

# Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlam Çocuk Ünitesinde İzlenen Olguların Değerlendirilmesi

## Evaluation of Children Followed-Up at the Well-Child Unit of Ankara Training and Research Hospital

**Ülkü Tıraş,**

MD,  
Department of Pediatrics,  
Ankara University Education and Research Hospital  
ulku@hotmail.com

**Dilek Dilli,**

MD,  
Department of Pediatrics,  
Ankara University Education and Research Hospital

**Yıldız Dallar,**

MD,  
Department of Pediatrics,  
Ankara University Education and Research Hospital

### Özet

**Amaç:** Sağlam çocuk izlemi, koruyucu sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu yazıda, Sağlam Çocuk Ünitesi uygulamaları ve bu üniteye izlenen olguların değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2004-Aralık 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen toplam 16.298 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Olguların yaş ortancası 13 ay olup kız/erkek oranı 1,48 idi. Yıllara göre değerlendirildiğinde, Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen olgu sayısının 2004 yılında 4.849 iken 2006'de 6.139'a yükseldiği gözlemlendi. Üç yıl boyunca izlenen olgulardan 1.386 (%8.5) yenidoğana fenilketonüri ve hipotiroidi taraması yapıldığı, bunların %0.4'ünün hipotiroidi tanısı ile izleme alındığı saptandı. Çalışma süresince 13.813 aşı yapıldığı ve tüm yıllarda en fazla uygulanan aşının hepatit B aşısı olduğu (%51.7) gözlemlendi. İzlenen tüm olgularda en sık karşılaşılan sorunlar, yenidoğan hiperbilirubinemisi (%8.5) ve demir eksikliği anemisi idi (%2.9).

**Sonuç:** Türkiye gibi genç nüfusun ve doğurgan çağdaki kadın sayısının fazla olduğu gelişmekte olan bir ülkede sağlıklı nesiller yetişebilmesi için bu tür uygulamaların yaygınlaştırılması yararlı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: **Çocuk Bakımı; Uygulamalar.**

This manuscript can be downloaded from the webpage:  
[http://tipdergisi.erciyes.edu.tr/project6/2007;29\(6\)444-450.pdf](http://tipdergisi.erciyes.edu.tr/project6/2007;29(6)444-450.pdf)

Submitted : April 25, 2007  
Revised : October 17, 2007  
Accepted : November 22, 2007

### Corresponding Author:

Ülkü Tıraş,  
Department of Pediatrics,  
Ankara University Education and Research Hospital  
Ankara, Turkey

E-mail : ulku@hotmail.com

### Abstract

**Purpose:** Well-child unit follow-up constitutes the basis of the preventive health care facilities. We aimed to evaluate the Practices of the Well-Child Unit and the children followed up in this Unit.

**Material and Methods:** 16,298 children followed-up at the Well-Child Unit of Department of Pediatrics, Ministry of Health Ankara Training and Research Hospital between January-2004 and December 2006 were evaluated retrospectively.

**Results:** The median age of the children was 13,4 = 4,0 months, and female to male ratio was 1.48. The number of the children followed up at the Well-Child Unit is increasing (2004; 4,849 and 2006; 6,139). During the study period, 1,386 (8,5%) newborns were screened for inborn diseases and six (0.4%) were diagnosed hypothyroidism. The overall percentage of the vaccinated children was 84,7% hepatitis B being the most common vaccine (51.7). The most common problems seen among the followed up were neonatal hyperbilirubinemia (8.5%) and iron deficiency anemia (2.9%).

**Conclusion:** In developing countries, such as Turkey, where there are so many young people and women, it would be beneficial if these facilities could be more widely available in order to create healthier generations.

Key Words: **Child care; Facilities.**

## Giriş

Sağlam çocuk izlemi, birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Sadece sağlıklı çocuklara verilmesi gereken bir hizmet değil, tüm çocukların büyüme gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadığının değerlendirildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu bir çocuk sağlığı hizmetidir (1).

