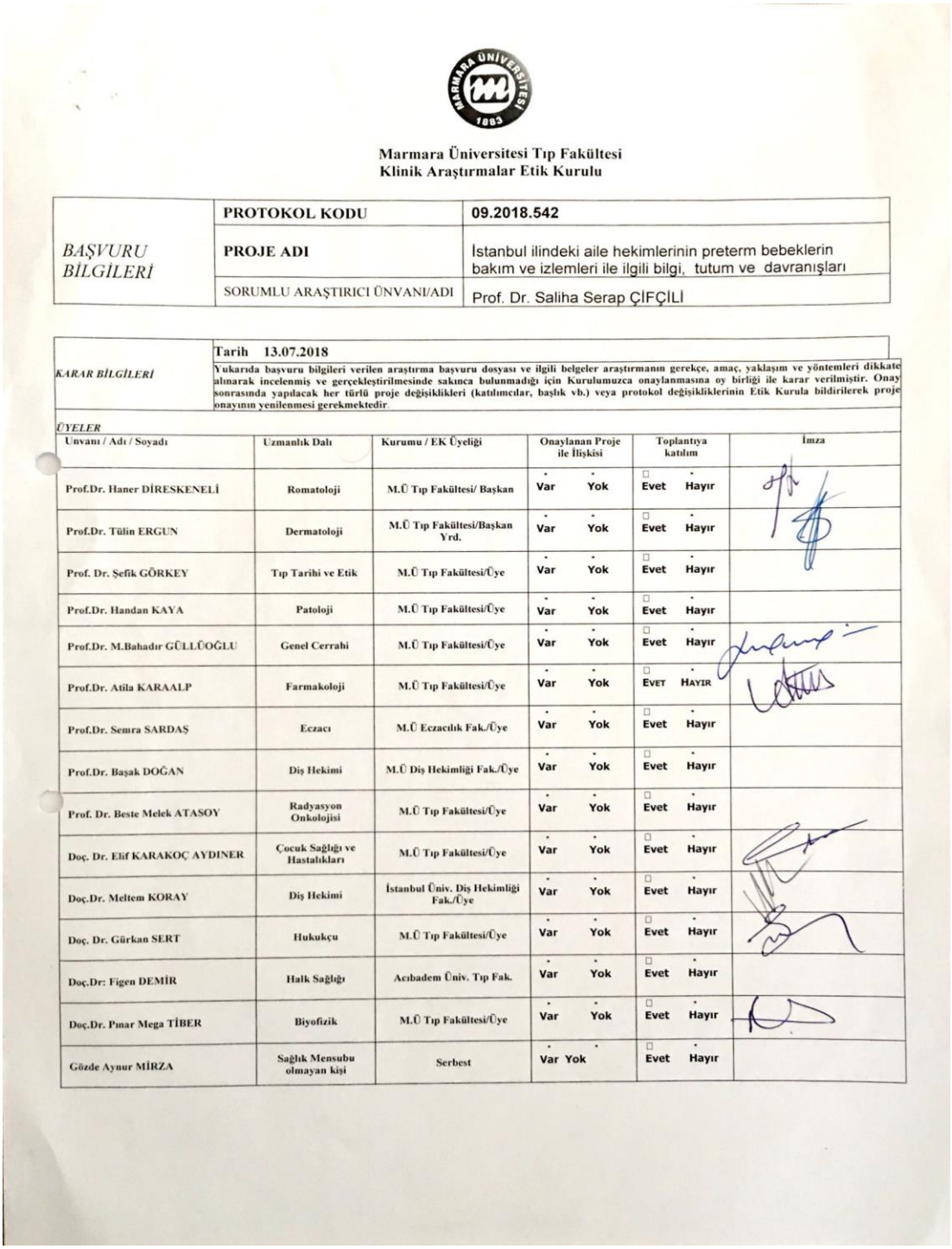
Sayın katılımcı anketin bu bölümünde preterm bebek izlemleri ile ilgili görüşleriniz ve yaklaşımlarınız ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen bu ifadelere ne kadar katıldığınızı belirtmek için her ifadenin sağında yer alan kutucuklardan sizin için en uygun olanını işaretleyiniz.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
27.	Preterm bebek ve çocuk izlemlerinin çoğunlukla üst basamaklarda değil birinci basamakta yapılabileceğini düşünüyorum.					
28.	Preterm bebeklerin ve çocukların izlemleri her zaman ikinci veya üçüncü basamakta uzman pediatrist tarafından yapılmalıdır.					
29.	Preterm bebeklerin ve çocukların bakımlarının değerlendirilmesi amacıyla bu konuda eğitim almış sağlık personelleri tarafından ev ziyaretleri yapılması gerekir.					
30.	Preterm bebeklerin izlemlerinde düzeltilmiş yaş kavramını uygulayabilirim.					
31.	Preterm bebeklerde büyüme geriliğini tespit edebilirim.					
32.	Preterm bebeğin beslenmesi ile ilgili sorunları ve ihtiyaçları tespit edebilirim.					
