



T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLERİNİN BEBEK İZLEM BİLGİ DÜZEYİ

BEYZA KARATAŞ ÖZTÜRK

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

2022-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLERİNİN BEBEK İZLEM BİLGİ DÜZEYİ

BEYZA KARATAŞ ÖZTÜRK

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

2022-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi
Program türü : Uzmanlık Tezi
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği
Tez Sahibi : Beyza Karataş Öztürk
Sınav Tarihi : **Saat:**
Tez Başlığı : Aile Hekimlerinin Bebek İzlem Bilgi Düzeyi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2022 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2022

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

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

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.01.2022 tarihinde E-71522473-050.01.04-92655-568 sayısı ile onay alınarak hazırlanmıştır.

12 /06/2022

Beyza Karataş Öztürk

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği A.D.'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER'e, Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN'a ve Uzm. Dr. Muhammet Raşit AYDIN'a, sevgili annem, babam ve kardeşime, neşe kaynağım biricik kızım Maya'ya tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Beyza KARATAŞ ÖZTÜRK



İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Aile Hekimliği ve Aile Hekimi Tanımları	2
2.2. Aile Hekimliğinde Periyodik Muayene.....	2
2.3. Aile Hekimliğinde Sağlam Çocuk İzlemi.....	3
2.4. Yeni Doğmuş Bebeğin Değerlendirilmesi	3
2.5. Doğumdan Sonraki İlk Hafta İçinde Yenidoğan İzlemi.....	7
2.6. On Beşinci Gün, Kırk Birinci Gün Ve İkinci Ay İzlemleri.....	9
2.7. Üçüncü ve Dördüncü Ay İzlemleri	10
2.8. Altıncı, Dokuzuncu ve On ikinci Ay İzlemleri	10
2.9. İshal Tedavi Planlaması.....	14
2.10. Bir-İki Aylık Bebeğe Lokal Enfeksiyonun Değerlendirilmesi.....	15
2.11. Diş Sağlığı.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	16
3.5. Verilerin Analizi.....	16

3.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	16
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü	17
3.8.	Araştırmanın Bütçesi	17
4.	BULGULAR.....	18
4.1.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	18
4.2.	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bilgi Düzeyi Karşılaştırılması ve Sonuçları 19	
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	45
6.	KAYNAKLAR	52
7.	EKLER.....	56
7.1.	EK-1. Anket.....	56
7.2.	ek 2. Etik Kurul Onayı	62

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

APGAR: Activity Pulse Grimace Appereance Respiration

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DaBT-İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı (Beşli Karma Aşı)

GİDR: Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi

GKD: Gelişimsel Kalça Displazisi

G6PD: Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz

KKK: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Aşısı

KPA: Konjuge Pnomokok Aşısı

OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

TD: Erişkin Tipi Difteri- Tetanoz Aşısı

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Ülkemizde kullanılan aşı takvimi.....	6
Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.....	18
Tablo 4.2. Hekimlerin tanımlayıcı değişkenlere göre bilgi düzeyi sınıflaması.....	19
Tablo 4.3. Hekimlerin 0-1 yaş bebek izleminde Tc. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri kılavuzundan kullanma sıklıkları.....	20
Tablo 4.4. Cinsiyete göre bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri kılavuzundan faydalanma sıklığının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları.....	20
Tablo 4.5. Kadın aile hekimlerinin mesleki tecrübe ve unvanlarına göre kılavuzu kullanma sıklıkları	21
Tablo 4.6. Erkek aile hekimlerinin mesleki tecrübe ve unvanlarına göre kılavuzu kullanma sıklıkları.....	22
Tablo 4.7. Unvana göre Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri kılavuzundan faydalanma sıklığının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları.....	23
Tablo 4.8. Hekimlerin rutin aşı takvimi bilgi düzeylerini ölçen sorular ve yanıtları..	23
Tablo 4.9. Hekimlerin GKD ve görme taraması bilgisini ölçen sorular ve yanıtları..	24
Tablo 4.10. Hekimlerin yenidoğan tarama programı ve sarılık takibi hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları.....	25

Tablo 4.11. Hekimlerin gelişim takibi ve bebek beslenmesi hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları.....	26
Tablo 4.12. Hekimlerin lokal enfeksiyonlara ve ishalli bebeğe yaklaşım, hiperlipidemi taraması ile genital muayene hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları.....	27
Tablo 4.13. Hekimlerin bebekte diş sağlığı ve büyüme takibi genital muayene hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları.....	28
Tablo 4.14. Hekimlerin demir preparatı ve D vitamini başlama bilgisini ölçen sorular ve yanıtları.....	29
Tablo 4.15. Hekimlerin cinsiyetine göre bilgi düzeyinin ilişkisiz örneklem için t test sonuçları.....	29
Tablo 4.16. Hekimlerin unvanına göre bilgi düzeyinin ilişkisiz örneklem için t test sonuçları.....	30
Tablo 4.17. Hekimlerin çalışma süresine göre bilgi düzeyinin tek yönlü varyans analizi sonuçları.....	30
Tablo 4.18. Hekimlerin unvanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan doğru bilgi konularının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları.....	33,34,35
Tablo 4.19. Hekimlerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan doğru bilgi konularının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları.....	37,38
Tablo 4.20. Hekimlerin çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan bilgi konularının tek yönlü varyans analizi sonuçlar.....	42,43,44

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu araştırmada amacımız 0-1 yaş aralığındaki bebeklerin birinci basamak izlemleri konusunda aile hekimlerinin mevcut kılavuza ne kadar hakim olduklarını, kılavuz yönergelerinin hangilerini ne kadar uyguladıklarını ve bilgi düzeylerinin ihtisas durumu, cinsiyet ve mesleki tecrübe ile ilişki düzeyini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız Türkiye genelinde, herhangi bir örneklem çekilmeden, sosyal medya grupları üzerinden ulaşılan 264 aile hekimi ile yapılan tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Verilerin analizinde betimsel analizler, ilişkisiz örneklem için t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamız sonucunda Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokollerinden faydalanma sıklığı fazla olan hekimlerin, bebek izlem konusundaki bilgi düzeyinin yeterli olduğu görüldü. Hekimlerinin bilgi düzeyleri arasında cinsiyet, unvan ve tecrübelerine göre anlamlı bir fark bulunamadı. Hekimlerin aşı takvimi, GKD, topuk kanı, hiperbilirubinemi, anne sütü ve ek gıda, diş sağlığı, büyüme eğrileri konularındaki bilgilerinin yeterli; demir ve D vitamini profilaksisi, göz taraması, motor ve bilişsel gelişim takibi, GİDR, bebekte enfeksiyon, hiperlipidemi taraması, inmemiş testis hakkındaki bilgilerinin ise yetersiz olduğu görüldü. Uzmanlık eğitiminin prematüre bebeğe yaklaşım, aşı, görme taraması, bebekte enfeksiyon konularındaki bilgi düzeylerinin; pratisyen hekimlerin ise D vitamini profilaksisi ve topuk kanı hakkındaki bilgi düzeylerinin fazla olduğu bulundu. Mesleki tecrübesi fazla olan hekimlerin demir eksikliği konusunda daha fazla bilgiye sahip olduğu görüldü.

SONUÇ: Sonuç olarak; aile hekimlerinin bebek izlemleri konusunda aralıklı olarak hizmet içi eğitime alınmaları, bu izlemlerle alakalı hazırlanan kılavuzları takip edebilmeleri için zaman sorunsalını aşabilecekleri planlamalar yapılmalı, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun içeriğinin bu izlemler konusunda revize edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, Bebek izlemi, Bilgi düzeyi

ABSTRACT

Knowledge levels of family physicians on infant follow up

INTRODUCTION AND AIM: In this study, our aim is to determine the level of knowledge of family physicians about the current guideline, how much they apply the guidelines, and the relationship between their knowledge level, specialization status, gender, and professional experience in primary care follow-up of infants aged 0-1. However, it is aimed to discuss that inadequate applications can be supported with trainings.

APPLIANCES AND METHODS: This is a descriptive cross-sectional study conducted with 264 family physicians reached through social media groups, without being selected. Descriptive analyzes, t-test for unrelated samples, one-way analysis of variance (ANOVA) and simple linear regression analysis were used in the analysis of the data.

FINDINGS: As a result of our study, it was seen that the physicians who use the Baby, Child and Adolescent Monitoring Protocols have a high level of knowledge about infant follow-up. There was no significant difference between the knowledge levels of the physicians according to their gender, title and experience. Physicians have sufficient knowledge on vaccination schedule, DDH, heel blood, hyperbilirubinemia, breast milk and supplementary food, dental health, growth curves; It was observed that the information about iron and vitamin D prophylaxis, eye screening, motor and cognitive development follow-up, GIDR, infant infection, hyperlipidemia screening, undescended testis was insufficient. The knowledge level of specialist physicians on approach to premature baby, vaccination, vision screening, infant infection is higher than general practitioners; It was found that the knowledge level of general practitioners about vitamin D prophylaxis and heel blood was higher than that of specialist physicians. It was observed that physicians with more professional experience had more information about iron deficiency.

CONCLUSION: Arrangements should be made for family physicians to be aware of the current guidelines, and it was thought that they should be trained regularly on baby follow-ups. However, the education of pediatric health and diseases needs to be revised regarding this issue.

Keywords: Family doctor, baby follow up, knowledge level

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlam çocuk takibi, sağlık hizmetlerinin birinci basamakta sunulanları arasında oldukça önemlidir. Sağlam çocuk takibi çocukların gelişme ve büyümelerinin izlendiği, sağlık hallerinin kontrol edildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarını da içinde barındıran bir hizmettir. (Gür, 2003) Çocuk sağlığı izleniminin amaçları erken tanı ve tedavi, çocuğun mental ve motor gelişmesini engelleyecek sorunları fark etme ve bütün bunların sağlanabilmesi için aileye yol gösterilmesi (sağlık eğitimi) olarak özetlenebilir. (Yurdakök,1999)

Ülkemizde sağlam çocuk izlem zamanları doğumda, ilk 48 saat içinde, 15. ve 41. günde, 2, 3, 4, 6, 9, 12. ayda, 13 ila 36 ay arası 6 ayda bir, 4-9 yaş arası yılda bir, ergenlik boyunca da en az 3 kez şeklindedir. Bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri kılavuzunda göre izlemler, zamana göre akış şemaları biçiminde anlatılmıştır. Yönergeler kısmında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Biz çalışmamızda ilk 1 yaş izlemlerini inceledik ve bu dönem içinde oldukça önem arz eden bağışıklama, demir ve d vitamini profilaksisi, yenidoğan taramaları ile GKD (Gelişimsel Kalça Displazisi), görme taramaları, hiperbilirubinemi ve büyüme gelişme takibi, anne sütü ve ek gıda, bebekte lokal enfeksiyonlara ve ishale yaklaşım gibi konularda hazırladığımız sorular ile hekimlerin tecrübe, unvan, cinsiyet gibi değişkenlerini de göz önüne alarak bilgi düzeylerini ölçmeyi hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Aile Hekimliği ve Aile Hekimi Tanımları

Aile Hekimliği özgün eğitimi, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir klinik olup aile hekimleri cinsiyet, yaş ve hastalık ayrımı yapmadan tıbbi bakım arayan her bireye kapsayıcı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu, topluma karşı mesleki sorumluluk duyan, hastalarıyla görüşürken, tekrar eden görüşmelerle ortaya çıkan hasta-hekim arası güveni kullanarak bedensel, psikolojik, toplumsal ve kültürel etkenleri birlikte değerlendiren doktorlardır. (WONCA Europe, 2002) McWhinney'e göre; aile hekimliği kendini ilişkiler bağlamında tanımlar. En önemli özelliklerinden biri ise hastanın sağlık gereksinimleri için üstlenilen sorumluluk ve hasta hekim arasındaki iletişimde sürekliliktir. Buradaki temel konu, aile hekiminin hastanın ihtiyaç duyduğu her hizmeti karşılayamasa da hizmetlerin sürekliliği ve ilişkilerde sorumluluk duymasıdır. Bireylere karşı bu bağlılık ve sorumluluğu arttırabilmek için aile hekimleri hizmet sundukları toplumun özelliklerini göz önünde bulundurarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini vermeye çaba harcamaktadır. (McWhinney, 2009).

2.2.Aile Hekimliğinde Periyodik Muayene

Periyodik muayeneler ve tarama testleri bireylerin görüşme, fizik muayene, tetkikler ve aşı programları gibi standart işlemler kullanılarak yaşa, cinsiyete ve risk gruplarına göre belirli zaman periyodlarında değerlendirilmelerini kapsayan ve ulusal programlara göre yapılması zorunlu olan taramalardan oluşmaktadır. Periyodik tarama testleri ve sağlık muayeneleri aynı zamanda kişiye özgü riskleri değerlendirerek kişinin danışmanlık ve eğitimi içeren kişisel çözümler içerir. Sağlık taramaları ile periyodik muayeneler toplumun genel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesinin yanında ülke kaynaklarının sağlık harcamalarında doğru ve etkili kullanılabilmesini amaçlayan bir kılavuzdur. (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi, 2015)

Aile hekimliğinde periyodik muayeneler bebeklik ve çocukluk dönemi, erişkinlik dönemi ve geriatrik dönem şeklinde uygulanma zamanlarına göre ayrılabilir.

2.3.Aile Hekimliğinde Sağlam Çocuk İzlemi

Sağlam çocuk izlemi, aile hekimliği sağlık hizmetlerinin temel taşlarından bir tanesidir. Sağlam çocuk izlemi, sadece sağlıklı çocukların değil, tüm çocukların büyüme gelişmelerinin takip edildiği, sağlıklı durumlarının değerlendirildiği, koruyucu hekimlik hizmetlerinin sunulduğu bir uygulamadır. Sağlam çocuk izleminde genel olarak sağlığın geliştirilmesi ve desteklenmesini amaçlar. (Gür, 2003)

Ülkemizde ilk on iki aydaki sağlam çocuk izlemi yenidoğan, ilk hafta, on beşinci gün, kırk birinci gün ile ikinci, üçüncü, dördüncü, altıncı, dokuzuncu ve on ikinci ayda yapılmaktadır.

2.4. Yeni Doğmuş Bebeğin Değerlendirilmesi

Yeni doğmuş bebek doğumun gerçekleştiği hastanede değerlendirilir. Bir ve beşinci dakikalarda Apgar değerlendirilmesi yapılır. Bir mg K vitamini uygulanır. Baş çevresi, boy ve kilosu ölçülerek değerlendirilir. Anomali olup olmadığına bakılır. Solunum, cilt, kas tonusu değerlendirilir. Sarılık açısından muayene edilir. Vücut ısı ölçülür.