Bu ünitenin görevleri, yenidoğan bebek bakımı, anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi, kalıtsal hastalıkların taranması ile yenidoğan hiperbilirubinemisi, kan uyuşmazlığı, gelişimsel kalça displazisi, inmemiş testis, yenidoğan hemorajik hastalığı gibi sorunların erken dönemde tanınması, 0-5 yaş arası çocukların aşı, büyüme-gelişme izleminin yapılması, beslenme, vitamin ve mineral desteğinin uygun şekilde yapılmasının sağlanması olarak sıralanabilir. Amerikan Pediatri Akademisi, bebeklerin doğumda, 2 haftalık, 2 aylık, 4, 6, 9, 12, 15, 18 ve 24 aylık iken mutlaka kontrol edilmelerini önermektedir. Süt çocukluğundan sonra 6-12 ayda bir kontrollere devam edilmelidir (2).

Bu izlemlerin ayrı bir üniteye yapılması sağlıklı çocukların enfeksiyon ortamından uzak tutulmasını ve anne eğitimi için yeterli zaman ayrılmasını sağlaması bakımından önemlidir (3,4).

Bu çalışmada, Ocak-2004 ve Aralık-2006 tarihleri arasında kliniğimiz Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen olguların ve yapılan uygulamaların değerlendirilmesi planlandı.

## Gereç ve Yöntem

Sağlam Çocuk Ünitesi'nde, Ocak-2004 ve Aralık-2006 tarihleri arasındaki 3 yıllık süre boyunca izlenen, 0-5 yaş arası 16298 olgu poliklinik kayıtları incelenerek retrospektif olarak değerlendirildi. Genel Pediatri Polikliniği ve Sağlam Çocuk Ünitesi'ne başvuran olgu sayıları karşılaştırıldı. Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen olguların yaşı, cinsiyeti, yapılan tarama testleri, aşı uygulamaları ve sık karşılaşılan sorunlar değerlendirildi. Yenidoğan döneminde Guthrie kartlarına alınan kan örnekleri, fenilketonüri taraması için Hacettepe Üniversitesi Metabolizma laboratuvarında, eş zamanlı olarak hipotiroidi (TSH) taraması için alınan kanların ise Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi hormon laboratuvarında incelendi. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 10.0 paket programı kullanılarak kaydedildi. İstatistiksel incelemelerde tanımlayıcı değerlendirmeler kullanıldı.

## Bulgular

Toplam olgu sayısı 16.298, ortanca yaşı 13 ay (min: 0, maks: 60 ay) olup, kız olgu sayısı 9.745, erkek olgu sayısı 6.553 idi ( kız/erkek oranı 1.48). Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen olgu sayısının 2004 yılında 4.849 iken 2006 yılında 6.139'a yükseldiği gözlemlendi. Sağlam Çocuk Ünitesi'ne başvuran olgu sayısının Genel Çocuk Polikliniğine başvuran olgu sayısına oranının 2004 yılında %10,6 iken 2006 yılında %8,5'e düştüğü saptandı.

Olguların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında %48,8'inin (n=7.954) yenidoğan (0-30 gün), %31'inin (n=5.052) süt çocuğu (1-12 ay), %18,2'sinin (n=2.966) oyun çağı (1-3 yaş), %2'sinin de (n=326) okul öncesi (3-5 yaş) grubunda olduğu saptandı.

Ünitemize başvuran tüm annelere anne sütü ve emzirme konusunda bilgi verilmektedir. Yaptığımız incelemede bebeklerin %90'ının ilk ayda anne sütü ile beslenmeye başladığı ancak 1. aydan sonra %70'inin diğer besinlere başvurduğu saptandı.

D vitamini alımı yönünden değerlendirildiğinde ilk 1.ayda D vitamini kullanma oranının %80-90 dolayında olduğu 6.aydan sonra ise %75'e düştüğü belirlendi. Yenidoğan grubunda 1.386 (% 8,5) yenidoğana fenilketonüri ve hipotiroidi tarama testleri yapıldığı saptandı (2004 de 286, 2005: 420, 2006: 680). Fenilketonüri testi sonuçlarına göre Ünitemize geri bildirimde bulunulan (guthrie pozitif) olgu yoktu. Hipotiroidi taraması sonucunda TSH yüksekliği saptanan toplam 6 (%0,4) olgu hipotiroidi tanısı ile Çocuk Endokrin Polikliniğinde izleme alındı.

Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen olgularda en sık karşılaşılan sorun yenidoğan grubunda yenidoğan hiperbilirubinemisi (%8,4) idi. Hiperbilirubinemili olguların tamamının indirek hiperbilirubinemili olduğu %30,9'unun uzamış sarılık, %14,2'sinin ABO uygunsuzluğu, %2,7'sinin Rh uygunsuzluğu ve diğer olguların da fizyolojik sarılık (%52,1) nedeniyle izlendiği saptandı. Sarılığın ilk 24 saatten sonra başlaması, total bilirubin artışının 5 mg/dl/günden az olması, pik bilirubin düzeyine 3-5 günde ulaşması ve 15 mg/dl'yi geçmemesi, term bebeklerde 1 hafta, preterm bebeklerde ise 2 haftadan kısa sürmesi durumunda fizyolojik sarılık olarak değerlendirildiği öğrenildi. Term bebeklerde 1 hafta, preterm bebeklerde 2 haftadan uzun süren sarılık ise uzamış sarılık olarak kabul edildiği öğrenildi. Uzamış sarılık nedeniyle araştırılan olguların %26,9'unda idrar

yolu enfeksiyonu, %5,1'inde hipotiroidi saptandığı, diğer olgulardaki sarılık nedeninin Glikoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim düzeyi ve metabolik taramayı içeren tüm testlerin normal olarak değerlendirilmesi sonrasında anne sütü ile ilişkilendirildiği öğrenildi.

Tüm yaş gruplarında 3 yıl boyunca toplam 13.813 aşı yapıldığı, en fazla uygulanan aşının hepatit B aşısı olduğu gözlemlendi (%51,7) Diğer aşılar arasında hemofilus influenza tip B, influenza, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, suçiçeği ve hepatit A aşıları yer almakta olup, bu aşıların uygulanma oranı giderek arttığı dikkat çekti (Şekil 1).

Ünitemizde, tüm yenidoğanlar gelişimsel kalça displazisi yönünden muayene edilmekte risk grubundaki olgular radyolojik yönden tetkik edilmektedir. Yapılan değerlendirmeler sonunda 3 yılda 30 (%0,1) olgu gelişimsel kalça displazisi tanısı ile ortopedi polikliniğine

yönlendirildiği saptandı.

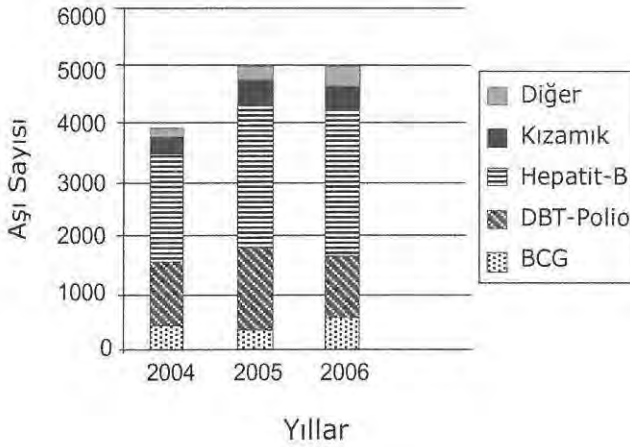
Süt çocukluğu döneminde en sık karşılaşılan sorun demir eksikliği anemisi (%2,9) idi. Demir eksikliği anemisi saptanan çocukların beslenme şekli ile ilgili veri yoktu. Bu olguların demir profilaksisi almadığı veya yanlış kullandığı belirlendi. Bu grupta nutrisyonel rikets oranının %2,2 olduğu gözlemlendi.

Poliklinik kayıtlarından elde edilen bilgiye göre mikrosefali-makrosefali gibi sorunlarının % 0,3 oranında, nöromotor retardasyonun %0,1, malnütrisyon oranının %0,2; obezite oranı ise %0,8 oranında saptandığı öğrenildi. Diğer tanımlar arasında hemolitik anemiler, konjenital anomaliler, konjenital adrenal hiperplazi ve prematüre retinopatisi yer almakta idi (Tablo I).