33.	Preterm bebeklerin nörolojik gelişimlerini değerlendirebilirim.					
34.	Preterm bebekleri işitme taramaları için zamanında yönlendirebilirim.					
35.	Preterm bebekleri prematür retinopatisi taraması amacıyla zamanında yönlendirebilirim.					
36.	Preterm bebekleri bağışıklayabilirim.					
37.	Respiratuar Sinsityal Virüs profilaksisi gerektiren durumları tespit edebilirim.					
38.	Prematür apnesi ile ilgili ebeveynlere danışmanlık hizmetleri verebilirim.					
39.	Bronkopulmoner displazi ile ilgili ebeveynlere danışmanlık hizmetleri verebilirim.					
40.	Ani bebek ölüm sendromunu önlemeye yönelik ebeveynlere danışmanlık hizmetlerini verebilirim.					
41.	Preterm bebeklerde osteopeniyi tespit edebilirim.					
42.	Preterm bebeklerde umbilikal ve inguinal hernileri tespit edebilirim.					
43.	Dental sorunlar ile ilgili ebeveynlere danışmanlık hizmetlerini verebilirim.					
44.	Preterm bebek ve çocuk izlemleri ile ilgili verdiğim hizmetin yeterli olduğunu düşünüyorum.					
45.	Preterm bebek ve çocuk izlemleri ile ilgili eğitim ihtiyacımın olduğunu düşünüyorum.					