Yenidoğan bebekte vakit kaybetmeden vücut ağırlığı ölçülmelidir. İlk iki yaşta vücut ağırlığı ölçümü için minimum yirmi grama duyarlı bebek tartı aleti gerekmektedir. (Nizamoğlu, 2006) Zamanında doğan bebeklerde, ortalama ağırlık 3,250 g'dır. Ağırlık ilk haftada (çoğunlukla ilk 3 günde) %5-6 azalır. Bu azalış prematürelerde %15'e, 28 haftadan küçük doğanlarda %20 ye ulaşabilir. Yaşamın 4 ve 6. Günleri arası en fazla %7 azalmalıdır. Günlük kayıp %2-3 olmalı, %5'i geçmemelidir. 10-14. günlerde doğum ağırlığı tekrar kazanılır. Sağlıklı bir çocukta beklenen doğum sonrası ağırlık artışı aşağıda gösterilmiştir. (Kurtoğlu, 1992)

- 0-3 ay: Günde 30 gram

- 3-6 ay: Günde 20 gram
- 6-9 ay: Günde 15 gram
- 9-12 ay: Günde 12 gram
- 1-3 yaş: Günde 8 gram
- 3-6 yaş: Günde 6 gram

Bebek dört-beş aylık olduğunda hemen hemen doğum ağırlığının iki, bir yaşında üç, iki yaşında ise dört katına ulaşacağı kabul edilir. Kısa zaman aralıklarında çok fazla değişiklik gösterebileceği için vücut ağırlığı süt çocukluğu döneminde büyüme takibinde tüm ölçümlere göre daha duyarlıdır. Hem mevcut hem de önceki dönemdeki beslenme durumunu yaşa göre ağırlık gösterir.

Yenidoğanın boyu 50 cm civarındır. (Yalçın, 2003) İlk iki yaşta boy ölçümü için baş kısmı sabit, ayak kısmı ayarlanabilir boy ölçüm aleti gereklidir. (Nizamoğlu, 2006)

İlk bir yıldaki boy uzunluğunda artış aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- 0-3 ay: Ayda 3,5 cm
- 3-6 ay: Ayda 2 cm
- 6-9 ay: Ayda 1,5 cm
- 9-12 ay: Ayda 1,2 cm

Bir yaşındaki çocukta doğum boyu yaklaşık %50 oranında artar, 75 cm civarı olması beklenir. Çocukların büyük bölümünde üçer aylık dilimlerde on, yedi, beş ve üç cm boy uzaması olması beklenir. (Mazıcıoğlu ve ark.,2009)

Boy çocuğun geçmişteki beslenme durumunu gösterdiği için kronik hastalık ve malnütrisyonun en az altı aydır var olması durumunda boy ölçümünün etkilenmesi beklenir.

Baş çevresi ölçümü, merkezi sinir sisteminin büyümesini gösterir ve esnek olmayan bir mezürenin kulaklar, kaşlar ve oksipital kemikteki en çıkıntılı nokta üzerinden geçirilmesiyle ölçülür. (Yalçın, 2003)

Özellikle ilk 3 ay baş çevresinde yavaş ve ya hızlı büyüme uyarıcı olmalıdır. Yenidoğanda baş çevresi yaklaşık 35 cm'dir ve göğüs çevresinden 1.5-2 cm büyüktür. (Akın, 2011)

İlk 1 yaştaki baş çevresi büyüme hızı ortalama şu şekildedir.

- 0-3 ay: Ayda 2 cm

(Prematürede ilk aylarda: Ayda 2.5-3 cm)

- 3-6 ay: Ayda 1 cm
- 7-12 ay: Ayda 0,5 cm

Büyüme eğrilerinden yararlanılarak bir çocuğun büyümesinin doğru bir şekilde değerlendirilebilir. Ayrıca iki cinsiyet için ayrı büyüme eğrilerinin kullanılmasına dikkat edilmelidir.

Büyüme yetersizliği, izlem süresi içinde kilo kaybının görülmesi ya da birbirini izleyen iki kontrolde kilo alamamanın ya da düşük kilo alım hızının (0-3 aylık iken <20 g/gün, 3-6 aylık iken <9 g/gün) gözlenmesidir. Herhangi bir zaman dilimi içinde çocuğun bulunduğu persentili koruması istenir. Bulunduğu persentilden iki majör persentil düşme olmasına büyüme yetersizliği denir. (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Rehberi, 2015)

Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi-2014/27 uyarınca ülkemizde işitme taraması yapılması zorunludur. (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi, 2015)

Yeni doğan bebeği taburcu edebilmek için düzenli idrar çıkışı olmalı en az bir mekonyum çıkışı gözlenmelidir. En az iki ardışık başarılı emzirme yapılmış olmalıdır. Yine taburculuk için yenidoğan tarama programı kanı alınmış olmalıdır. Hepatit B

aşısı yapılmalı, işitme taraması yapılmalı ya da planlanmalıdır. Bebeğin görmesi değerlendirilmiş olmalıdır. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

Hepatit B aşısı doğumdan itibaren tüm bebeklere önerilir. Ancak 2000 gram altında doğan preterm bebeklerde uygulanan şema 0, 1, 2, 6 ay şeklindedir. Bebeklerde aşı serisi tamamlandığında koruyuculuk oranı %95 civarındadır. (Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi, 2018) Ülkemizde kullanılan aşı takvimi Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Ülkemizde kullanılan aşı takvimi

	Doğum	1.ay sonu	2.ay sonu	4.ay sonu	6.ay sonu	12.ay sonu	18.ay sonu	24. ay sonu	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (verem)			I							
DaBT- İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

DaBT-İPA-Hib : Difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio hemofilus influenza tip b aşısı (beşli karma aşı)

KPA : Konjuge pnömokok aşısı

KKK : Kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı

DaBT-İPA : Difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio aşısı (dördümlü karma aşı)

OPA : Oral polio aşısı (çocuk felci aşısı)

Td : Erişkin tipi difteri- tetanoz aşısı

R : Rapel (pekiştirme)

2.5. Doğumdan Sonraki İlk Hafta İçinde Yenidoğan İzlemi

Bebeğin tanımlayıcı bilgileri, bebeğin doğumu ile bilgiler ve annenin gebelik bilgileri sisteme girilmelidir. Emzirmenin nasıl gittiği ve hepatit B aşısı sorgulanmalıdır. Yenidoğan taraması için topuk kanı alınıp alınmadığı ve işitme taraması sorgulanmalıdır.

Yenidoğan tarama programlarının amacı, görülme oranları yüksek doğumsal metabolik hastalıklara erken dönemde tanı koyup müdahale edebilmektir. Türkiye’de yenidoğan tarama programı içinde kistik fibrozis, biyotinidaz eksikliği, konjenital hipotroidi ve fenilketonüri yer alır. Bu tarama için topuk kanı bebek beslendikten sonra ve taburcu olmadan, ilk 24-72 saat içerisinde alınmalıdır. (Ersu ve Çakır, 2015- Yıldız ve ark., 2006).

Bebeğe tam bir sistemik muayene uygulanmalıdır. Baş çevresi, boy, kilo ölçülüp kaydedilmeli fontanel büyüklüğüne bakılmalıdır. Bebeğin genel görünümüne bakılmalı, cildi, baş ve boynu, üreme organları muayene edilmeli refkelsleri değerlendirilmelidir.

Aileye emzirme, göbek bakımı, uyku, el yıkama konularında danışmanlık verilmelidir.

Bütün yeni doğanlara yaşamın ilk gününden itibaren ağızdan günlük olarak 400 ünite vitamin D verilmelidir. D vitamini preparatları (400U/3 damla) Sağlık Bakanlığınca temin edilmekte ve aile hekimleri tarafından dağıtılmaktadır. D vitamini ihtiyacı bir yaşından sonraki dönem için günlük olarak 600 ünite dir. Bu ihtiyaç ağızdan D vitamini verilmesiyle veya besinlerle karşılanabilir.

Ülkemizde bebeğe yaşamın ilk gününden itibaren D vitamini damlası verilmelidir.

Fontanel küçüklüğü ya da erken kapanması gibi nedenlerle profilaktik D vitamini kullanımının bırakılmasına gerek yoktur. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

Yenidoğan sarılığı kandaki bilirubin seviyesinin yükselmesiyle beraber bebeğin deri ve sklerasının sarı renk almasıdır. (Rai ve ark., 2015) Yenidoğan döneminde total

serum bilirubinin 5mg/dl'nin üzerine çıkarsa sarılığın görünür hale gelir. Erken doğan bebeklerin (preterm) %60-80'inde, miadında doğmuş (term) bebeklerin ise %20-50'sinde yenidoğan sarılığı gözlenir. (Kültürsay ve Çalkavur, 2006) Yenidoğan sarılığının çoğu fizyolojiktir ve sekelsiz olarak kendiliğinden iyileşir. (Palermo ve ark.,2012- Schwartz ve ark., 2011). Bunların arasında tedavi gerektirecek düzeyde bilirubin yüksekliği bulunanlar sadece %5-10 oranındadır. (Bolat ve ark., 2010)

Yenidoğanda hiperbilirubinemi için risk faktörleri; doğum sonrası ilk 24 saat ve taburculuktan önce hiperbilirubinemi tespit edilmesi, 35-37 haftalar arasında doğan bebek, fototerapi alan kardeşinin olması, Glukoz 6-fosfat dehidrogenaz (G6PD) eksikliği, doğum travması ve buna bağlı sefal hematoma varlığı, Asya ırkı, Rh ve ABO uyumsuzluğu şeklinde sıralanabilir. (Bolat ve ark., 2010- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia,2004- Bhutani ve ark., 2013- Watchko, 2009). Gecikmiş mekonyum pasajı da riski attıran faktörlenden biridir. Bu risk faktörleri bulunan çocuklar yaşamın ilk gününden sonraki haftalara kadar dikkatle takip edilmelidir. (Porter ve Dennis, 2002) Anne sütü ile beslenen bebeklerin gaitası, formula ile beslenen bebeklere oranla daha az miktarda bilirubin içerir. (Stout, 2010) Erken başlangıçlı hiperbilirubinemisi olan ve anne sütü ile beslenen bir yenidoğanda beslenme sıklığı günde on defadan fazla olacak şekilde düzenlenmelidir. (Porter, 2002)

Bebekte sarılık muayenesi iyi aydınlanmış bir odada, bebeğin kıyafetlerini çıkardıktan sonra, özellikle skleralar olmak üzere tüm vücudu inceleyerek ve sonrasında subkütan dokunun rengini belirlemek için cilde bastırılarak yapılır. Yenidoğan bebeklerin total serum bilirubin seviyesi 4mg/dL'nin (68µmol/L) üzerindeyse gözle görülür sarılık olup olmadığı anlaşılabilir. Sarılık olup olmadığını anlamak total serum bilirubin değeri daha düşük ise ciltten değerlendirme ile güç olur. Artan total serum bilirubin seviyeleri, dermal ikterusun sefalokaudal olarak ilerlemesiyle ekstremiteler, gövde, yüz ve en son da avuç içi ve tabanlara yayılmasıyla ilişkilidir. Total serum bilirubin düzeyi, kaudal yayılım derecesine göre klinik olarak tahmin edilebilir. Yüz, 5mg/dL; üst göğüs, 10mg/dL; karın, 12mg/dL; avuç içleri ve tabanları, 15mg/dL'den yüksek ise belirlenebilir. Bebeklerde bilirubinin kaudal yayılımını gösteren Kramer skalası 1969 yılında literatüre girmiştir. (Porter, 2002- Wan ve ark., 2016)

Ülkemizde aile sağığı merkezine kayıtlı her bebeğe/çocuğa 0-3 ay arası ve 36-42 ay arası dönemlerde aile hekimlerince görme taraması yapılmalıdır. Tüm riskli bebekler göz hastalıkları uzmanlarına sevk edilmeli ve takibi yapılmalıdır (Görme Taraması Ulusal Rehberi, 2015)

Çocukluk dönemindeki göz sorunları, erken tanı konarak tedavi edilmezlerse ileri zamanlarda tedavinin güç, hatta imkânsız hale gelmesi sebebiyle önemlidir. Bu nedenle sağılam çocuk izlemlerinde fizik muayenede mutlaka kırmızı refle testi yapılmalıdır. Katarakt, glokom, retinoblastom, yüksek dereceli kırma kusurları, retina hastalıkları ve oküler bulgusu olan sistemik hastalıkların ortaya konulmasında kırmızı refle testi büyük öneme taşır. Kırmızı refle testi Amerikan Pediatri Akademisi tarafından yenidoğan döneminde ve sonrasındaki muayenelerde görme taralarının bir basamağı olarak önerilir.

Kırmızı refle testi oftalmoskopun lens gücü sıfır ayarına getirilir ve direkt oftalmoskop göze yakın bir mesafeden tutulur. Karanlık bir odada uygulanması pupillanın iyi dilate olması açısından uygundur. Oftalmoskop önce her iki gözü sırayla muayene etmek için pupillalara 30-45 cm bir mesafeden odaklanır. Daha sonra 90 cm mesafeden oftalmoskop ışığı iki gözü de aynı anda aydınlatacak şekilde oftalmoskopun deliğinden bakılarak tekrarlanır. Kırmızı refle her iki gözden yansıyor ve simetrik karakterde ise test normal olarak kabul edilir. Kırmızı refle testini normal kabul etmek için göz parlak kırmızı-sarı olarak gözlenmelidir.

Belirgin azalmış bir kırmızı refle, kırmızı refle içinde karanlık noktalar, reflede asimetri (Brückner refleksi), beyaz refle (lökokori) alınması çocuğun göz hastalıkları uzmanına sevk edilmesini gerektirir. (Kayıran ve Önal, 2012)

2.6. On Beşinci Gün, Kırk Birinci Gün Ve İkinci Ay İzlemleri

Bebeğe tam bir sistemik muayene yapılır. D vitamini kullanımı sorgulanır. Baş çevresi, boy ve kilo ölçümü yapılır, sisteme kaydedilir ve değerlendirilir. Cilt muayenesinde preterm bebeklerde üç hafta, term bebeklerde iki haftayı geçtiği halde bebek halen sarı görünüyorsa uzamış sarılık araştırması için uzmana sevk edilir.

41.gün izleminde hepatit B aşısı ve GKD taraması yapılır.

GKD açısından bütün yenidoğanlar fizik muayene yapılmalıdır. Yenidoğanın her ziyaretinde GKD bulguları olmasa da kalça muayenesi tekrarlanmalıdır. GKD taramasında Ortoloni ve Barlow Testleri önemlidir. Bu testlerin pozitif bulunduğu mutlak bir ortopediste sevk edilmelidir. Şüpheli durumlarda ise iki hafta sonra tekrar kontrole çağırılarak şüphe devam ediyorsa ortopediste sevk edilmelidir. Sekiz ila on iki haftadan sonra kalça abduksiyon kısıtlılığı en güvenilir belirti olmaktadır. Şüpheli durumlarda ortopediste yönlendirmenin yanısıra başvurulacak tanı yöntemleri bebek dört aylıktan küçükse önce kalça ultrasonografisi, altı aylıktan büyükse ise kalça radyografisidir. (Gür, 2003) Ülkemizde GKD taramasının dördüncü izlem olan kırk birinci gün izleminde (30.-55.gün arası) yapılması zorunludur. (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi, 2015)

2.ay taramasında bebeğin genel fizik muayenesinin ardından BCG, DaBT-İPA-Hib ve konjuge pnömokok aşısı uygulanır. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

2.7. Üçüncü ve Dördüncü Ay İzlemleri

Bebeğin genel muayenesi yapılır. Bebek ve Çocuk İzlem Protokollerine uygun şekilde değerlendirme yapılarak dört ila on iki ay arası bebeklerde demir profilaksisine başlanmalı, dokuz aylık olduklarında hemoglobin değerleri kontrol edilmeli, on iki ila yirmi dört ay grubu çocuklarda palmar solukluk bakılarak gerekli görülürse demir eksikliği tedavisi başlanmalıdır. (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi, 2015) Demir profilaksisi Prematüre bebeklere 2. aydan itibaren başlanmalıdır. (Gür, 2003). Sağlık Bakanlığı 2005 yılında ücretsiz olarak demir profilaksisi vermeye başlamıştır. (Nizamoğlu, 2006) 4. Ay izleminde DaBT-İPA-Hib ve konjuge pnömokok aşısının ikinci dozları uygulanır.