**Tablo I.** İzlenen olgularda sık karşılaşılan sorunlar

Tanımlar	2004 n=1079	%	2005 n= 1190	%	2006 n=1378	%
Yenidoğan hiperbilirubinemisi	360	33,3	428	35,9	582	42,4
Fizyolojik sarılık	230		220		264	
ABO uygunsuzluğu	56		62		77	
Rh Uygunsuzluğu	12		14		11	
Uzamış sarılık	62		132		230	
İnfanıl kolik	160	14,8	172	14,4	194	14,0
Demir eksikliği anemisi	150	13,9	162	13,6	174	12,6
Rikets	132	12,2	128	10,7	98	7,1
Omfalit/pyodermi	54	5,9	62	5,2	74	5,3
Yenidoğan sepsisi	24	2,2	26	2,1	32	2,3
Yenidoğan hemorajik hastalığı	22	2,0	24	2,0	26	1,8
Konjenital hipotiroidi	21	1,9	24	2,0	36	2,6
İdrar yolu enfeksiyonu	18	1,6	21	1,7	23	1,6
Umblikal/inguinal herni	16	1,4	14	1,1	19	1,3
Prematürite	11	1,0	13	1,0	14	1,0
Gelişimsel kalça displazisi	8	0,7	10	0,8	12	0,8
İnmemiş testis	7	0,6	8	0,7	10	0,7
Diğerleri	96	8,9	98	8,3	84	6,1

Şekil 1. Yıllara göre yapılan aşı sayıları



### Tartışma

Bu çalışma ile 3 yıl boyunca Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen olgular değerlendirildiğinde, olgu sayısı ve yapılan uygulamaların giderek arttığı gözlemlendi. Sağlam Çocuk Ünitesi'ne başvuran olgu sayısının Genel Çocuk Polikliniğine başvuran olgu sayısına oranının ise 2004 yılında % 10,6 iken 2006 yılında % 8,5'e düştüğü saptandı. Ancak, bu oransal düşmenin genel poliklinikte muayene olan hasta sayısındaki artışa bağlı olduğu düşünüldü. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de çocuk sağlığı alanında 20. yüzyılın son yarısında çok önemli yol alınmış, özellikle koruyucu hizmetlerin yaygınlaşması ile bebek ölüm hızı son 30 yılda yaklaşık beş kat azalmış, 2003 yılında binde 29'a düşmüştür. Nüfusunun büyük kısmı çocuk ve gençlerden oluşan ülkemizde, toplumsal gelişimin belki en önemli basamağını oluşturan bebeklik ve erken çocukluk dönemi ile ilgili çalışmalara önem verilmelidir (5).

Çocuk gelişimi karmaşık bir süreçtir. Sağlam Çocuk Üniteleri sağlıklı çocukların doğumdan itibaren yaşa göre beklenen sorunların taramasının yapıldığı, anne sütü ile beslenme ve D vitamini kullanımı konusunda eğitim verildiği, böylece normal büyüme ve gelişmenin sağlanması ve bazı hastalıkların önlenmesi veya erken teşhis edilerek tedavi edilmesinin amaçlandığı yerlerdir. Amerikan Pediatri Akademisi ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk 4-6 ay sadece anne sütü ile beslenmeyi ve anne sütüne en az 12 aya kadar devam edilmesini önermektedir (6). Türkiye'de emzirmenin yaygın olduğu ve tüm çocukların %97'sinin bir süre emzirilmiş olduğu bilinmektedir (7). Ünitimize başvuran tüm annelere anne

sütü ve emzirme konusunda bilgi verilmektedir. Yaptığımız incelemede bebeklerin %90'ının ilk ayda anne sütü ile beslenmeye başladığı ancak 1. aydan sonra %70'inin diğer besinlere başvurduğu saptandı. Anneleri ek besinlere erken başlamasının en önemli nedeni Karatoprak ve ark.'nın çalışmasında belirtildiği gibi (3) annenin sütünün yetmediğini düşünmesi idi.