(Konuyla ilgili kaynak / materyal ihtiyacınız olduğunu düşünüyorsanız çalışma sonunda sizinle paylaşabilmemiz için iletişim bilgilerinizi yazabilirsiniz.)
İLETİŞİM (mail / telefon no):……..

Anket sorularımızı cevapladığınız için teşekkür ederiz.

9.2 Ek-2 Etik Kurul Onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2018.542**
	PROJE ADI	İstanbul ilindeki aile hekimlerinin preterm bebeklerin bakım ve izlemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ

KARAR BİLGİLERİ	**Tarih 13.07.2018** **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. Haner 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. Şefik 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 HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	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	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
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	

9.3 Ek-3 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzni

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
02/01/2019 17:03 - 64222187 - 604.01.01 - E.26
00084260837

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 64222187-604.01.01
Konu : Zafer Eren COŞKUN'un
Anket Çalışması

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 20/12/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-4041 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr.Zafer Eren COŞKUN'un **"İstanbul İlindeki Aile Hekimlerini Preterm Bebeklerin Bakım ve İzlemleri ile ilgili Bilgi,Tutum ve Davranışları"** başlıklı anket çalışmasını, Aile Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimimizce incelenmiştir.

Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılamaz.

Bu bağlamda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşulu ile Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr.Zafer Eren COŞKUN'un talebi Birimimizce uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mahallesi Mevlana Caddesi No:81-83 Zeytinburnu/İstanbulTel:0(212)409 20 00 hsm34.istbil@saglik.gov.tr Büşra Karaduman Aile Hekimliği Birimi
Telefon: 02124092000 Faks No: 02125461350
e-Posta:busra.arslan5@saglik.gov.tr İnt Adresi: busra.arslan5@saglik.gov.tr
Bilgi için:Büşra ARSLAN
SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No:0212 409 26 76

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 3319f6cd-6b8e-41b8-9db3-da84578593e1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9.4 Ek-4 Gönüllü Bilgilendirme Formu

Gönüllü Bilgilendirme Formu

İstanbul ilindeki aile hekimlerinin preterm bebeklerin izlemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları" başlıklı tez çalışması Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili ve Dr. Zafer Eren Coşkun tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmanın amacı İstanbul ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerininin, preterm bebeklerin izlemleri, preterm bebeklerde karşılaşılan sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarına birinci basamak yaklaşımları konularındaki bilgi, tutum ve davranışlarının ortaya konulması varsa farklı yaklaşımlarının ya da eğitim ve materyal ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Bu araştırmada sizden ilişikteki anketi doldurmanız istenmektedir. Katılımcılardan anketlerde yalnızca görev yaptıkları aile hekimliği biriminin bağlı olduğu ilçeyi ve birimleri ile ilgili demografik bazı verileri yazmaları istenecek başka bir kişisel bilgi istenmeyecektir. Bu demografik veriler ise araştırmanın analizinin farklı parametreler üzerinden yapılabilmesi amacı ile istenmektedir. Katılımcıların paylaştıkları bütün bilgiler gizli tutulacak, bulgular yalnızca toplu olarak ve bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımcılar istedikleri zaman araştırmaya katılmayı reddedebilir veya ayrılabilirler. Bu durumlarda gönülünün paylaşmış olduğu veriler araştırmada kullanılmaz ve gizli tutulur. Araştırma sırasında gönüllü katılımcılardan herhangi bir ücret istenmeyeceği gibi tarafımızca herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacı Dr. Zafer Eren COŞKUN'a zafererencoskun@hotmail.com e-posta adresi veya 0505 640 87 28 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla

Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ

Araştırma ekibi adına Araştırma Danışmanı

9.5 Ek-5 Gönüllü Onay Formu

Gönüllü Beyanı

Sayın Dr. Zafer Eren Coşkun tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalınca yürütülecek araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu araştırmaya katılmam halinde paylaşacağım bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına ve araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacağına inanıyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Zafer Eren COŞKUN'u, 0 (505) 640 87 28 nolu telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

10. Özgeçmiş

Adı	Zafer Eren Coşkun	**Soyadı**	Coşkun
Doğum Yeri	Gölbaşı	**Doğum Tarihi**	26.02.1984
Uyruğu	T.C	**Tel**	5056408728
E-mail	zafererencoskun@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Lisans	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	2009
Lise	Sakarya Atatürk Süper Lisesi	2002

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Doktor	Şanlıurfa Harran Koyunluca Sağlık Ocağı	2010-2010
Doktor	Şanlıurfa Viranşehir Eyyüpnebi Aile Sağlığı Merkezi	2010-2011
Doktor	Şanlıurfa Viranşehir 001 Nolu Aile Hekimliği Birimi	2011-2012
Doktor	Şanlıurfa Viranşehir 041 Nolu Aile Hekimliği Birimi	2012-2013

Doktor	Şanlıurfa Harran Toplum Sağlığı Merkezi	2013-2013
Tabip Asteğmen	Şırnak Çakırsöğüt Birinci Jandarma Tugay Komutanlığı	2013-2014
Doktor	Şanlıurfa Harran Toplum Sağlığı Merkezi	2014-2014
Doktor	Şanlıurfa Karaköprü 20 Nolu Aile Hekimliği Birimi	2014-2014
Doktor	Şanlıurfa Harran Toplum Sağlığı Merkezi	2014-2015
Doktor	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı	2015-Halen

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
MS Office, Excel, Word, PowerPoint	Çok iyi