2.8. Altıncı, Dokuzuncu ve On ikinci Ay İzlemleri

6.ay bebeğin ek gıdaya geçiş yapması sebebiyle önemli bir basamaktır. Bebekler ilk altı ay her istediğinde, sayılarla sınırlamadan gece ve gündüz emzirilmelidir. Bebek günde en az sekiz kez emzirilmelidir. İlk altı aylık dönemde anne sütünün yeterli olmadığını ya da bebeğinin yeterli kilo almadığını düşünüyorsa, aile hekimliği birimi

gibi sağlık kuruluşlarına başvurarak ücretsiz danışmanlık alabileceği belirtilmelidir. Emzirme iki yaş ve sonrasına kadar sŸrdŸrŸlmelidir. Altıncı aydan sonra tamamlayıcı besinlere başladığında da bebek sık sık emzirilmelidir. Altı ila sekizinci aylar tamamlayıcı besinlerle tanışma dŸnemidir. Altıncı ay ile on ikinci ay arası dŸnemde ise bebek istediği her zaman emzirilmeli, emzirmeye ilaveten yeterli miktarda ek gıda (eğer bebek anne sŸtŸ alıyorsa gŸnde Ÿç defa, almıyorsa gŸnde altı defa) verilmelidir. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

Beslenme ve beslenme zamanı çocuk gelişiminde çok önemlidir. Çocuklar yedikleri besinlerden sağlıklı gelişim için ihtiyaçları olan protein, vitamin ve mineralleri alırlar. Çocukluk dŸneminde kazanılan beslenme alışkanlığı bŸtŸn yaşam boyunca sŸrer. (Saydam, 2003)

Besin kaynağı olarak anne sŸtŸ yaşamın ilk 4-6 ayında çocukların hemen tŸmŸne Ÿnerilmektedir. Ancak ne yazık ki oldukça az sayıda bebek iki Ÿç aydan uzun sŸre sadece anne sŸtŸ ile beslenmektedir. Anne sŸtŸ ile beslenme anne-bebek arasındaki bağı da gŸçlendirir ve potansiyel antijen alınımlı sınırlandırarak inek sŸtŸnde gŸzlenen protein alerjisi ve egzama insidansını azaltır. Anne sŸtŸ ayrıca enfeksiyonları sınırlandıran koruyucu bakteriyel ve viral antikorlar (immŸnoglobŸlin A) ve makrofajlar içerir. Demirden biyolojik olarak yararlanma Anne sŸtŸnde inek sŸtŸndekinden daha fazladır. (Behrman ve ark., 2011)

Bebek yaşamının birinci yılında kendi başına beslenebilmek için beceriler geliştirir. Bu gelişim aşamasında çocuğun akranlarıyla kıyaslanmadan kendi gelişim sŸrecini tamamlaması beklenmelidir. Beslenme zamanı çocuk ve bakım veren için eğlenceli olmalıdır. (Saydam, 2003)

Bebekler sıklıkla yeni tatlara alışmakta zorlanıp ilk kez denedikleri besinleri tŸkŸrŸp yemeyi reddedebilirler. Bu aşamada ebeveyn sabırlı olmalı ve zorlamadan yedirmeyi denemelidir. Eğer anne bebeğin o besinden hoşlanmadığını anlarsa; ısrar etmeyip bir başka gŸn yeniden aynı besini yedirmeyi deneyebilir. (Behrman ve ark., 2011-Saydam, 2003)

Hepatit B, DaBT-İPA-Hib ve konjuge pnömokok aşılarının 3.dozu ile oral polio aşısının ilk dozu altıncı ayda uygulanır.

İnmemiş testis muayenesi altı ay ile bir yaş arası bebeklerin takiplerinde en az bir kez yapılmalıdır. (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi, 2015)

Testisin scrotuma inişi doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde de devam edebilir. Testis 6 aydan sonra hala inguinal kanaldaysa sevk edilmelidir. Erkek bebekte konjenital adrenal hiperplazi, fimozis, hipospadias, epispadias, hidrosel hastaneye sevk edilmelidir. Kız bebekte konjenital adrenal hiperplazi, klitoris büyüklüğü sevk edilmelidir; labialarda ekimoz, ödem ve labialar arası akıntı ilk 48 saatte normaldir, 2 gün sonra kontrol edilmelidir. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018) Dokuzuncu ay izleminde bebeğin anemisini değerlendirmek amacıyla Hb ve/veya Htc ölçümü yapılır. On ikinci ay izleminde KKK ve suçiçeği aşılarının ilk dozları ile konjuge pnömokok aşısının rapel dozu uygulanır.

Çocuğun ilk izleminden itibaren Gelişim İzleme ve Destekleme Rehberi kullanılmalıdır.

Gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi, gelişimsel sorunların erken tanısı ancak uygun araç kullanımı ile mümkün olmaktadır. Kullanılacak araç beş temel ilkeyi karşılamalıdır:

1. Bronfenbrenner'in biyoekolojik kuramı aracın temel felsefesinde yer almalıdır. Bu kuramda, gelişimin çocuğun doğası, biyolojisi, genetik yapısı olduğu kadar, aynı zamanda, içinde büyüdüğü yaşam koşulları tarafından etkilendiği vurgulanır.
2. Yenidoğan döneminde ya da daha sonraki yaşlarda tarama yöntemleri ile belirlenen örneğin fenilketonüri, anemi gibi hastalıkların aksine gelişim 'tarama' kavramına değil 'izleme' kavramına uyan bir süreçtir.
3. Kullanılacak araç işlevi belirsiz gelişim basamaklarına değil (örneğin iki küpü üst üste koymak), konuşma, kendini besleme, oyun oynama gibi işlevlere, etkinliklere ve yaşama katılıma odaklanmalıdır.

4. Gelişimin desteklenmesi için risk yaratan biyolojik ve psikososyal sorunların bilinmesi ve azaltılması, bunun yanında çocuk ve ailenin güçlü, dayanıklı özelliklerinin fark edilerek pekiştirilmesi gerekmektedir. Kullanılacak olan araç, gelişimsel riskleri ve güçlü yönleri belirlemelidir.
5. Gelişimi izleme, destekleme ve gelişimsel sorunları erken tanıma amacı ile kullanılacak olan her aracın uygulayıcılar arası güvenilirliği ve altın standart değerlendirme yöntemleri ile karşılaştırılmış duyarlılık, özgünlük, pozitif ve negatif yordama değerini içeren geçerliliği yüksek olmalıdır.

Gelişim İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) ülkemizde Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı'nda geliştirilmiş, uluslararası alana kazandırılmış, uluslararası standardizasyonu tamamlama aşamasında olan, ilk üç yaştaki çocukların gelişimlerinin bütün alanlarda izlenmesini, desteklenmesini, gelişimsel gecikmelerin erken saptanmasını sağlayan, yukarıdaki 1-5 kıstası karşılayan , kolay öğrenilen, kolay ve hızlı uygulanabilen, maliyeti olmayan bir araçtır.

GİDR yorumlanırken sütunlarda bay belirteci ile belirtilen ayı henüz bitirmediyse yani ara aylarda ise bir önceki sütundaki tüm işlevleri yapabilmelidir.

GİDR sonrasında izlem klinisyenin değerlendirilmesine bırakılmıştır. Sorunsuz ve risksiz çocuklar ve aileler için izleme aralıkları seyrek olabilir ancak bu çocuklar için bile prenatal dönemden başlayarak ilk altı ayda GİDR'nin Destekleme Bölümü yardımı ile gelişimin desteklenmesi, daha sonra altı dokuz ay aralığında bir kez, 18. Aydaki rapel aşısı gelindiğinde ve daha sonra yirmi dört yirmi altı ay aralığında bir kez olmak üzere, üç yaşa kadar en az üç kez GİDR uygulaması önerilir. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

Hiperlipidemi taramasının iki yaş sonrasında risk altında bulunan bütün çocuklara uygulanması önerilir.

Hiperlipidemi açısından risk altındaki çocuklar:

- Anne, baba veya büyükanne, büyükbabalarında 55 yaş ve öncesinde geçirilen ve kesin tanısı konulan koroner ateroskleroz öyküsü bulunanlar

- Anne baba veya büyükanne büyükbabalarında 55 yaş ve öncesinde geçirilen miyokard enfarktüsü anjina pectoris periferik vasküler hastalık serebrovasküler hastalık veya ani kardiyak ölüm öyküsü olanlar
- Anne veya babasında total kolesterol düzeyi 240 mg/dl ve üzerinde olanlar (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

2.9. İshal Tedavi Planlaması

Ülkemizde bebek çocuk ergen izlem protokollerine göre ishalleri bebeğe yaklaşım bir iki aylık ve iki ay- beş yaş arası bebek ya da çocuklara yaklaşım şeklinde iki ayrı akış şemasında anlatılır. Bebek ya da çocuk letarji, bilinç durumu, göz kürelerinde çöküklük, deri katlantısının kaybolma hızı, huzursuzluk gibi bulgularına göre orta, ağır ya da dehidratasyon yok şeklinde sınıflara ayrılır. Bebekte dehidratasyon yoksa ev tedavisi verilerek tedavi düzenlenir. Ev tedavisinin dört ana kuralı vardır:

1.Fazladan sıvı verilmesi: Anneye sık ve daha uzun süre emzirmesi önerilir. Çocuk yalnızca anne sütü ile besleniyorsa ilave olarak oral replasman sıvısı ya da su verilir. Tamamlayıcı beslenmeye geçilmişse oral replasman sıvısı, besin kökenli sıvılar (çorba, pirinç suyu, yoğurt içecekleri) ya da su verilir.

2.Çinko desteği verilmesi: altı aya kadar 10-14 gün boyunca günde 10 mg; altı ay ve üzeri 10-14 gün boyunca günde 20 mg çinko desteği verilmelidir.

3.Beslenmenin sürdürülmesi

4.Geri gelme koşulları aileye anlatılmalı

Orta dehidratasyon bulguları olan bebekte ya da çocukta ilk dört saatte ağırlık ve yaşa göre oral replasman sıvı verilerek dört saat sonra tekrar değerlendirilir. Düzelme olmaması durumunda sevk edilir, düzelme varsa evde tedavi planına geçilir.

Ağır dehidratasyon bulguları olan iki aylıktan küçük bebek sevk edilir, çocukta intravenöz (İV) sıvı verilmesi gerekir. İV sıvı hazırlanırken çocuk içebiliyorsa oral replasman sıvısı ile verilir. İV sıvı verilemiyorsa sevk edilir. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

2.10. Bir-İki Aylık Bebekte Lokal Enfeksiyonun Değerlendirilmesi

Çok ağır hastalık ve ya olası ciddi bakteriyel enfeksiyon bulguları olan bebekte havale geçiriliyorsa müdahale edilir, intramüsküler antibiyotiğin ilk dozu uygulanır, kan şekeri düşüklüğüne karşı önlem alınır acilen sevk edilir. İltihaplı ya da kızamık göbeği, sayısı beşten az iki cm'den küçük püstül ya da gözlerde iltihap olan lokal bakteriyel enfeksiyonu olan bebeğin annesine evde tedavi anlatılır, tedavi başlanır ve her gün kontrole getirmesi söylenir. Lokal fungal enfeksiyon düşünülen bebeğe lokal antifungal verilir ve iki gün sonra kontrole gelmesi söylenir. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

2.11. Diş Sağlığı

Bebeklerin dişleri altıncı aydan itibaren ilk olarak alt ön kesici dişler olmak üzere çıkmaya başlar ve yirmi dört ila otuzuncu aylar arasında on adet üst çenede on adet alt çenede yirmi adet süt dişi tamamlanır. Çocuğu izleyen hekim her gelişte çocuğun dişlerini de kontrol ederek şüpheli bir durumda bu yaşı beklemeden veya olanak olan en kısa zamanda çocuğu bir diş hekimine yönlendirmelidir.

Diş temizliğinin nasıl yapılacağı altıncı ayda anneye anlatılmalıdır. Dişler kaynatılmış suya batırılmış gazlı beş ile temizlenmelidir ve ilk on iki ayda bebeğin rutin işlemleri arasına girmelidir. Altı aylıkta iki alt kesici, dokuz aylıkta dört adet kesici, on iki aylıkta sekiz kesici diş mevcut olacaktır, bu tarihlerdeki sapmaların önemli olmadığı aileye anlatılmalıdır. Bebek on iki on sekiz aylık olana kadar dişlerin çıkmaması rikets, hipotiroidi gibi patolojilerin ihtimalini düşündürmelidir. (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız Türkiye genelinde sosyal medya grupları üzerinden ulaşılan uzman veya pratisyen aile hekimleri ile 03.01.2022-30.04.2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız sosyal medya aracılığı ile ulaşılan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 264 aile hekimine online anket ulaştırılarak yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada kişisel özelliklerinin sorgulandığı 5 ve bilgi düzeyi ölçme amacı taşıyan 31 sorudan oluşan, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan anket kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma çerçevesinde edinilen veriler IBM SPSS Statistics v20.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Betimleyici istatistik ve normal dağılım analizleri; gruplar arası karşılaştırmalarda ilişkisiz örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olduğundan sonuçlar herhangi bir toplum kesimine genellenemez. Araştırmanın tipi nedensellik açısından yeterli kanıt gücüne sahip değildir Bu araştırmadan elde edilecek veriler tüm aile hekimlerine ve araştırmanın evrenine genellenemeyeceği için sınırlı olduğu düşünülmektedir. Pandemi dönemi şartlarında aile hekimlerinin yoğun iş yükü ve motivasyon eksiklikleri nedeni ile katılımcı sayısının 264 kişi ile sınırlanmasına neden olmuştur.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.01.2022 tarihli onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek 2).

3.8.Araştırmanın Bütçesi

Giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1.'de verilmiştir. Katılımcıların %75,4'ü kadın, %24,6'sı erkektir. Katılımcıların %76,9'u 25-40 yaş aralığında, %23,1 'i 41-57 yaş arasındadır. Katılımcıların %57,6'sı pratisyen hekim, %42,4'ü uzman hekimdir. Araştırma tarihinde katılımcıların %15,5'i 0-3 yıl, %47'si 4-10 yıl, %20,1'i 11-15 yıl, %6,4'ü 16-20 yıl, %11 'i 21 ve üzeri yıl hekim olarak görev yapmışlardır. Katılımcıların %68,6'sı aile sağlığı merkezinde, %10,6'sı eğitim ve araştırma hastanesinde, %6,8'i ilçe devlet hastanesinde, %8,3'ü tıp fakültesi hastanesinde, %3'ü sağlık müdürlüğünde, %0,8'i özel sağlık kuruluşunda görev yapmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	199	75.4
	Erkek	65	24.6
Yaş	25-40	203	76.9
	41-57	61	23.1
Ünvan	Pratisyen Aile Hekimi	152	57,6
	Uzman Aile Hekimi	112	42,4
Görev Süresi	0-3 yıl	41	15.5
	4-10 yıl	124	47.0
	11-15 yıl	53	20,1
	16-20 yıl	17	6,4
	21 ve üzeri yıl	29	11
Çalışılan Kurum	Aile Sağlığı Merkezi	181	68.6
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	28	10.6
	İlçe Devlet Hastanesi	18	6.8
	Özel Sağlık Kuruluşu	2	0.8
	Sağlık Müdürlüğü	8	3.0
	Tıp Fakültesi Hastanesi	22	8.3
	Diğer	5	1.9

4.2.Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bilgi Düzeyi Karşılaştırılması ve Sonuçları

Katılımcıların bilgi düzeyleri; araştırmacılar tarafından oluşturulan ve 30 önermeden oluşan anket formundaki önermelere verdikleri doğru cevap sayısına göre 5 farklı seviyede değerlendirilmiştir. 0-6 arasında doğru cevaplayanlar “çok kötü”, 7-12 arasında doğru cevaplayanlar “kötü”, 13-18 arasında doğru cevaplayanlar “orta”, 19-24 arasında doğru cevaplayanlar “iyi”, 25 ve üzeri doğru cevaplayanlar ise “çok iyi” olarak sınıflandırıldı. Aile hekimlerinin bilgi düzeyleri Tablo 4.2’de açıklanmıştır.