Fetal yaşamdan itibaren bebeklere yeterli D vitamini sağlanması gereklidir (8). Anne sütünün 1 litresinde 12-60 İÜ D vitamini bulunmakta ve bu miktar bebeklerin günlük 400 İÜ olan gereksinimini karşılamamaktadır (9). Günümüzde, nutrisyonel riketsin önlenmesi için, beslenme tarzlarına bakılmaksızın bütün bebeklere 200-400 İÜ D vitamini verilmesi önerilmektedir (9,10). D vitamini desteğinin süresi konusunda tam bir anlaşma yoktur. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) adolesan dönemi dahil olmak üzere günde en az 200 İÜ D vitamini alımının sağlanmasını önermektedir. İngiltere'de tüm çocuklar için 3 yıl, riskli gruplar (Asya kökenliler) için 5 yıl D vitamini desteği sağlanmaktadır (11). Ülkemizde bebek ve çocuklarda nutrisyonel rikets sıklığı %1,67-19 olarak bildirilmektedir. Yakın zamanda yayınlanan bir uzlaşma çalışmasında ülkemizde tüm bebeklere yaşamın ilk günlerinden itibaren en az 12 ay süreyle, tercihen 3 yaş bitene kadar günde 400 İÜ D vitamini verilmesi önerilmiştir (12). Sağlam Çocuk Ünitesi uygulamalarına göre başka bir merkezde başlanmamış ise her bebeğe 1. ayda D vitamini 400 IU/gün başlanmakta ve en az 12 ay kullanılması önerilmektedir. Yaptığımız incelemede ilk 1. ayda D vitamini kullanım oranının %80-90 dolayında olduğu 6. aydan sonra ise %75'e düştüğü belirlendi. Süt çocuklarında nutrisyonel rikets oranının %2,2 olduğu saptandı.

Sağlıklı çocukların aralıklarla poliklinik koşullarında izlenmesi, olası hastalıkların klinik ya da laboratuvar bulgusu vermeden tanınmasını ve bu bireylerin ileride öngörülen hastalıklardan korunmasını sağlayabilir (13). Kalıtsal metabolik hastalıklar, ender görülen, çoğu otozomal resesif geçişli hastalıklardır. Türkiye gibi akraba evliliğinin görüldüğü ülkelerde sıklıklarındaki artış ciddi toplumsal sağlık problemlerine yol açmaktadır. Ülkemizde, yaklaşık olarak fenilketonüri 1: 4500, hipotiroidi 1:3000 sıklıkta görülmektedir (14,15) Her iki hastalık da erken dönemde tanı ve tedavinin olmadığı durumlarda ağır nöromotor ve mental retardasyonla seyreder. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan "Fenilketonüri Tarama Programı" 1987 yılında başlatılmış, 1993 yılında

tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. 1993 yılında %10 olan kan alma oranı 1998 yılında %53'e ulaşmıştır. Bu çalışmada üç yılda 1,370 (%8.4) yenidoğana fenilketonüri ve hipotiroidi taraması yapılmış, 6 olgu hipotiroidi tanısı ile izleme alınmıştır. Fenilketonüri test sonuçlarının ünitemize geri bildirim olmaması nedeniyle bu tarama testi ile ilgili veri elde edilememiştir.

İndirek hiperbilirubinemi, yenidoğanlarda sık karşılaşılan bir sorun olup, çoğu olguda selim seyrederek. Ancak, tedavisiz, aşırı yüksek indirek hiperbilirubinemi potansiyel olarak nörotoksiktir. Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde izlenen 80 indirek hiperbilirubinemili olgunun değerlendirilmesi sonucunda en sık nedenin fizyolojik sarılık ve anne sütü sarılığı (%32,5) olduğu, ABO uyumsuzluğu oranının %27,5 ve Rh uyumsuzluğu oranının %8,7 olduğu bildirilmiştir (16). Yiğit ve arkadaşları, Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatırılarak izlenen 319 indirek hiperbilirubinemili yenidoğanda hiperbilirubineminin nedenini araştırdıklarında, 67(%21) olguda ABO uyumsuzluğu, 15 olguda (%4,7) Rh uyumsuzluğu saptamışlardır (17). Ünitemizde, 3 yılda 1,370 yenidoğan indirek hiperbilirubinemi tanısı ile izlenmiş olup yine en sık nedenin fizyolojik sarılık (%52,1), %14,2 oranında ABO uyumsuzluğu, %2,7 oranında ise Rh uyumsuzluğu saptanmıştır.

Enfeksiyon hastalıklarının morbidite ve mortalitesini azaltmada en ucuz ve en etkili yolun aşılama olduğu bilinmektedir (18). Sağlam Çocuk Ünitesi'ne hem hastanemiz Kadın-Doğum Bölümünde doğan bebekler hem de başka nedenlerle başvuran çocuklar yönlendirilmektedir. Ünitemizde uygulanan aşı programı Sağlık Bakanlığı önerilerine göre güncellenmektedir. Sağlam Çocuk Ünitesine başvuran her çocuğun aşı kartı incelenerek eksik olan aşıları yapılmaktadır. Ancak, aşılama programı başlatılan çocuklar oturdukları bölgeye yakın Sağlık Ocaklarını tercih edebilmektedir. Bu nedenle aşı programına göre yapılması gereken aşı sayısı ile çocuk sayısı örtüşmemektedir. Aşı uygulamaları incelendiğinde yapılan aşı sayısının yıllar içinde arttığı gözlenmiştir. Sağlık Bakanlığı aşı programına ilaveten çocukluk çağında yapılması gereken hemofilus influenza, influenza, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, suçiçeği ve hepatit A aşısı gibi özel aşılar konusunda da aileler bilgilendirilmektedir. Bu özel aşıların uygulanma oranlarında da artış saptanmıştır. Bunun nedeni, Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen olgu sayısındaki artışın yanı sıra basın ve yayın organları

aracılığı ile bu tür aşılardan halkın bilgi düzeyinin artması olarak açıklanmıştır.

Tüm yenidoğanlar gelişimsel kalça displazisi yönünden taranmalıdır. Yenidoğan döneminde gelişimsel kalça displazisi bulguları negatif olsa bile her ziyarette kalça muayenesi tekrarlanmalıdır (19). Nitekim ünitemizde üç yılda 30(%0,1) olgu gelişimsel kalça displazisi tanısı ile ortopedi polikliniğine yönlendirildiği belirlenmiştir. Demir eksikliği anemisi gelişmemiş ülkelerin sorunu olmakla birlikte, tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Özellikle çocukluk döneminde gelişme ve büyümeye olumsuz etkiler yaptığı iyi bilinmektedir (20). Dünya Sağlık Örgütü bebeklerde demir eksikliği anemisinin önlenmesi için; bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmelerini ve 6-24 ay arasındaki bebeklere günde 1-2mg/kg profilaktik demir verilmesini önermektedir. Demir eksikliğini diğer yaş gruplarına göre çocuklarda daha sık görülmesinde diyetle alınan demirin biyoyararlanımının iyi olmaması da rol oynamaktadır. Sık karşılaşılan nedenlerden bir diğeri de, çocukların inek sütü tüketimidir (21). Ülkemizde demir eksikliği anemisi süt çocuklarında %40 civarındadır. Demir eksikliğini önlenmesi çocuğun sağlıklı gelişimi için önemlidir. Anneden gelen demir depoları 4-6 ay yetmekte; önlem alınmazsa 6. aydan sonra demir eksikliği anemisi gelişmektedir. Anne sütü ile beslenen ve miadında doğan bebeklerde 6-12 ay arasında hemoglobin taraması önerilmektedir (22). Sağlam Çocuk Ünitesi'nde izlenen tüm olgularda 4. aydan itibaren demir profilaksisi önerilmekle birlikte, 486(%2,9) olguda demir eksikliği anemisi saptanmış, anemi gelişen çocukların demir preparatı kullanmadığı veya yanlış kullandığı belirlenmiştir. Olguların beslenme şekilleri hakkında veriye ulaşılamadığı için değerlendirme yapılamamıştır. Ayrıca, demir eksikliği anemisi oranının literatüre göre düşük saptanmasının nedeni her olguda hemogram kontrolünün yapılmaması olması olabilir.