Tablo 4.2. Hekimlerin tanımlayıcı değişkenlere göre bilgi düzeyi sınıflaması

Tanımlayıcı Değişkenler		PUAN				
		0-6	7-12	13-18	19-24	25-31
Cinsiyet	Kadın	1	1	45	140	12
	Erkek	0	0	30	31	4
Yaş	25-40	1	1	59	129	13
	41-57	0	0	16	42	3
Ünvan	Pratisyen Aile Hekimi	1	1	49	92	9
	Uzman Aile Hekimi	0	0	26	79	7
Görev Süresi	0-3 yıl	0	0	22	17	2
	4-10 yıl	0	0	34	83	7
	11-15 yıl	1	1	8	39	4
	16-20 yıl	0	0	4	13	0
	21 ve üzeri yıl	0	0	7	19	3
TOPLAM		1	1	75	171	16

Bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri kılavuzunu kullanma sıklıkları sorulduğunda hekimlerin %51,9’u (n=137) nadiren, %34,8’i (n=92) sıklıkla, %9,1’i (n=24) hiç ve %4,2’si (n=11) her zaman cevaplarını vermişlerdir. Hekimlerin cevaplarının dağılımları Tablo 4.3.’te verilmiştir.

Tablo 4.3. Hekimlerin 0-1 yaş bebek izleminde Tc. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri kılavuzunu kullanma sıklıkları

	N	%
Her zaman	11	4,2
Sıklıkla	92	34,8
Nadiren	137	51,9
Hiç	24	9,1

Kadın ve erkek hekimlerin kılavuz kullanma ortalamaları Tablo 4.4'te verilmiştir. Kadın ve erkek aile hekimlerinin bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri kılavuzundan faydalanma sıklığı arasında anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edilmiş ve hekimlerin cinsiyetine göre protokol kılavuzları kullanma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($t_{(262)} = 1.256$, $p > .05$).

Tablo 4.4. Cinsiyete göre Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri kılavuzundan faydalanma sıklığının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları

	N	Ortalama	S	sd	t	P
Kadın	152	2.37	.698	262	1.256	.210
Erkek	112	2.25	.708			

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre Bebek, Çocuk, Ergen izlem protokolleri kılavuzundan faydalanma sıklığı bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.5 ve 4.6'da verilmiştir. Hekimlerin ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin protokol kılavuzları kullanma sıklığını farklılaştırmadığı göstermektedir ($F_{(4-259)}=1.024$, $p > .05$).

Aile hekimlerinin, 0-1 yaş bebek izleminde TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün Bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri kılavuzundan hangi sıklıkta faydalandığının, sorulan sorulara dair bilgi düzeyini yorumlama durumunu ortaya

koymak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda kılavuzdan faydalanma sıklığı ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu gözlenmiş ($F_{(1-262)} = 6.856$, $p < .05$); ancak kılavuzdan faydalanma sıklığının aile hekimlerinin bilgi düzeyindeki değişimi açıklama oranı %2,6'dır ($R^2 = .026$)

Tablo 4.5. Kadın aile hekimlerinin mesleki tecrübe ve unvanlarına göre kılavuzu kullanma sıklıkları

		Pratisyen Aile Hekimi		Uzman Aile Hekimi	
Görev Süresi		N	%	N	%
0-3 yıl	Hiç	2	22,2	2	15,3
	Nadiren	6	66,6	5	38,4
	Sıklıkla	1	11,11	4	30,7
	Her zaman	0	0	2	15,3
4-10 yıl	Hiç	3	6,9	4	7,1
	Nadiren	24	55,8	27	48,2
	Sıklıkla	15	34,8	23	41
	Her zaman	1	2,3	2	3,5
11-15 yıl	Hiç	2	7,6	1	5,8
	Nadiren	11	42,3	12	70,5
	Sıklıkla	12	46,1	4	23,5
	Her zaman	1	3,8	0	0
16-20 yıl	Hiç	1	12,5	1	14,2
	Nadiren	1	12,5	3	42,8
	Sıklıkla	5	62,5	3	42,8
	Her zaman	1	12,5	0	0
21 ve üzeri yıl	Hiç	1	5,8	0	0
	Nadiren	10	58	0	0
	Sıklıkla	6	35,2	2	66,6
	Her zaman	0	0	1	33,3

Tablo 4.6. Erkek aile hekimlerinin mesleki tecrübe ve unvanlarına göre kılavuzu kullanma sıklıkları

		Pratisyen		Uzman	
		n	%	n	%
0-3 yıl	Hiç	0	0	2	40
	Nadiren	11	78,5	1	20
	Sıklıkla	2	14,2	2	40
	Her zaman	1	7,1	0	0
4-10 yıl	Hiç	2	11,1	1	14,2
	Nadiren	11	61,1	4	57,1
	Sıklıkla	5	27,7	2	28,5
	Her zaman	0	0	0	0
11-15 yıl	Hiç	1	12,5	0	0
	Nadiren	6	75	0	0
	Sıklıkla	1	12,5	2	100
	Her zaman	0	0	0	0
16-20 yıl	Hiç	0	0	0	0
	Nadiren	2	100	0	0
	Sıklıkla	0	0	0	0
	Her zaman	0	0	0	0
21 ve üzeri yıl	Hiç	1	14,2	0	0
	Nadiren	3	42,8	2	100
	Sıklıkla	1	14,2	0	0
	Her zaman	2	28,5	0	0

Pratisyen ve uzman aile hekimlerinin kılavuz kullanma ortalamaları Tablo 4.7’te verilmiştir. Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri kılavuzundan faydalanma sıklığı bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edilmiş ve pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında protokol kılavuzları kullanma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($t_{(262)}=-.500$, $p>.05$).

Tablo 4.7. Unvana göre Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri kılavuzundan faydalanma sıklığının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları

	N	Ortalama	S	sd	t	P
Pratisyen Aile Hekimi	152	2.32	.687	262	-.500	.618
Uzman Aile Hekimi	112	2.37	.728			

Hekimlerin aşı takvimi bilgi düzeyini ölçen sorulara verdikleri yanıtlar ve yüzdeleri Tablo 4.8.'de verilmiştir. Aşı uygulama zamanları bilgisini ölçen 1 numaralı soruya %70,1'i hayır yanıtını vererek doğru cevaplamış ve %25'i evet, %4,9'u fikrim yok yanıtını vermiştir. İmmün yetmezlik şüphesinde aşı uygulaması bilgi düzeyini ölçen 2 numaralı soruya %81,4'ü evet yanıtı vererek doğru cevaplamış ve %14,8'ü hayır, %3,8'i fikrim yok yanıtını vermiştir. Eksik aşıları çocuğa uygulanacak aşıları bilgisini ölçen 3 numaralı soruya %85,2'si evet yanıtı ile doğru cevap vermiş, %4,9'u hayır, %9,8'i fikrim yok yanıtını vermiştir.

Tablo 4.8. Hekimlerin rutin aşı takvimi bilgi düzeylerini ölçen sorular ve yanıtları

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1.	66	25	185	70,1	13	4,9
2.	215	81,4	39	14,8	10	3,8
3.	225	85,2	13	4,9	26	9,8

1.Aile sağlığı biriminize kayıtlı, rutin aşılama programında olan bir bebeğe kızamık-kızamıkçık- kabakulak aşısını altıncı ay izleminde mi uygularsınız? 2.Aile sağlığı biriminize kayıtlı ailesinde immün yetmezlik öyküsü olan iki aylık bebeğe bcg (verem) aşısı uygulamadan önce pediatri uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiğini düşünür müsünüz ? 3.Aile sağlığı biriminize kayıtlı doğduğundan beri hiç aşı yaptırmamış on iki aylık bebeğe ilk karşılaşmanızda Dabt-İPA-Hib(BEŞLİ KARMA AŞI), KPA(Konjuge Pnomokok Aşısı) ve Hepatit B aşısı yapmayı düşünür müsünüz?

Hekimlerin GKD ve görme taraması bilgi düzeylerini ölçen sorulara verdikleri yanıt yüzdeleri Tablo 4.9.'da verilmiştir. GKD taraması zamanı hakkında bilgi düzeyini ölçen 1 numaralı soruya hekimlerin %89,4'ü evet yanıtı vererek doğru cevaplamıştır. %8,7'si hayır ve %1,9'u fikrim yok yanıtını vermiştir. GKD muayenesi hakkında bilgi düzeyini ölçen 2 numaralı soruya %79,2'si evet yanıtını vererek doğru cevaplamış ve %13,6'sı hayır, %7,2'si fikrim yok yanıtını vermiştir. Görme taramasında uygulanacak işlemlerle ilgili bilgi düzeyini ölçen 3 numaralı soruya %85,2'si evet yanıtı vererek doğru cevaplamış ve %10,2'si hayır, %4,5'i fikrim yok yanıtını vermiştir. Bebekte görme gelişimi bilgisini sorgulayan 4 numaralı soruya %65,2'si (n=172) hayır yanıtı vererek doğru cevaplamış ve %27,3'ü (n=72) evet ve %7,6'sı (n=20) fikrim yok yanıtını vermiştir. Kırmızı refle testinin uygulanışı hakkında bilgi düzeyini ölçen 5 numaralı soruya %75,4'ü (n=199) evet yanıtı vererek yanlış cevaplamış ve %8,2'si (n=22) hayır, %16,3'ü (n=43) fikrim yok yanıtını vermiştir.

Tablo 4.9. Hekimlerin GKD görme taraması bilgisini ölçen sorular ve yanıtları

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1.	236	89,4	23	8,7	5	1,9
2.	209	79,2	36	13,6	19	7,2
3.	225	85,2	27	10,2	12	4,5
4.	72	27,3	172	65,2	20	7,6
5.	199	75,4	22	8,3	43	16,3

1. Aile sağlığı biriminize kayıtlı bebeğin rutin GKD taramasını 41.günde yapılmasını önerir misiniz? 2. Aile sağlığı biriminize kayıtlı GKD ön tanısı düşündüğünüz bebekte bacaklarda abdüksiyon kısıtlılığı görmeyi bekler misiniz? 3.Aile sağlığı biriminize kayıtlı ikinci ay izlemine gelen bebeğe yaptığınız göz muayenesinde gözleri yapısal olarak doğal olup ışık reaksiyonu her iki tarafta simetrik alındığını gözlemlediniz. Kırmızı refle testi yapmayı düşünür müsünüz? 4. Aile sağlığı biriminize kayıtlı bir haftalık bebekte yaptığınız göz muayenesinde nesnelere fiksasyon yapamadığını gözlemlediniz. Göz hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz? 5.Aile sağlığı biriminize kayıtlı bir haftalık bebekte yapmak istediğiniz kırmızı refle testinde; her bir gözün ayrı ayrı değerlendirilmesi ile her iki gözün birlikte değerlendirilmesinde, bebek ile oftalmoskop arasındaki mesafenin aynı olmasına dikkat eder misiniz?

Hekimlerin yenidoğan tarama programı ve sarılık takibi hakkındaki bilgilerini ölçen sorulara verdikleri yanıt yüzdeleri Tablo 4.10'da verilmiştir. Yenidoğan tarama programı kapsamında topuk kanı alınması zamanı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen 1 numaralı soruya hekimlerin %86'sı (n=227) evet yanıtını vererek doğru cevaplamış ve %12,1'i (n=32) hayır, %1,9'u (n=5) fikrim yok yanıtını vermiştir. Yenidoğan tarama programında tarama kapsamındaki hastalıklar hakkında bilgi düzeyini ölçen 2 numaralı soruya %68,9'u (n=182) hayır yanıtı vererek doğru cevaplamış ve %19,7'si (n=52) evet, %11,4'ü (n=30) fikrim yok yanıtını vermiştir. Sarılık takibinde bebeğin beslenmesi bilgi düzeyini ölçen 3 numaralı soruya %93,6'sı (n=247) hayır yanıtı vererek doğru cevap vermiş ve %3,4'ü (n=9) evet, %3'ü (n=8) fikrim yok yanıtı vermiştir. Sarılıkta risk faktörleri ve takip bilgi düzeyini sorgulayan 4 numaralı soruya %76,9'u (n=203) hayır yanıtını vermiş ve düşük risk zonundaki sarılıklı bebeği takip edebileceğini belirtmiştir. %20,1'i (n=53) evet yanıtı vererek bebeği sevk edeceğini belirtmiş olup hekimlerin cevapları kendi klinik kararlarını yansıttığı için doğru ya da yanlış değerlendirmesi yapılmamıştır. %3'ü (n=8) fikrim yok yanıtını vermiştir.

Tablo 4.10. Hekimlerin yenidoğan tarama programı ve sarılık takibi hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1.	227	86	32	12,1	5	1,9
2.	52	19,7	182	68,9	30	11,4
3.	9	3,4	247	93,6	8	3
4.	53	20,1	203	76,9	8	3

1. Doğduğu hastanede topuk kanı alınmış olup yaşamın ilk haftasında izlem amacıyla aile sağlığı biriminize getirilen bebekte tekrar topuk kanı almayı düşünür müsünüz? 2. Yenidoğan tarama programı için gönderdiğiniz topuk kanı testi sonuçları arasında piruvat kinaz enzim eksikliği sonucunu görmeyi bekler misiniz ? 3. Sadece anne sütü ile beslenen bir haftalık bebeğin muayenesinde yalnızca yüz ve boyun bölgesinin ikterik olduğunu gözlemlediniz. Anne sütüne ara verilip formula mama ile beslenmesi gerektiğini düşünür müsünüz? 4. İzlem amacıyla getirilmiş 38+3 gestasyonel haftada doğmuş bir haftalık bebeğin muayenesinde sadece yüz ve boyun bölgesinin ikterik olduğunu gözlemlediniz. Risk faktörü bulunmayan ve kan tetkikindeki total bilirubin (indirekt bilirubinemi) seviyesine göre düşük risk zonunda bulunan bebeği çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?