İlk 5 yaşındaki çocuk ölümlerinin çoğunda malnütrisyon ve yol açtığı sorunlar rol oynamaktadır (23). Bu nedenle bu üniteye başvuran çocuklarda her seferinde boy ve vücut ağırlığı ölçülmeli, belli bir yaşa kadar baş çevresi izlenmelidir. TNSA 1998 verilerine göre çocukların %2,3'ünün boylarına göre, %9,7'sinin de yaşlarına göre düşük ağırlıklı olduğu, genel malnütrisyon sıklığının %8,7 olduğu saptanmıştır (7). Doğu Bölgesinde yapılan, 5 yaş altı çocuklarda beslenme ve malnütrisyon durumunun araştırıldığı bir çalışmada boy kısalığı prevalansının %23,4

olduğu ve çocukların yaşlarına göre vücut ağırlıkları değerlendirildiğinde, %9,4'ünün "düşük kilolu" olduğu saptanmıştır (24). Başkent Üniversitesi'nde 5 yaş altı çocuklarda obezite sıklığının araştırıldığı başka bir çalışmada çocukların %8,3'ünün fazla tartılı olduğu ve obezite sıklığının malnutrisyona göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (25). Kliniğimiz Sağlam Çocuk Ünitesine başvuran tüm çocukların boyu, kilosu ve ilk 2 yaşta baş çevresi ölçülerek aşı-izlem kartlarına kaydedilmektedir. Poliklinik kayıtlarından elde edilen bilgiye göre mikrosefali-makrosefali gibi sorunların % 0,3 oranında, malnütrisyon oranının %0,2; obezite oranının ise %0,8 oranında olduğu saptanmıştır. Bu tür sorunların görülme sıklığının az olması bu olguların öncelikle genel Çocuk Polikliniklerine başvurmalarına bağlıdır.

Mental retardasyon, gelişim dönemlerinde ortaya çıkan, çevreye uyum ve davranışlardaki bozulma ile birlikte olan, genel zihinsel fonksiyonların ortalamasının anlamlı derecede altında olması şeklinde tanımlanabilir. Değişik ülkelerde farklı şekilde yapılan taramalarda toplumun %1-4 oranında eğitimden yararlanma düzeyinin altında olduğu saptanmıştır (26,27,28). Mental retardasyonun nedenleri değişen; neonatal travma, enfeksiyon hastalıkları, kromozomal anormallikler, metabolik hastalıklar ve çevresel toksinler olarak sıralanabilir. Çocuk hekiminin gelişme geriliğini erken dönemde tanınması çok önemli olup bu sayede uygun tedavi ve kendi kapasitelerinin harekete geçirilmesi mümkün olur. Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran olgular arasında nöromotor gerilik saptanarak Çocuk Nöroloji Polikliniğine yönlendirilen olgu oranının %0,1 dolayında olduğu dikkati çekti. Bu oranın literatüre göre düşük olmasının nedeni mental retarde olguların Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne yönlendirilmesi olabilir.

Bu çalışma Sağlam Çocuk Ünitesi'nin gerekliliği ve önemini açıkça ortaya koymaktadır. Çalışma alanı tamamen farklı olan bu ünitenin genel poliklinikten ayrı olarak değerlendirilmesi bir zorunluluktur. Türkiye gibi genç nüfusun ve doğurgan çağdaki kadın sayısının fazla olduğu bir ülkede sağlıklı nesiller yetişebilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmelidir.