Hekimlerin gelişim takibi ve bebek beslenmesi hakkındaki sorulara verdikleri cevapların sayı ve yüzdeleri Tablo 4.11’de verilmiştir. Gelişim takibi ile ilgili bilgi düzeyini ölçen 1 numaralı soruya hekimlerin %56,1’i evet yanıtı vererek yanlış cevap vermişlerdir. %41,7’si hayır yanıtı ile doğru yanıtlamış ve %2,3’ü fikrim yok yanıtı vermiştir. Gelişim takibi ile ilgili 2 numaralı soruya %97,7’si evet yanıtı vererek doğru yanıtlamış, %1,5’i hayır ve %0,8’i fikrim yok yanıtını vermiştir. Gelişimsel değerlendirme ile ilgili 3 numaralı soruya hekimlerin %86,4’ü evet yanıtı vererek doğru yanıtlamış, %10,2’si hayır ve %3,4’ü fikrim yok yanıtı vermiştir. Gelişim izleme ve destekleme ile ilgili 4 numaralı soruya %47,7’si evet yanıtı vererek yanlış yanıtlamış ve %46,2’si hayır yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. %6,1’i ise fikrim yok yanıtını vermiştir. Anne sütü bebek beslenmesi ile ilgili 5 numaralı soruya %87,1’i evet yanıtı vererek doğru cevaplamış ve %11 ‘i hayır ,%1,9’u fikrim yok yanıtı vermiştir. Anne sütü ve ek gıda ile ilgili 6 numaralı soruya %78 hayır yanıtı vererek doğru cevaplamış ,%18,6’sı evet yanıtı ve % 3,4’ü fikrim yok yanıtı vermiştir.

Tablo 4.11. Hekimlerin gelişim takibi ve bebek beslenmesi hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1.	148	56,1	110	41,7	6	2,3
2.	258	97,7	4	1,5	2	0,8
3.	228	86,4	27	10,2	9	3,4
4.	126	47,7	122	46,2	16	6,1
5.	230	87,1	29	11	5	1,9
6.	49	18,6	206	78	9	3,4

1. Muayene ettiğiniz iki aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde başını dik tutamadığını gözlemlediniz. Bu sebeple Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz? 2. On iki aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde desteksiz oturamadığını gözlemlediniz. Bu sebeple Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz? 3. Sekiz aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde göz teması kuramadığını gözlemlediniz. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz? 4. Gelişim İzleme ve Destekleme rehberine göre bebeğin gelişiminin yaşı ile uyumlu olarak değerlendirilmesi için, bebeğin ay aralığının bulunduğu sütündeki işlevlerin tümünü yapıyor olmasını bekler misiniz? 5. Anne sütü alan sekiz aylık bebeğin beslenmesinde her istediğinde emzirilmesini ve günde üç kez ek gıda almasını önerir misiniz? 6. Sadece anne sütü ile beslenen dört aylık bebeğin annesinden aldığınız öyküde 'bebeğin anne sütüyle doymadığını bu yüzden ağladığını, beslenmeye mama eklemek istediğini ‘ öğrendiniz. Ek gıda başlanmasını destekler misiniz?

Hekimlerin bebekte lokal enfeksiyonlara ve ishalleri bebeğe yaklaşım ile hiperlipidemi taraması hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen sorulara verdikleri yanıt yüzdeleri Tablo 4.12’de verilmiştir. Bebeğe lokal enfeksiyonlara yaklaşım ile ilgili 1 numaralı soruya hekimlerin %50,4’ü evet yanıtı vererek doğru cevaplamış ve %44,7’si hayır, %4,9’u fikrim yok yanıtı vermiştir. İshalleri bebeğe yaklaşım ile ilgili 2 numaralı soruya %48,9’u evet yanıtı vererek doğru cevaplamış, %40,2’si hayır ve %11’i fikrim yok yanıtını vermiştir. Hiperlipidemi taraması zamanı hakkındaki 3 numaralı soruya %48,5’i hayır yanıtı vererek doğru yanıtlamış, %32,2’si evet ve %19,3’ü fikrim yok yanıtını vermişlerdir.

Tablo 4.12. Hekimlerin lokal enfeksiyonlara ve ishalleri bebeğe yaklaşım ile hiperlipidemi taraması hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1.	133	50,4	118	44,7	13	4,9
2.	129	48,9	106	40,2	29	11
3.	85	32,2	128	48,5	51	19,3

1.Göbek bağı henüz düşmemiş bir haftalık bebeğin muayenesinde göbeğinde lokal kızamıklık gördünüz. Vital değerleri normal olan ve tedavisini başladığınız bebeği her gün takip etmek amacıyla biriminize gelmesi gerektiğini düşünür müsünüz? 2. Üç gündür devam eden ishal şikayeti ile getirilen dört aylık bebekte orta ya da ağır dehidratasyon bulgusu gözlemlenmedi. Sadece anne sütü ile beslenen bebeğin evde tedavisinde, beslenmesine günlük 10 mg çinko desteği ile oral replasman sıvısı ve ya su eklemeyi düşünür müsünüz ? 3.Aile sağlığı biriminize kayıtlı , anne veya babasında total kolesterol düzeyi 240 mg/dl ve üzerinde olan on iki aylık bebeğin hiperlipidemi risk taraması uygulamayı düşünür müsünüz?

Hekimlerin bebekte diş sağlığı ve büyüme takibi ile genital muayene hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen sorulara verdikleri yanıt yüzdeleri Tablo 4.13’de verilmiştir. Diş gelişimi ile ilgili 1 numaralı soruya hekimlerin %84,1’i evet yanıtı vererek doğru cevaplamış olup %14,8’i hayır ve %1,1’i fikrim yok yanıtını vermiştir. Büyüme takibi ile ilgili 2 numaralı soruya hekimlerin %94,7’si evet yanıtı vererek doğru cevaplamış olup %4,9’u hayır ve %0,4’ü fikrim yok yanıtını vermiştir. Genital muayene ile ilgili 3 numaralı soruya %49,2’si evet ,%48,1’i hayır ve %2,7’si fikrim yok yanıtını vermiştir.

Tablo 4.13. Hekimlerin bebekte diş sağlığı ve büyüme takibi genital muayene hakkındaki bilgilerini ölçen sorular ve yanıtları

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1.	222	84,1	39	14,8	3	1,1
2	250	94,7	13	4,9	1	0,4
3.	130	49,2	127	48,1	7	2,7

1.On ikinci ay izlemine getirilen bebeğin muayenesinde hiç dişinin çıkmadığını gördünüz. Hipotiroidi ,rikets gibi patolojiler açısından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz? 2..Aile sağlığı biriminize kayıtlı büyüme değerlendirmesi yaptığınız bebeğin yaşa göre kilosunun üç aylıkken 75 persentil, altı aylıkken 10 persentil olduğunu tespit ettiniz. Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz? 3. Rutin izlem için getirilen on beş günlük erkek bebeğin ürogenital muayenesinde testisin scrotumda değil inguinal kanalda olduğunu tespit ettiniz. Çocuk Cerrahisi uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?

Hekimlerin demir preparatı ve D vitamini ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar ve yüzdeleri Tablo 4.14’de verilmiştir. Buna göre demir eksikliği tedavisi akış şeması bilgisini ölçen 1 numaralı soruya %57,6 oranında evet cevabı verilerek doğru yanıtlanmıştır. %37,5 kişi hayır yanıtı, %4,9 kişi fikrim yok yanıtı vermiştir. Bebekte rutin hemogram kontrolü zamanı bilgisini ölçen 2 numaralı soruya hekimlerin %63,6’sı hayır yanıtı vererek doğru cevaplamıştır. %32,6’sı evet yanıtı, %3,8’i fikrim yok yanıtı vermiştir. Demir eksikliği anemisinde başlanacak demir preperatı dozu bilgisini ölçen 4 numaralı soruya %58,7 kişi evet yanıtı vererek yanlış cevaplamıştır. %24,8’i hayır yanıtı vererek doğru yanıtlamış ve %12,9’u fikrim yok yanıtını vermiştir. Prematüre bebeğe demir profilaksisi başlama zamanı bilgisini ölçen 3 numaralı soruya hekimlerin %70,5’i evet yanıtı vererek doğru cevaplamış, %14,8’i hayır yanıtı, 14,8’i fikrim yok yanıtı vermiştir. Profilaktik D vitamini başlama zaman ve dozu bilgisini ölçen 5 numaralı soruya %63,3’ü evet yanıtı vererek yanlış cevaplamıştır. %34,5’i hayır yanıtı vererek doğru cevaplamış, %2,2’si fikrim yok yanıtını vermiştir. Fontanel küçüklüğünde D vitamini kullanımı bilgisini ölçen 6 numaralı soruya %69,7’si hayır yanıtı vererek doğru cevaplamış, %22,7’si evet %7,6’sı fikrim yok cevabını vermiştir.

Tablo 4.14. Hekimlerin demir preparatı ve D vitamini başlama bilgisini ölçen sorular ve yanıtları

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1.	153	57,6	99	37,5	13	4,9
2.	86	32,6	168	63,6	10	3,8
3.	186	70,5	39	14,8	39	14,8
4.	155	58,7	75	24,8	34	12,9
5.	167	63,3	91	34,5	6	2,2
6.	60	22,7	184	69,7	20	7,6

1. İzlem amacıyla tarafınıza başvuran 4 aylık bebeğin muayenesinde palmar solukluk gördünüz. Demir eksikliği ön tanısı için hemogram tetkiki yapmayı düşünür müsünüz? 2. Aile sağlığı biriminize kayıtlı demir profilaksisi başlanmış 4 aylık bebeğin rutin hemogram kontrolünü 6. ayda yapmayı düşünür müsünüz? 3. Aile sağlığı biriminize kayıtlı prematüre veya 2500 gram altında doğmuş bebeğe 2 aylıktan demir profilaksisi başlamayı düşünür müsünüz? 4. Demir eksikliği anemisi ön tanısı ile hemogram tetkiki istediğiniz 6 aylık bebeğin hemoglobin düzeyinin 10.5 gr/dl görülmesi durumunda günlük 5 mg/ kg dozunda demir preparatı başlamayı düşünür müsünüz? 5. Aile sağlığı biriminize kayıtlı olan bebeğe yaşamın ilk gününden itibaren profilaktik olarak 600 ünite D vitamini başlamayı düşünür müsünüz? 6. Aile sağlığı biriminize kayıtlı olan ve profilaktik düzeyde D vitamini verilen 4 aylık bebeğin muayenesinde fontanel küçüklüğü tespit ettiniz. D vitamini profilaksisini bırakırmayla düşünür müsünüz?

Kadın ve erkek aile hekimlerinin bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklem için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.15’de gösterilmiştir. Testin sonucuna hekimlerin cinsiyetine göre sorulan sorulardan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($t_{(262)} = 1.880$, $p > .05$). Doğru cevabı evet olan soruları için; Evet 3, Fikrim yok 2, Hayır 1 puan ve doğru cevabı hayır olan sorular için; Hayır 3, Fikrim yok 2, Evet 1 puan olarak puanlama yapılmıştır.

Tablo 4.15. Hekimlerin cinsiyetine göre bilgi düzeyinin ilişkisiz örneklem için t test sonuçları

	N	Ortalama	S	sd	t	p
Kadın	199	71.4824	4.63936	262	1.880	.061
Erkek	65	70.1692	5.59176			

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında bilgi düzeyleri bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.16’da verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında sorulan sorulardan aldıkları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($t_{(262)} = -1.478$, $p > .05$).

Tablo 4.16. Hekimlerin unvanına göre bilgi düzeyinin ilişkisiz örneklemeler için t test sonuçları

	N	Ortalama	S	sd	t	p
Pratisyen Aile Hekimi	152	70.7763	4.88029	262	-1.478	.141
Uzman Aile Hekimi	112	71.6786	4.93053			

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre bilgi düzeyi bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.17’de verilmiştir. Hekimlerin, sorulan sorulardan aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin sorulan sorulara dair bilgi düzeyini farklılaştırmadığı göstermektedir ($F_{(4-259)} = 1.207$, $p > .05$).

Tablo 4.17. Hekimlerin çalışma süresine göre bilgi düzeyinin tek yönlü varyans analizi sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler	F	p
			Ortalaması		
Gruplar arası	116.135	4	29.034	1.207	.308
Gruplar içi	6231.183	259	24.059		
Toplam	6347.318	263			

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında prematüre veya 2500 gram altında doğmuş bebeğe 2 aylıkken demir profilaksisi başlanması gerektiği bilgisine

sahip olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18’de verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(258.935)} = -5.164$, $p < .05$). Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,80 puan, pratisyen hekimler 2,38 puan almıştır. Uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin pratisyen hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında bebeğe profilaktik olarak başlanan D vitaminin zamanı ve dozu hakkındaki soruda bilgisi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18’de verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(224.452)} = 2.515$, $p < .05$). Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,12 puan, pratisyen hekimler 2,41 puan almıştır. Pratisyen hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin uzman hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında rutin aşılama programı bilgisine sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18.’de verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(198.934)} = -4.207$, $p < .05$). Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 1,81 puan, pratisyen hekimler 1,36 puan almıştır. Uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin pratisyen hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında eksik aşıları çocuk konusunda bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18.’de verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(260.334)} = -2.637$, $p < .05$). Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,89 puan,

pratisyen hekimler 2,74 puan almıştır. Uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin pratisyen hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında kırmızı refle testi hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18.'de verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(261.969)} = -2.722$, $p < .05$). Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,79 puan, pratisyen hekimler 2,59 puan almıştır. Uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin pratisyen hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında yenidoğan tarama programı için topuk kanı alınması hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18.'de verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır. ($t_{(183.336)} = 2.656$, $p < .05$) Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,61 puan, pratisyen hekimler 2,84 puan almıştır. Pratisyen hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin uzman hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında bebeğin gelişimsel değerlendirilmesi hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18.'de verilmiştir. Testin sonucuna göre pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(151.000)} = -2.393$, $p < .05$). Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 3 puan, pratisyen hekimler 2,93 puan almıştır. Uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin pratisyen hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında bebekte lokal enfeksiyonlara yaklaşım hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.18.'de verilmiştir. Testin sonucuna göre

pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(244.767)} = -2.284$, $p < .05$). Uzman hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,21 puan, pratisyen hekimler 1,94 puan almıştır. Uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin pratisyen hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Tablo 4.18. Hekimlerin unvanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan doğru bilgi konularının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları

Bilgi konusu	Gruplar	N	Ort.	S	t	sd	p
Aile sağlığı biriminize kayıtlı prematüre veya 2500 gram altında doğmuş bebeğe 2 aylıkken demir profilaksisi başlamayı düşünür müsünüz?	Prt	152	2.38	.812	-5.164	258.935	.000
	Uzm	112	2.80	.534			
Aile sağlığı biriminize kayıtlı olan bebeğe yaşamın ilk gününden itibaren profilaktik olarak 600 ünite D vitamini başlamayı düşünür müsünüz?	Prt	152	2.41	.895	2.515	224.452	.013
	Uzm	112	2.12	.993			
Aile sağlığı biriminize kayıtlı, rutin aşılama programında olan bir bebeğe kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısını 6.ay izleminde mi uygularsınız?	Prt	152	1.36	.732	-4.207	198.934	.000
	Uzm	112	1.81	.964			

Tablo 4.18. Hekimlerin unvanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan doğru bilgi konularının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları (devam)

Aile sağlığı biriminize kayıtlı doğduğundan beri hiç aşı yaptırmamış 12 aylık bebeğe ilk karşılaşmanızda Dabt-İPA-Hib (beşli karma aşı), KPA(Konjuge Pnomokok Aşısı) ve Hepatit B aşısı yapmayı düşünür müsünüz ?	Prt.	152	2.74	.572	-2.637	260.334	.009
Aile sağlığı biriminize kayıtlı 1 haftalık bebekte yapmak istediğiniz kırmızı refle testinde; her bir gözün ayrı ayrı değerlendirilmesi ile her iki gözün birlikte değerlendirilmesinde, bebek ile oftalmoskop arasındaki mesafenin aynı olmasına dikkat eder misiniz?	Uzm.	112	2.89	.388			
Doğduğu hastanede topuk kanı alınmış olup yaşamın ilk haftasında izlem amacıyla aile sağlığı biriminize getirilen bebekte tekrar topuk kanı almayı düşünür müsünüz?	Prt.	152	2.59	.685	-2.722	261.969	.007
12 aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde desteksiz oturmadığını gözlemlediniz. Bu sebeple Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?	Uzm.	12	2.79	.510			
	Prt.	152	2.84	.533	2.656	183.336	.009
	Uzm.	12	2.61	.787	2.656	183.336	.009
	Prt.	152	2.93	.339	-2.393	151.000	.018
	Uzm.	12	3.00	.000	-2.393	151.000	.018

Tablo 4.18. Hekimlerin unvanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan doğru bilgi konularının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları (devam)

Göbek bağı henüz düşmemiş 1								
haftalık bebeğin muayenesinde								
göbeğinde lokal kızarıklık	Prt.	152	1.94	.985	-2.284	244.767	.0.23	
gördünüz. Vital değerleri								
normal olan ve tedavisini								
başladığınız bebeği her gün								
takip etmek amacıyla	Uzm.	12	2.21	.944				
biriminize gelmesi gerektiğini								
düşünür müsünüz?								

Kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında bebekte rutin hemogram kontrolü zamanı hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklem için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.19.'da verilmiştir. Testin sonucuna göre kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(101.197)} = -2.697$, $p < .05$). Erkek hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 1,97 puan, kadın hekimler 1,60 puan almıştır. Erkek hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin kadın hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında fontanel küçüklüğü tespit edilen bebekte D vitamini profilaksisine devam edip etmeme hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklem için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.19'da verilmiştir. Testin sonucuna göre kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(97.552)} = -2.160$, $p < .05$). Erkek hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 1,74 puan, kadın hekimler 1,46 puan almıştır. Erkek hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin kadın hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında immün yetmezlik şüphesinde aşı uygulaması hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı,

veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.19’da verilmiştir. Testin sonucuna göre kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(148.551)} = -2.252$, $p < .05$). Erkek hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,82 puan, kadın hekimler 2,62 puan almıştır. Erkek hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin kadın hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında görme taraması hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.19’da verilmiştir. Testin sonucuna göre kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(97.994)} = -2.380$, $p < .05$). Erkek hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 1,86 puan, kadın hekimler 1,54 puan almıştır. Erkek hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin kadın hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında gelişimsel değerlendirme hakkında bilgi sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklemeler için t testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.19’da verilmiştir. Testin sonucuna göre kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmıştır ($t_{(64.855)} = 2.161$, $p < .05$). Erkek hekimler bu soruya verdikleri yanıtlardan ortalama 2,86 puan, kadın hekimler 2,99 puan almıştır. Kadın hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin erkek hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Tablo 4.19. Hekimlerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan doğru bilgi konularının ilişkisiz örneklemeler için t test sonuçları

Bilgi konusu	Gruplar	N	Ort.	S	t	sd	p
Aile sağlığı biriminize kayıtlı demir profilaksisi başlanmış 4 aylık bebeğin rutin hemogram kontrolünü 6. ayda yapmayı düşünür müsünüz?	Kadın	199	1.60	.898	-2.697	101.197	.008
	Erkek	65	1.97	.984			
Aile sağlığı biriminize kayıtlı olan ve profilaktik düzeyde D vitamini verilen 4 aylık bebeğin muayenesinde fontanel küçüklüğü tespit ettiniz. D vitamini profilaksisini bıraktırmayı düşünür müsünüz	Kadın	199	1.46	.802	-2.160	97.552	.033
	Erkek	65	1.74	.923			
Aile sağlığı biriminize kayıtlı ailesinde immün yetmezlik öyküsü olan 2 aylık bebeğe bçg (verem) aşısı uygulamadan önce pediatri uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiğini düşünür müsünüz?	Kadın	199	2.62	.762	-2.252	148.551	.026
	Erkek	65	2.82	.556			

Tablo 4.19. Hekimlerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan doğru bilgi konularının ilişkisiz örneklem için t test sonuçları(devam)

Aile sağlığı biriminize kayıtlı 1 haftalık bebekte yaptığınız göz muayenesinde nesnelere fiksasyon yapamadığını gözlemlediniz. Göz hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?	Kadın	199	1.54	.845	-2.380	97.994	.019
12 aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde desteksiz oturamadığını gözlemlediniz. Bu sebeple Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?	Kadın	199	2.99	.071	2.161	64.855	.034
	Erkek	65	1.86	.966			
	Erkek	65		.496			

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre bebekte demir eksikliği anemisine yaklaşım bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin bebekte demir eksikliği şüphesine yaklaşıma dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 4.554$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl ile 11-15 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 0-3 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin 2,51 ortalama ile,

1,87 ortalama puan alan 11-15 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre demir eksikliği tedavisinde ilaç dozu bilgisi bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin demir eksikliğinde verilen demir preparatı dozuna dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 2.684$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl ile 16-20 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 0-3 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin 1,9 ortalama ile, 1,2 ortalama puan alan 16-20 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre fontanel küçüklüğü tespit edildiğinde D vitamini profilaksisi hakkında anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin fontanel küçüklüğünde D vitaminine yaklaşıma dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 4.552$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl ile 4-10 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 4-10 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin 2,4 ortalama ile, 2 ortalama puan alan 0-3 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre rutin aşı takvimi bilgisi bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin rutin aşı takvimine dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 2.639$, $p < .05$).

Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl arası ile 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin 2,7 ortalama ile 2,1 ortalama puan alan 0-3 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre immün yetmezlik şüphesinde aşı uygulanması hakkında bilgilerinde anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin immün yetmezlik şüphesinde aşı uygulamasına dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 2.393$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 11-15 yıl arası ile 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin 2,8 ortalama ile, 2,4 ortalama puan alan 11-15 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre görme gelişimi takibi hakkında anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin görmenin gelişim aşamalarına dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 2.393$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl arası ile 4-10 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 4-10 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin 2,9 ortalama ile, 2,4 ortalama puan alan 0-3 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre immün yetmezlik şüphesinde aşı uygulanması hakkında bilgilerinde anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin

aile hekimlerinin immün yetmezlik şüphesinde aşı uygulamasına dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 2.393$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 11-15 yıl arası ile 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin 2,8 ortalama ile, 2,4 ortalama puan alan 11-15 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre yenidoğan tarama programı için topuk kanı alınması hakkında bilgi düzeyinde anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin topuk kanının aile hekimliği biriminde tekrar alınmasına dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 6.916$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl arası ile 4-10 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 4-10 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin 2,7 ortalama ile, 2,3 ortalama puan alan 0-3 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre bebeğin gelişimsel değerlendirmesi hakkında bilgi düzeyinde anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin bebeğin gelişimsel takibine dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 4.601$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl arası ile 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 0,3 yıl arası tecrübesi olan hekimlerin 2 ortalama ile, 1,2 ortalama puan alan 21 yıl ve üzeri tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü.

Hekimler arasında, çalışma sürelerine göre çocukta hiperlipidemi taraması hakkında bilgi düzeylerinde anlamlı bir fark olup olmadığı, veriler normal dağılım gösterdiği

için Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiştir. Hekimlerin, aldıkları puan ortalamaları arasında, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar Tablo 4.20.'de verilmiştir. Test sonucu, çalışma süresinin aile hekimlerinin çocukta hiperlipidemi taramasına dair bilgi düzeyini farklılaştırdığını göstermektedir ($F_{(4-259)} = 3.830$, $p < .05$). Yapılan Dunnett's C testi sonucunda anlamlı farkın 0-3 yıl arası ile 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin puanları arasında olduğu görülmüştür. 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan hekimlerin 2,4 ortalama ile, 1,8 ortalama puan alan 0-3 yıl arası tecrübeye sahip hekimlerden konu ile ilgili daha iyi bilgi seviyesinde olduğu görüldü. Fontanel küçüklüğü görüldüğünde D vitaminin kesilmemesi gerektiğini ise hekimlerin %69,7'si biliyordu. Önceki dönemlerde bu muayene bulgusu görüldüğünde D vitamini kesiliyor ya da ara veriliyordu ancak güncel bilgilerimizle D vitaminine devam edilerek bebeğin pediatri uzmanına sevk edilmesi ve başka patolojiler için değerlendirilmesi gerektiğini bilmekteyiz.

Tablo 4.20. Hekimlerin çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan bilgi konularının tek yönlü varyans analizi sonuçları

		Kareler Toplamı	sd	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı Fark
İzlem amacıyla tarafınıza başvuran 4 aylık bebeğin muayenesinde palmar solukluk gördünüz. Demir eksikliği ön tanısı için hemogram tetkiki yapmayı düşünür müsünüz?	Gruplar arası	15.796	4	3.949	4.554	.001	0-3 yıl / 11-15 yıl
	Gruplar içi	224.564	259	.867			4-10 yıl / 11-15 yıl
	Toplam	240.360	263				
Demir eksikliği anemisi ön tanısı ile hemogram tetkiki istediğiniz 6 aylık bebeğin hemoglobin düzeyinin 10.5 gr/dl görülmesi durumunda günlük 5 mg/ kg dozunda demir preperatı başlamayı düşünür müsünüz?	Gruplar arası	8.191	4	2.048	2.684	.032	0-3 yıl / 16-20 yıl
	Gruplar içi	197.567	259	.763			
	Toplam	205.258	263				

Tablo 4.20. Hekimlerin çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan bilgi konularının tek yönlü varyans analizi sonuçları(devam)

Aile sağlığı biriminize kayıtlı olan ve profilaktik düzeyde d vitamini verilen 4 aylık bebeğin muayenesinde fontanel küçüklüğü tespit ettiniz. D vitamini profilaksisini bıraktırmayı düşünür müsünüz?	Gruplar arası	12.201	4	3.050	4.552	.001	0-3 yıl / 4-10 yıl
	Gruplar içi	173.556	259	.670			0-3 yıl / 11-15 yıl
	Toplam	185.758	263				0-3 yıl / 16-20 yıl
Aile sağlığı biriminize kayıtlı, rutin aşılama programında olan bir bebeğe kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısını 6.ay izleminde mi uygularsınız?	Gruplar arası	7.728	4	1.932	2.639	.034	0-3 yıl / 21 ve üzeri yıl
	Gruplar içi	189.631	259	.732			
	Toplam	197.360	263				
Aile sağlığı biriminize kayıtlı ailesinde immün yetmezlik öyküsü olan 2 aylık bebeğe bcg (verem) aşısı uygulamadan önce pediatri uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiğini düşünür müsünüz?	Gruplar arası	4.871	4	1.218	2.393	.051	11-15 yıl / 21 ve üzeri yıl
	Gruplar içi	131.796	259	.509			
	Toplam	136.667	263				
Aile sağlığı biriminize kayıtlı 1 haftalık bebekte yaptığınız göz muayenesinde nesnelere fiksasyon yapamadığını gözlemlediniz. Göz hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?	Gruplar arası	11.861	4	2.965	3.953	.004	0-3 yıl / 4-10 yıl
	Gruplar içi	194.260	259	.750			0-3 yıl / 11-15 yıl
	Toplam	206.121	263				

Tablo 4.20. Hekimlerin çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan bilgi konularının tek yönlü varyans analizi sonuçları(devam)

Doğduğu hastanede topuk kanı alınmış olup yaşamın ilk haftasında izlem amacıyla aile sağlığı biriminize getirilen bebekte tekrar topuk kanı almayı düşünür müsünüz?	Gruplar arası	11.094	4	2.774	6.916	.000	0-3 yıl / 4-10 yıl
	Gruplar içi	103.871	259	.401			0-3 yıl / 11-15 yıl
	Toplam	114.966	263				0-3 yıl / 16-20 yıl
							0-3 yıl / 21 ve üzeri yıl
Muayene ettiğiniz 2 aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde başını dik tutamadığını gözlemlediniz. Bu sebeple Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?	Gruplar arası	16.754	4	4.189	4.601	.001	21 ve üzeri yıl / 0-3 yıl
	Gruplar içi	235.776	259	.910			21 ve üzeri yıl / 4-10 yıl
	Toplam	252.530	263				21 ve üzeri yıl / 11-16 yıl
Aile sağlığı biriminize kayıtlı, anne veya babasında total kolesterol düzeyi 240 mg/dl ve üzerinde olan 12 aylık bebeğin hiperlipidemi risk taraması uygulamayı düşünür müsünüz?	Gruplar arası	11.504	4	2.876	3.830	.005	21 ve üzeri yıl / 0-3 yıl
	Gruplar içi	194.493	259	.751			
	Toplam	205.996	263				

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlam çocuk izleminin doğru ve eksiksiz yapılmasıyla hastalıklara erken tanı konması ve tedavisi, çocuğun büyüme ve gelişimini engelleyecek sorunların fark edilerek önlenmesini sağlamak mümkündür. Ülkemiz sağlık bakanlığı Halk sağlığı kurumu tarafından yayınlanan Bebek, Çocuk, Ergen izlem protokolü ile izlem zaman ve basamakları ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır. Literatürde ülkemizde aile hekimlerinin bebek izlemleri konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirildiği araştırmalar sınırlıdır. Biz çalışmamızda yaşamın ilk bir yılında yapılması gereken izlemler ve ayrıntılarıyla ilgi olarak aile hekimlerinin bilgi düzeylerini ölçmeyi hedefledik.

Bu çalışmada; araştırmacılar tarafından oluşturulan bilgi seviyesi skalasına göre aile hekimlerinin %70,83'ünün bebek izlemleri konusunda iyi düzeyde bilgi sahibi olduğu saptandı. Bunun yanında %28,40'ının orta düzeyde ve yalnızca %0,75'inin yani 264 katılımcının yalnızca bir tanesinin kötü bilgi düzeyine sahip olduğu görüldü. Genel puan değerlendirmesinde tanımlayıcı değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemesine karşın kadın hekimler içinde bilgi düzeyi iyi olanların oranı erkek hekimler içinde bilgi düzeyi iyi olanların oranından daha yüksek bulundu. Bunun yanında aile hekimliği uzmanları arasında bilgi düzeyi iyi olanların oranının da pratisyen aile hekimleri içinde bilgi düzeyi iyi olanların oranından daha yüksek olduğu saptandı. Mesleki tecrübeyle birlikte bilgi düzeyi yüksekliği oranında bir artış gözlenmekle birlikte mesleki tecrübesi 15 yılın üzerinde olan hekimlerde görece bu oranlarda düşüş olduğu görüldü. Genel bilgi düzeyi değerlendirme skalasındaki önermeler ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise değişkenler arası farklılıkların ortaya çıktığı görüldü.

Katılımcıların yarısından fazlasının (%51,9) izlem protokollerini nadiren okuduğu görülmüş olup, yalnızca %4,2'si her zaman kılavuzlardan faydalandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda kılavuzlardan faydalanmalarının önündeki engeller sorgulanmamış olsa da literatürdeki çalışmaların ortak vurgusu zaman problemidir. (Wolfe ve ark., 2004, Lugtenberg ve ark., 2009, Yangı ve ark., 2018) Ülkemizde de

Çalışma koşulları, günlük muayene sayıları göz önüne alındığında hekimlerin mesleki gelişimlerine ayıracak vakitlerinin kısıtlılığı olduğu kanaatindeyiz. Bu bağlamda; çıkan sonuçlar beklenen bir sonuç olmakla birlikte hekimlerin mesleki gelişimlerine ayırabilecekleri zamanlarının olabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi ve gereği halinde hizmet içi eğitimlerin planlaması gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Bununla birlikte kılavuzlardan faydalanma ile hekimlerin bilgi düzeyleri arasındaki anlamlı ilişki de bu gerekliliği bir kez daha vurgulamaktadır.