## Kaynaklar

- 1-Yurdakök K, Sağlam Çocukların İzlemi. *Katkı Pediatri Dergisi* 1999; 20: 95-106.
- 2-Gür E, Sağlam Çocuk İzlemi. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi, no:35, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, Türkiye, 2003:9-16.*
- 3-Haggerty RJ, Green M. *History of academic general and ambulatory pediatrics. Pediatric Research* 2003;53:188-97.
- 4-Karatoprak N. Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörlerin değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi* 2003;3:44-48.
- 5-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2004.*
- 6-Curran J, Barness L. *Nutrition. Behrman R, Kliegman R, Jenson H, (eds). Nelson Textbook of Pediatrics 16 th ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000:138-167.*
- 7-Tunçbilek E, Kurtuluş E, Hancıoğlu A. *Bebeklerin, çocukların ve annelerin beslenmesi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998'de. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 1999:128-134.*
- 8-Holick MF. *Vitamin D. In: Shills ME, Olson JA, Shike M, Ross CA, editors. Modern Nutrition in Health and Disease. 9nd ed. Baltimore: Williams & Williams; 1999. p.329-345.*
- 9-Hochberg Z, Bereket A, Davenport M, et al. *Consensus development for the supplementation of vitamin D in childhood and adolescence. Horm Res* 2002; 58:39-51.
- 10-American Academy of Pediatrics. *Clinical Report: Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency: New Guidelines for Vitamin D. Pediatrics* 2003; 111:908-911.
- 11- Department of Health. *Report on Health and Social Subjects No.41. Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the United Kingdom. HMSO, London, 1991.*

- 12-Hatun Ő, Bereket A, Çalıkoğlu AS, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel raşitizm. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2002; 11-12: 408-435.
- 13- Mikulencak M, Ed. *A critical link; interventions for physical growth and psychological development; a review*. Geneva: World Health Organization (WHO), Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), 1999: 79.
- 14-Özalp İ. Yenidoğanda fenilketonüri ve hiperfenilalaninemilerin taranması. *Katki Pediatri Dergisi* 2000; 21:175.
- 15-Yordam N, Alikayıfoğlu A, Özön A ve ark. Yenidoğanlarda konjenital hipotiroidi taraması sonuçları: 10 yılın değerlendirilmesi. VI. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Kongre Kitabı,(Özet), Kayseri, 2001:302
- 16-Kavlu A. Yenidoğan Ünitesine yatırılan indirek hiperbilirubinemili olguların değerlendirilmesi. *Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006*.
- 17-Yiğit Ö, Sezgin B, Özgürhan G, Cambaz N. İndirek hiperbilirubinemili olguların değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2006; 2: 241-246.
- 18-American Academy of Pediatrics. *Active and passive immunization*. In: Pickering LK, editor. *Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 26th editor. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2003:1-93.
- 19-American Academy of Pediatrics. *Early detection of developmental dysplasia of the hip*. *Pediatrics* 2000; 105: 896-905.
- 20-Booth IW, Aukett MA. Iron deficiency anemia in infancy and early childhood. *Arch Dis Child* 1997;76: 549-554.
- 21-Vatandaş N, Atay G, Tarcan A, Karna S, Özbek N. Hayatın ilk yılında demir proflaksisi ve anemi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2007; 50: 12-15.
- 22-Evliyaoğlu N. sağlam çocuk izlemi. *Türk Pediatri Arşivi* 2007; 42 Özel Sayı: 6-10.
- 23-Özalp İ. Anne sütü ve anne sütü ile beslenme. *Katki Pediatri Dergisi* 1996;17:37-52.
- 24-Aslan D, Özcebe H, Bilir N, Vaizoğlu S, Subaşı N. Van İli Kent Merkezinde Beş Yaş Altı Çocuklarda Beslenme ve Malnütrisyon Durumu. *Çocuk Dergisi* 2004;4:16-23.
- 25-Akgün S, Bakar C, Kut A, Kınık ST. Başkent Üniversitesi Hastanesi Pediatri Polikliniklerine Başvuran Beş Yaş Altı Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15:60-66.
- 26-Shevell I.M, Swaiman F.K. *Global developmental delay and mental retardation*. In Swaiman F K, Ashwal S ed. *Pediatric Neurology: Third edition*. Philadelphia: Mosby; 1999. p.551-560.
- 27-Aicardi J. *Mental retardation*. In: Aicardi J editor. *Diseases of the Nervous System in Childhood*. Cambridge, 1998. p.822-825.
- 28-Shonkoff JP. *Mental Retardation*. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia; WB Saunders; 2004. p.125-129.