Çalışmamızda aile hekimlerinin cinsiyet, unvan ve mesleki tecrübelerine göre bilgi düzeyleri arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Literatürde bu bulguyu destekler çalışmalar olmakla birlikte Yılmaz ve ark. (2017)'ı mesleki tecrübenin bilgi düzeyi üzerinde az da olsa etkili olduğunu göstermişlerdir. Daha kapsamlı çalışmalar bu etkinin düzeyini daha net ortaya koyabilir düşüncesindeyiz.

Katılımcıların %70,5'inin prematüre bebeklere demir profilaksisinin başlangıç zamanını doğru bildiği gözlendi. Yılmaz (2017)'ın aile hekimlerinde aynı bilgiyi miadında doğan bebekler açısından sorguladığı çalışmasında bu oran %85,34 olarak saptanmıştır. (Yılmaz, 2017) Coşkun'un İstanbul'da yaptığı çalışmada preterm bebek izlemleri konusunda aile hekimlerinin yaklaşık %37'sinin bu izlemlerin birinci basamakta değil çoğunlukla st basamaklarda yapılması gerektiğini düşündüğü ve hekimlerin % 48,9'unun ise kendilerinden ve st basamak sağlık kuruluşlarından eşit sıklıkta hizmet alındığını ifade ettikleri bulunmuştur. (Coşkun, 2019) Bu sonuçlarla prematüre ve prematüre olmayan bebeğe yaklaşımda aile hekimlerinin bilgi düzeyinin farklılık gösterdiğini düşünebiliriz. Prematüre bebek takibinde bilgi sahibinin miadında doğan bebeğe göre eksik olmasının nedeni prematüre bebeğin st basamakta takibinin doğru olacağı düşüncesi ve prematüre bebekle daha az sıklıkta karşılaşılması olabilir. Ayrıca pratisyen aile hekimleri ile uzman aile hekimleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edildiğinde uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin pratisyen hekimlere göre daha iyi olduğu görülmüştür. Bu sonuç aile hekimliğinde uzmanlık eğitiminin prematüre bebeğe yaklaşımda bilgi düzeyini olumlu yönde etkilediğini düşünmemizi sağlamıştır.

Bebeklerde rutin hemogram kontrolü zamanı bilgisini sorguladığımızda hekimlerin %63,6'sının doğru yanıt verdiği görülmüştür. Yılmaz'ın çalışmasında ise bu oran %83,24 olarak bulunmuştur. (Yılmaz, 2017) Ayrıca kadın aile hekimleri ile erkek aile hekimleri arasında konu hakkında anlamlı olarak erkek hekimlerin bilgi düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür. Bu istatistiksel farkın tesadüfi olduğunu düşünebiliriz.

Demir eksikliği anemisi tedavisi akış şemasında hemogram tetkiki ve tedavi dozları ile bilgi düzeyini sorguladığımızda hekimlerin %57,6'sı dört aylık bebekte palmar solukluk bulgusu karşısında hemogram tetkiki istemesi gerektiğini belirterek doğru yanıt vermiştir. Ancak tedavi dozu bilgisini sorguladığımızda %58,7'si yanlış yanıt vermiştir. Akış şeması ve tedavi dozu hakkında hekimlerin aldıkları puan ortalamaları arasında çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. 0-3 Yıl arası tecrübesi olan hekimlerin bu iki konudaki bilgi düzeyi 11-15 ve 16-20 yıl arası tecrübe sahibi hekimlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Mesleki tecrübesi az ve yeni mezun olmuş hekimlerin konu hakkında bilgi düzeylerinin fazla olması izlem ve tedavi kılavuzlarının yenilenmiş bilgilerine güncel olarak sahip olduklarını düşünebiliriz. Ancak çalışmamızdaki doğru yanıt oranlarına göre aile hekimlerinin bebekte demir eksikliği anemisine yaklaşım ve tedavi hakkındaki bilgilerinin güncellenmesi gerektiği sonucuna ulaşabiliriz.

D vitamini profilaksisi başlama zamanı ve dozunu sorguladığımızda katılımcıların %34,5'i doğru yanıt vermişlerdir. Yılmaz'ın çalışmasında profilaksi başlama zamanı sorgulandığında hekimlerin %9,42'si, doz sorgulandığında ise %76,9'u doğru yanıt vermiştir. (Yılmaz, 2017) Çalışmamızdaki oranlar ışığında hekimlerin D vitamini başlama zamanı ve doz bilgilerini güncel kılavuzlar ışığında yenilemeleri gerekliliği aşıkardır.

Çalışmamızda hekimlerin aşı takvimi, eksik aşıları çocuk ve immün yetmezlikte aşı uygulamasına dair bilgi düzeylerini ölçen sorularımıza verdikleri doğru yanıt yüzdeleri sırasıyla %70,1, %85,2 ve %81,4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki oranlara benzer olarak Yılmaz'ın çalışmasında rutin aşı takvimi sorusuna hekimlerin %87,4'ü doğru yanıt vermiştir. (Yılmaz, 2017) Çalışmamızda aşı takvimi ve eksik aşıları çocuk ile ilgili

olarak uzman hekimlerin bilgi düzeyi pratisyen hekimlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aşı takvimi ile ilgili olarak 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübesi olan hekimlerin bilgi düzeyinin 0-3 yıl tecrübesi olan hekimlere göre fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar uzmanlık eğitimi ve mesleki tecrübenin aşı konusunda hakimiyeti olumlu yönde etkilediğini göstermiştir.

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi ilk izlem itibariyle tüm izlemlerde kırmızı refle testinin uygulanmasını önermektedir. (Bell, 2013) Rutin izlemde kırmızı refle testi yapılması gerekliliğini sorguladığımızda %85,2 oranında doğru yanıt alırken testin yapılma şeklini sorguladığımızda %75,4 oranda yanlış yanıtla karşılaştık. Biten ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %77,3'ü oftalmoskop kullanma konusunda yetersiz olduğunu düşündüğü için göz hastalıklarına yaklaşımı yetersiz bulunmuştur. (Biten H ve ark., 2015) Bizim çalışmamızda kırmızı refle testinin yapıış şekliyle ilgili olarak uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre bilgi düzeyinin fazla olduğunu gördük. Bu sonuçlardan yola çıkarak görme taraması ve kırmızı refle testinin yapılmasının gerekliliğinin teorik olarak bilindiğı ancak pratik uygulamada yetersiz kaldığını düşünebiliriz. Uzmanlık eğitiminin bu konuya katkısı olduğunu bilsek de sahadaki tüm aile hekimlerinin görme taraması ve testlerin uygulanış biçimi hakkında bilgilerinin güncellenmesi gerektiğı düşünülebilir.

Anne sütü bebeğın büyüme gelişmesinde büyük öneme sahiptir ve gelişen teknoloji ile bebek mamalarının içeriğinde anne sütüne yaklaşılmaya çalışılsa da hiçbirisi tam olarak yerini tutamaz. Çalışmamızda hekimlere sarılık olan bebekte anne sütünün kesilmesi ve mama başlama ile ilgili sorduğumuz soruya %93,6'sı doğru yanıt vermiştir. Demirel'in pediatri asistan ve uzman hekimleri üzerinde yaptığı çalışmasında sarılık olan bebekte %98,8 oranında sık emzirmeyi önerdiklerini bulmuştur. Bu oran çalışmamızdakiyle benzerdir. (Demirel, 2008)

Sarılığı düşük risk zonundaki bebeğın sevkiyle ilgili sorumuzda hekimlerin %76,9'u sevk etmeden kendileri takip edebileceğini belirtmiştir. Demirel'in çalışmasında hekimlerin fizyolojik sarılığı olan yenidoğana yaklaşımı sorusunu hemen hepsi doğru yanıtlamış ve yaklaşık yarısı sarılık tanısında sefalokaudal sınıflandırmayı

kullandığını belirtmiştir. (Demirel, 2008) Hekimlerin hiperbilirubinemi hakkındaki sorulara verdikleri doğru yanıt yüzdelere bakarsak sarılık takibinin önemli ölçüde birinci basamakta yapılabileceği, iki ve üçüncü basamağa bu konuda ciddi bir destek sağlayacağını görüyoruz.

Çalışmamızda bebek gelişiminde göz teması kurma, desteksiz oturma gibi gelişim evrelerinin zamanını sorguladığımızda hekimlerden yüksek oranda doğru yanıt alırken, başını tutabilme evresi ile ilgili sorumuzda %56,1 hekimden yanlış cevap aldık. Sonuçlarımızdan yola çıkarak bebeğin motor ve bilişsel gelişim aşamalarıyla ilgili olarak mesleki uygulama sonrasında ayrıntılı eğitimlere gerek olduğunu düşünebiliriz.

Gelişim İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) bebeğin ve çocuğun bilişsel ve motor gelişimini ay aralıklarına göre sütunlar halinde sunan pratik bir rehberdir. Bebeğin gelişimine normal diyebilmemiz için bulunduğu ay aralığından bir önceki sütundaki işlevlerin tamamını gerçekleştiriyor olması gerekir. Bu rehberin kullanımı ile ilgili sorumuza %47,7 oranında yanlış cevapla karşılaştık. Yılmaz'ın çalışmasında aile hekimlerinin %48'i, 0-5 yaş grubu çocuklarda bilişsel ve dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişimi, motor gelişimi ile bebek çocuk izlem protokolüne uygun şekilde yaptığını belirtmiş. (Yılmaz, 2017) Çalışmamızda da bu oranla oldukça yakın bir sonuç bulunmuştur. Gelişim değerlendirmesi, muayene vakitleri oldukça kısıtlı olan hekimlerimiz için tam ve ayrıntılı olarak gerçekleştirilemiyor olabilir ve bu konuda GİDR ile ilgili eğitimler verilerek bu önemli muayenenin pratiklik kazanması sağlanarak atlanabilme ihtimali olan birçok gelişme geriliği erkenden fark edilebilir.

Anne sütü ve ek gıda ile ilgili sorulara hekimler %87 ve %78 oranlarında doğru yanıt vermiştir. Başar ve arkadaşlarının Kocaeli'nde yaptığı anne sütü ile ilgili bilgi düzeyini ölçen çalışmada aile hekimleri tüm soruların ortalama %78,77'sini doğru cevaplamıştır. (Başar ve ark., 2018) İki çalışma arasındaki sonuçlar benzer olup aile hekimlerinin ek gıda ve anne sütü ile ilgili konularda bilgi düzeylerinin iyi olduğu görülmekle birlikte; anne sütü ve ek gıda gibi önemli konular hakkında bilgi

düzeylerinin daha yüksek seviyeleri çıkarılması için yine de çaba sarf edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda bebekte lokal enfeksiyonun takibi sorusuna %50,4 oranında doğru cevap aldık. Yılmaz'ın intern hekimler üzerinde yaptığı çalışmada çocukta ciddi bakteriyel enfeksiyon ya da çok ağır hastalık olduğunu düşünme ve sevk etme ile ilgili bilgi düzeyini sorgulamış ve %5,5 oranında doğru yanıt almıştır. (Yılmaz, 2019) İki çalışmanın sonuçları arasındaki bu fark bebekte enfeksiyon hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyinin hekimlik pratiğiyle oldukça ilişkili olduğunu düşünmemizi sağladı. Ayrıca çalışmamızda uzman hekimlerin konu ile ilgili bilgi düzeyleri pratisyen hekimlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Bebek ve çocukta lokal ve sistemik enfeksiyonların doğru tanı ve takibi ile mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesine katkı sağlanabilir. Tıp eğitimi ve sonrasında çocuk enfeksiyonları ile ilgili eğitimin yoğunluk ve tekrarının faydalı olabileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızda bebek ve çocukta gastroenterit, dehidratasyon derecesi ve tedavi bilgi düzeyini ölçen sorumuza %48,9 oranında doğru yanıt verilmiştir. Literatürde ülkemizdeki aile hekimlerinde bu konuda çalışma yapılmamış olması çalışma sonucumuzu karşılaştırma olanağı vermese de ülkemizde de 1-5 yaş grubundaki ölümlerin pnömoniden sonra ikinci nedeni olan gastroenteritlerle ilgili olarak hekimlerimizin bilgi düzeyinin yeterli olmadığını söyleyebiliriz.

İnmemiş testis tanısı ve takibi konusundaki sorumuza hekimlerin sevk etme ve takip etme kararlarının oranları benzerdi. Testisin skrotuma inişi altıncı aya kadar sürebilmektedir ve hekimlerin %49,2'si bu süreyi beklemeden sevk etme seçeneğine yönelmiştir, %48,1'i ise takip etmeyi seçmiştir. Yılmaz çalışmasında inmemiş testis muayene zamanı ile ilgili bilgi düzeyini ölçmüş ve %29,8 oranında doğru cevap almıştır. (Yılmaz, 2017) Bu oranlar inmemiş testis muayene ve takibi konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu göstermiştir.

Büyüme eğrileri ile ilgili sorumuza hekimlerin %94,7'si doğru yanıt verdi. Yılmaz'ın çalışmasında ise hekimlerin %85'inin boy-kilo takibi yaptığı ve %20,9'unun obezite

tanısının hangi persentilden sonra konulabileceği bilgisine sahip olduğu bulunmuş. (Yılmaz, 2017) Bizim çalışmamızda karşılaştığımız doğru yanıt oranı oldukça yüksek olup hekimlerin konu hakkındaki bilgisi yeterli düzeydedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli bileşeni olan aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yaptıkları izlemler sağlam bir birey ve sağlam bir toplum anlayışının temel aşamalarından biridir. Bebek izlemleri de bu temel aşamalardan biridir ve sağlıklı bir birey yetiştirmenin ilk basamağıdır. Bu bağlamda aile hekimlerinin bu konuda üzerine büyük iş düşmekte ve bu izlemler konusunda yeterli bilgi düzeylerine sahip olmaları ve bu birikimlerini uygulamalarına yansıtmaları beklenir. Bu çalışma; aile hekimlerimizin bebek izlemleri konusundaki bilgi düzeylerinin görece yeterli düzeyde olduğunu ancak spesifik bazı konularda eksiklikler olduğunu gösterdi.

Sonuç olarak; aile hekimlerinin bebek izlemleri konusunda aralıklı olarak hizmet içi eğitime alınmaları, bu izlemlerle alakalı hazırlanan kılavuzları takip edebilmeleri için zaman sorunsalını aşabilecekleri planlamalar yapılmalı, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonunun içeriğinin bu izlemler konusunda revize edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

6. KAYNAKLAR

Aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberi TC. Sağlık Bakanlığı Ankara 2015

Akın L. Postnatal Büyümenin İzlenmesi ,Türk Aile Hekimleri Dergisi 2011 ;15(3):109-111

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004, 114(1):297- 316.

Başer DA, Sönmez CI, Arslan M. (2018) Kocaeli İlindeki Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Anne Sütü ve Emzirme İle İlgili Bilgi Düzeyleri Konuralp Tıp Dergisi 2018, 10(1):34-40

Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2018 ,1112, Ankara

Behrman RE, Kliegmen RM, Tershakovec AM, Stallings VA. Nelson Essentials of Pediatrics Çocukta Beslenme ve Beslenme Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, 2011, 3: 56-92.

Bell A. Childhood Eye Examination. Am Fam Physician 2013, 88(4): 241-248.

Bhutani VK, Zipursky A, Blencowe H. Neonatal hyperbilirubinemia and Rhesus disease of the newborn: incidence and impairment estimates for 2010 at regional and global levels. Pediatr Res 2013, ;74(S1):86-100

Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2018

Biten H, Koç M, Özçelik D. Birinci basamakta göz hastalarına yaklaşım ile ilgili aile hekimliği asistanlarının yeterliliklerinin değerlendirilmesi. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2015, 6(4): 369-374.

Bolat F, Uslu S, Bülbül A, Cömert S, Can E, Nuhoğlu A. Yenidoğan ünitemizde indirekt hiperbilirubinemi tanısı ile yatırılan term yenidoğan bebeklerin değerlendirilmesi 2010, J Child ,10(2):69-74.

Bolat F, Uslu S, Bülbül A. Yenidoğan indirekt hiperbilirubinesinde ABO ve Rh uyumsuzluğunun karşılaştırılması. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2010, 44(4):156-6

Can Yıldırım H, Erbaydar T. Van'da Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Göz Hastalıklarına Yaklaşım ve Uygulamaları. Türk Oftalmoloji Dergisi 2009, 39: 164-171.

Coşkun S. Sağlam Çocuk İzleminde Yenidoğan Döneminde Rutin Göz Muayenesi Sırasında Kırmızı Refle Testine İlişkin Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi Ve Farkındalığı Ankara 2016

Coşkun ZE. Preterm Bebeklerin İzlemlerinde Aile Hekimlerinin Yaklaşımları: İstanbul Örneği, 2019, İstanbul

Demirel B. İstanbul İlinde Çalışan Çocuk Hekimlerinin Hiperbilirubinemi Tanı, Tedavi Ve İzlemine Yaklaşımı, 2008, İstanbul

Efeoğlu Bayram D, Akbaş Güneş N, İren Akbıyık D, Aypak C, Görpelioğlu S. Aile hekimliğinde ağız ve diş sağlığı: Asistan hekimlerin bilgi ve tutumları Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2018, Cilt 22 Sayı 4

Ercan O. Büyümenin İzlenmesi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi, 2003, No:35 ; 251-26.

Ersu R, Çakır E. Kistik fibrozis yenidoğan tarama testi ile tanı alan hastaları izleme rehberi, 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Görme Taraması Ulusal Rehberi Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2015

Gür E. Sağlam Çocuk İzlemi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi, 2003, No:35 ; 9-16

Kayıran M, Önal S. Önemli bir tarama testi: Kırmızı Refle testi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 2012, 2(2): 51-54.

Kurtoğlu S. Büyüme ve büyüme bozuklukları. Erciyes Tıp Dergisi, 1992, ;1: 73-92

Kültürsay N, Çalkavur Ş. İndirekt hiperbilirubinemi/nedenler ve tanı. J Curr Pediatri, 2006, 1(4):21- 5

Lugtenberg M, Schaick MZ, Westert GP, Burgers JS. Why Don't Physicians Adhere to Guideline Recommendations in Practice? An Analysis of Barriers Among Dutch General Practitioners. Implementation Science, 2009, 54:1-4

Mazıcıoğlu M, Kurtoğlu S, Öztürk A, Hatipoğlu N, Çiçek B, Üstünbaş HB. Çocuklarda antropometrik ölçümlerle büyümenin izlemi. Actual Medicine 2009, 17:39-47.

Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014, 113-35

McWhinney IR, Freeman, T. Textbook of Family Medicine. United Kingdom: Oxford University Press, Inc, 2009, 26.

Nizamoğlu M. Sağlam çocukların düzenli takiplerini etkileyen faktörler Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, 2006, İstanbul.

Palermo JJ, Joerger S, Turmelle Y, Putnam P, Garbutt J. Opportunities to increase early detection of neonatal cholestasis. Acad Pediatr 2012;12(4):283–7.

Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. Am Fam Physician ,2002, 65(4):599-606.

Rai S, Kaur S, Hamid A, Shobha P. Association of dermal icterus with serum bilirubin in Newborns weighing <2000 grams Int J Sci Stud, 2015, 3(7):65-9.

Saydam R. Beslenme Davranışının Gelişimi. II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi,2003, 104-105.

Schwartz HP, Haberman BE, Ruddy RM. Hyperbilirubinemia: Current guidelines and emerging therapies. Pediatr Emerg Care, 2011, 27(9):884-9.

Stout B. Neonatal genitourinary emergencies. In: Cantor RM, Sadowitz PD. Neonatal emergencies. New York: The McGraw-Hill Companies, 2010, 129-144.

Topal Y, Topal H, Battaloğlu İnanç B, Özkoç HH. Türkiye’de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi, 2017, 4(2):6-10

Wan A, Mat Daud S, Teh SH, Cgoo YM, Kuttr FM. Management of neonatal jaundice in primary care. Malays Fam Physician, 2016, 11(2-3):16-19.

Watchko JF. Identification of neonates at risk for hazardous hyperbilirubinemia: emerging clinical insights. Pediatr Clin North Am, 2009, 56(3):671-87.

Wolfe RM, Sharp LK, Wang RM. Family Physician’ Opinions and Attitudes to Three Clinical Practice Guidelines. The Journal of The American Board of Family Medicine, 2004, 17(2):150-7

WONCA Europe The European definition of general practice/family medicine 2002

Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi. Katkı Pediatri Dergisi, 2003, 25:43–63.

Yangı DT, Görpelioğlu S, Top M. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, 2018, Ankara

Yıldız S, Balcı S, Görak G. Guthrie tarama testi için örnek alma uygulamalarının ve test sonuçlarının değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 9: 1

Yılmaz M. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlam Çocuk Özlemi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, 2019, Samsun

Yılmaz T. Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk Takibinde Bilgi Düzeylerinin Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi, 2017, Ankara

Yurdakök K. Sağlam Çocukların İzlemi. Katkı Pediatri Dergisi ,1999, 20 (2): 95-106



7. EKLER

7.1.EK-1. Anket

Ünvan :

- A. Uzman aile hekimi
- B. Pratisyen aile hekimi

Cinsiyet:

- A. Kadın
- B. Erkek

yaş:

Kaç yıldır hekim olarak görev yapmaktasınız?

- A. 0-3
- B. 4-10
- C. 11-15
- D. 16-20
- E. 21 ve üzeri

şu anda görevde bulunduğunuz kurum

- A. Aile sağlığı merkezi
- B. İlçe devlet hastanesi
- C. Eğitim ve araştırma hastanesi
- D. Tıp fakültesi hastanesi
- E. Sağlık müdürlüğü
- F. Özel sağlık kuruluşu
- G. Diğer

Anket soruları

1. İzlem amacıyla tarafınıza başvuran 4 aylık bebeğin muayenesinde palmar solukluk gördünüz.demir eksikliği ön tanısı için hemogram tetkiki yapmayı düşünür müsünüz?

- a. Evet b. Hayır c.fikrim yok

2. Aile sağlığı biriminize kayıtlı demir profilaksisi başlanmış 4 aylık bebeğin rutin hemogram kontrolünü 6. Ayda yapmayı düşünür müsünüz?
- a .evet b .hayır c.fikrim yok
3. Aile sağlığı biriminize kayıtlı prematüre veya 2500 gram altında doğmuş bebeğe 2 aylıkken demir profilaksisi başlamayı düşünür müsünüz ?
- a .evet b .hayır c.fikrim yok
4. Demir eksikliği anemisi ön tanısı ile hemogram tetkiki istediğiniz 6 aylık bebeğin hemoglobin düzeyinin 10.5 gr/dl görülmesi durumunda günlük 5 mg/ kg dozunda demir preperatı başlamayı düşünür müsünüz?
- a .evet b .hayır c.fikrim yok
5. Aile sağlığı biriminize kayıtlı bebeğin rutin gelişimsel kalça displazisi taramasını 41.günde yapılmasını önerir misiniz ?
- a .evet b .hayır c.fikrim yok
6. Aile sağlığı biriminize kayıtlı gelişimsel kalça displazisi ön tanısı düşündüğünüz bebekte bacaklarda abduksiyon kısıtlılığı görmeyi bekler misiniz?
- a .evet b .hayır c.fikrim yok
7. Aile sağlığı biriminize kayıtlı olan bebeğe yaşamın ilk gününden itibaren profilaktik olarak 600 ünite d vitamini başlamayı düşünür müsünüz?
- a .evet b .hayır c.fikrim yok
8. Aile sağlığı biriminize kayıtlı olan ve profilaktik düzeyde d vitamini verilen 4 aylık bebeğin muayenesinde fontanel küçüklüğü tespit ettiniz. D vitamini profilaksisini bıraktırmayı düşünür müsünüz?
- a .evet b .hayır c.fikrim yok
9. Aile sağlığı biriminize kayıtlı, rutin aşılama programında olan bir bebeğe kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısını 6.ayızleminde uyguladınız mı?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

10. Aile sağlığı biriminize kayıtlı ailesinde immün yetmezlik öyküsü olan 2 aylık bebeğe bçg (verem) aşısı uygulamadan önce pediatri uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerektiğini düşünür müsünüz ?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

11. Aile sağlığı biriminize kayıtlı doğduğundan beri hiç aşı yaptırmamış 12 aylık bebeğe ilk karşılaşmanızda dapt-ipa-hib(beşli karma aşı), kpa(konjuge pnömokok aşısı) ve hepatit b aşısı yapmayı düşünür müsünüz ?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

12. Aile sağlığı biriminize kayıtlı 2. Ay izlemine gelen bebeğe yaptığınız göz muayenesinde gözleri yapısal olarak doğal olup ışık reaksiyonu her iki tarafta simetrik alındığını gördünüz. Kırmızı refle testi yapmayı düşünür müsünüz?

A .evet b .hayır c.fikrim yok

13. Aile sağlığı biriminize kayıtlı 1 haftalık bebekte yaptığınız göz muayenesinde nesnelere fiksasyon yapamadığını gördünüz. Göz hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

14. Aile sağlığı biriminize kayıtlı 1 haftalık bebekte yapmak istediğiniz kırmızı refle testinde; her bir gözün ayrı ayrı değerlendirilmesi ile her iki gözün birlikte değerlendirilmesinde, bebek ile oftalmoskop arasındaki mesafenin aynı olmasına dikkat eder misiniz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

15. Doğduğu hastanede topuk kanı alınmış olup yaşamın ilk haftasında izlem amacıyla aile sağlığı biriminize getirilen bebekte tekrar topuk kanı almayı düşünür müsünüz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

16. Yenidoğan tarama programı için gönderdiğiniz topuk kanı testi sonuçları arasında piruvat kinaz enzim eksikliği sonucunu görmeyi bekler misiniz ?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

17. Muayene ettiğiniz 2 aylık bebeğin, gelişimsel değerlendirmesinde başını dik tutamadığını gördüğünüzde bu sebeple çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

18. 12 aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde desteksiz oturamadığını gördünüz.bu sebeple çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

19. 8 aylık bebeğin gelişimsel değerlendirmesinde göz teması kuramadığını gözlemlediniz. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

20. Anne sütü alan 8 aylık bebeğin beslenmesinde her istediğinde emzirilmesini ve günde 3 kez ek gıda almasını önerir misiniz ?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

21. Sadece anne sütü ile beslenen 4 aylık bebeğin annesinden aldığınız öyküde ‘bebeğin anne sütüyle doymadığını bu yüzden ağladığını, beslenmeye mama eklemek istediğini ‘ öğrendiniz. Ek gıda başlanmasını destekler misiniz?

A .evet b .hayır c.fikrim yok

22. Sadece anne sütü ile beslenen 1 haftalık bebeğin muayenesinde yüz ve boyun bölgesinin ikterik olduğunu gözlemlediniz. Anne sütüne ara verilip formula mama ile beslenmesi gerektiğini düşünür müsünüz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

23. İzlem amacıyla getirilmiş 38+3 gestasyonel haftada doğmuş 1 haftalık bebeğin muayenesinde sadece yüz ve boyun bölgesinin ikterik olduğunu gözlemlediniz. Risk faktörü bulunmayan ve kan tetkikindeki total bilirubin (indirekt bilirubinemi) seviyesine göre düşük risk zonunda bulunan bebeği çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?

a .evet b .hayır c.fikrim yok

24. Göbek bağı henüz düşmemiş 1 haftalık bebeğin muayenesinde göbeğinde lokal kızarıklık gördünüz. Vital değerleri normal olan ve tedavisini başladığınız bebeği her gün takip etmek amacıyla biriminize gelmesi gerektiğini düşünür müsünüz?
a .evet b .hayır c.fikrim yok
25. 3 gündür devam eden ishal şikayeti ile getirilen 4 aylık bebekte orta ya da ağır dehidratasyon bulgusu gözlemlenmedi. Sadece anne sütü ile beslenen bebeğin evde tedavisinde, beslenmesine günlük 10 mg çinko desteği ile oral replasman sıvısı ve ya su eklemeyi düşünür müsünüz ?
a .evet b .hayır c.fikrim yok
26. Aile sağlığı biriminize kayıtlı , anne veya babasında total kolesterol düzeyi 240 mg/dl ve üzerinde olan 12 aylık bebeğin hiperlipidemi risk taraması uygulamayı düşünür müsünüz ?
a .evet b .hayır c.fikrim yok
27. Rutin izlem için getirilen 15 günlük erkek bebeğin ürogenital muayenesinde testisin scrotumda değil inguinal kanalda olduğunu tespit ettiniz. Çocuk cerrahisi uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?
A .evet b .hayır c.fikrim yok
28. 12.ay izlemine getirilen bebeğin muayenesinde hiç dişinin çıkmadığını gördünüz. Hipotiroidi , rikets gibi patolojiler açısından çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?
a .evet b .hayır c.fikrim yok
29. Aile sağlığı biriminize kayıtlı büyüme değerlendirmesi yaptığınız bebeğin yaşa göre kilosunun 3 aylıkken 75 persentil, 6 aylıkken 10 persentil olduğunu tespit ettiniz. Çocuk hastalıkları ve sağlığı uzmanına sevk etmeyi düşünür müsünüz?
a .evet b .hayır c.fikrim yok

30. Gelişim izleme ve destekleme rehberine göre bebeğin gelişiminin yaşı ile uyumlu olarak değerlendirilmesi için, bebeğin ay aralığının bulunduğu sütundaki işlevlerin tümünü yapıyor olmasını bekler misiniz ?

A.evet b. Hayır c.fikrim yok

31. 0-1 yaş bebek izleminde tc.sağlık bakanlığı halk sağlığı genel müdürlüğü'nün bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri kılavuzundan hangi sıklıkta faydalanırsınız ?

a. Hiç b. Nadiren c. Sıklıkla d. Her zaman



7.2.EK 2. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.01.2022-92655



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu

50^{yl}

Sayı : E-71522473-050.01.04-92655 -568
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

03.01.2022

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 09.12.2021 tarihli 568 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Hekimlerinin Bebek İzlem Bilgi Düzeyi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
03.01.2022

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Beyza	Soyadı	Karataş Öztürk
Doğum yeri		Doğum tarihi	
Uyruğu		Tel	
e-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Yüksek lisans			
İş deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre	
Pratisyen hekim			
Asistan hekim			

Yabancı dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce			