



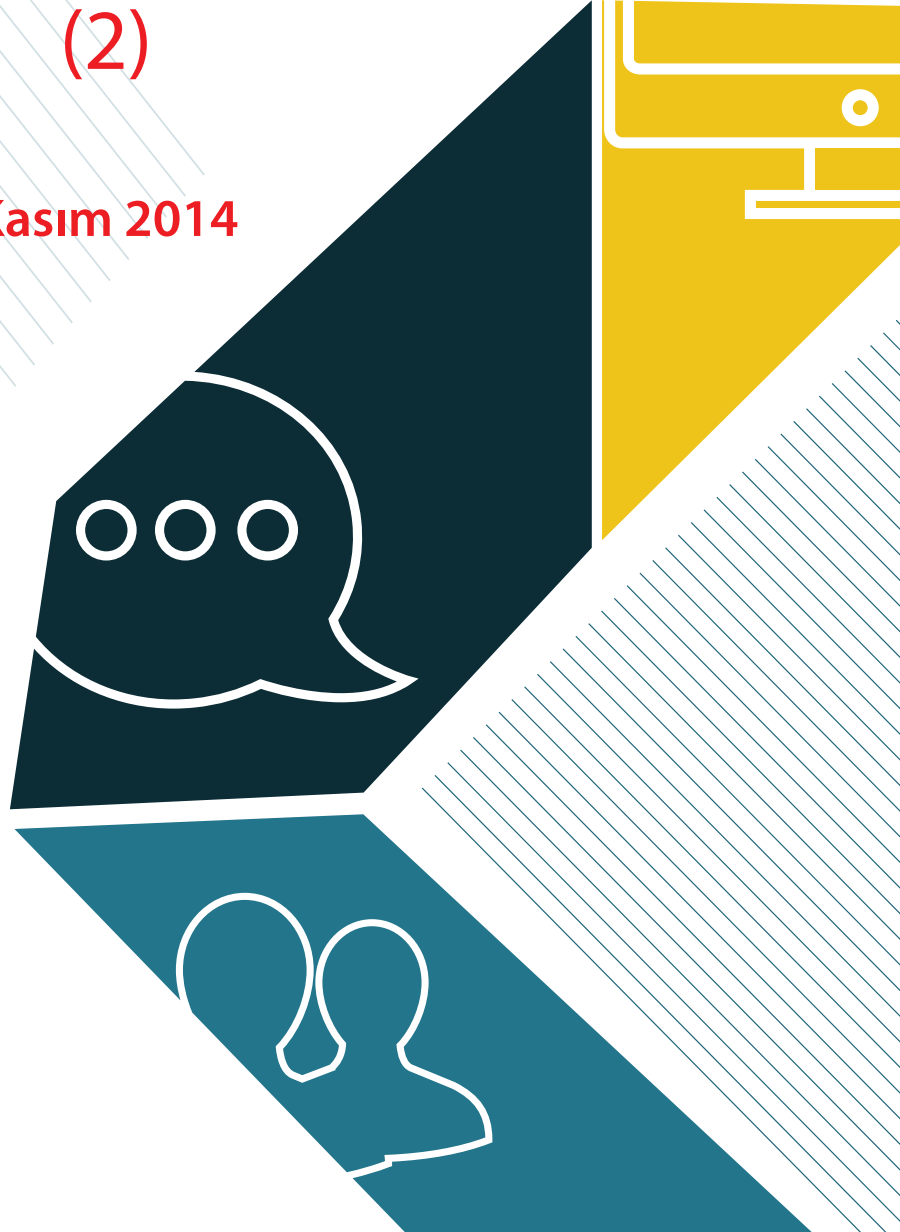
Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

TÜRKİYE MİLLİ PEDIATRİ DERNEĞİ VE YANDAL DERNEKLERİ İŞBİRLİĞİ İLE

Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi KILAVUZLARI

(2)

Kasım 2014





Türkiye Millî Pediatri Derneği
1958



TÜRKİYE MİLLİ PEDIATRİ DERNEĞİ SOSYAL PEDIATRİ DERNEĞİ ORTAK KILAVUZU

Hazırlayanlar

Türkiye Milli Pediatri Derneği

Prof. Dr. Enver Hasanoğlu
Prof. Dr. Feyza Darendeliler
Prof. Dr. Aysun Bideci
Prof. Dr. Tezer Kutluk
Prof. Dr. Sevcan Bakkaloğlu Ezgü

Sosyal Pediatri Derneği

Prof. Dr. Gülbin Gökçay
Prof. Dr. Sevgi Başkan
Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Yazarlar

Sosyal Pediatri Derneği

Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal
Prof. Dr. Figen Şahin
Doç. Dr. Meda Kondolot
Prof. Dr. Gülbin Gökçay

Prof. Dr. Ufuk Beyazova
Prof. Dr. Emel Gür
Prof. Dr. Songül Yalçın

* Metin içerisinde geçen alıntı yapılmış resim, şekiller ile ilgili izin durumu ve bilimsel içerikle ilgili sorumluluk konu yazarlarına aittir.

İÇİNDEKİLER

- 1. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ**
Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Prof. Dr. Figen Şahin
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD
- 2. ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ**
Doç. Dr. Meda Kondolot
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD

Prof. Dr. Gülbin Gökçay
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD

Prof. Dr. Ufuk Beyazova
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD
- 3. EMZİRME DANIŞMANLIĞI**
Prof. Dr. Emel Gür
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD

Prof. Dr. Gülbin Gökçay
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD

Prof. Dr. Ufuk Beyazova
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD
- 4. ÜLKEMİZDE GÜNCEL AŞILAMA**
- 5. TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ**
Prof. Dr. S. Songül Yalçın
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Ünitesi

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Milli Pediatri Derneği olarak yeni bir etkinlikle karşınızda olmanın mutluluğunu yaşamaktayız. Yandallaşmanın hızla ilerlemesi bir taraftan akademik ve araştırma alanında gelişmeleri tetiklerken bir taraftan da bir pediatristin çocuğa bütünsel yaklaşımının önemini daha da artırmakta ve güçlendirmektedir. Bu nedenle pediatristlerin mezuniyet sonrası sürekli eğitimi çok önemlidir. Diğer taraftan günümüzde giderek artan bilgi yoğunluğunun sonucunda, uzmanların süzgecinden geçmiş, kanıta ve deneyime dayalı, güncel bilgiye ulaşmak bir o kadar önem kazanmaktadır.

Bu çerçevede Derneğimiz, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları'nın Yandal Dernekleri ile işbirliği yaparak, sizlerin her an başvurabileceğiniz, bilimsel açıdan hepimizin ortak kaynağı olabilecek **"Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları"**nın oluşturulmasına karar vermiştir. Yandal Dernekleri ile yapılan toplantılar ve görüşmeler sonucunda belirlenen hastalıklar ve durumlara ait kılavuzlar Yandal Dernekleri tarafından pediatristlere yönelik olarak oluşturulmuştur. Böylece bu kılavuzların Derneğimizin geniş ve yaygın pediatrist ağına ulaşması hedeflenmiştir.

Bu girişimin oluşturulmasında derneğimiz çatısı altında çalışan arkadaşlarımıza, ilgili Yandal Dernek başkanlarımıza, Dernek adına kılavuzların yazılmasında katkısı olan yazarlara ve emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

Hekimlik sanatının en doğruyu bulmak, çağdaş bilgiye ulaşmayı başarmak ve bunu uygun şekilde uygulamak olduğunu hatırlayarak, bu kılavuzların sizlere yol gösterici olacağı inancındayız.

Sevgilerimizle...



Prof. Dr. Enver Hasanoğlu
Türkiye Milli Pediatri Derneği
Genel Sekreteri



Prof. Dr. Feyza Darendeliler
Türkiye Milli Pediatri Derneği
Başkanı

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ

Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal, Prof. Dr. Figen Şahin²

¹*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD*

²*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD*

Öğrenim Hedefleri

- 1) Çocuk istismarı ve ihmali kavramlarının ve türlerinin tanımlarını yapabilmek
- 2) Fiziksel istismarın belirti ve bulgularını tanıyabilmeli ve kaza/istismar ayırıcı tanısını öğrenmek
- 3) İstismar olasılığını artıran risk etmenlerini ve hangi durumlarda istismardan kuşkulandırılması gerektiğini sıralayabilmek
- 4) İstismar kuşkusu duydukları bir hasta olduğunda çocuğu daha fazla örselemeden, gerekli konsültasyonları isteyerek, uygun bütüncül tıbbi ve ruhsal yaklaşımda bulunabilmek
- 5) İstismara uğrayan ya da uğrama riski taşıyan çocuğun korunması için yapılması gerekenleri sıralayabilmek
- 6) İstismar olgularının adli bildirim sürecini yönetebilme konusunu bilmek

Çocuk İstismarı ve İhmali

1. Tanımlar

- **İstismar ve ihmali:** İstismar çocukların başta anne babaları olmak üzere, onlara bakmakla yükümlü kimseler veya diğer yetişkinler tarafından, sağlık, büyüme ve gelişmelerinin olumsuz olarak etkilenmesine neden olan her türlü fiziksel ve/veya duygusal, cinsel tutum ve davranışlara maruz kalması, ihmali ise beslenme, sağlık, barınma, giyim, eğitim ve duygusal gelişim gibi gereksinimlerinin karşılanmamasıdır. Çocuk örselenmesinin en yaygın biçimi olduğu halde, genellikle tanınmaz ve yetkililere bildirilmez.

- ***İstismarın Türleri:***

Fiziksel istismar: Çocuk ve ergene sağlığını, gelişimini ya da onurunu zedeleyecek şekilde fiziksel güç kullanılmasıdır; vurma, tekmeleme, yakma, ısırma, sarsma, kaynar suyla haşlanma, zehirleme, boğmaya çalışma gibi eylemleri içerir.

Duygusal istismar: Çocuk ve ergenin ruh sağlığını ve gelişimini bozan, reddetme, aşağılama, suçlama, tehdit etme gibi davranışlara süregen olarak maruz kalmasıdır. Tek başına olabileceği gibi diğer istismar türlerine de sıklıkla eşlik eder.

Cinsel istismar: Çocuk ve ergenin, bir erişkinin ya da gelişimsel olarak kendinden büyük bir ergenin cinsel doyumunu için kullanılmasıdır.

- ***İhmalin türleri***

Fiziksel ihmal: Yetersiz ya da aşırı beslenme; uygun barınma koşullarının ve temizliğin olmaması, güvenli çevre koşullarının sağlanmaması

Duygusal ihmal: Yeterli sevgi ve ilgi gösterilmemesi; yeteneklerinin desteklenmemesi, başarıları ve başarısızlıklarıyla ilgilenilmemesi, çocuğun alkol/ madde kullanımına ya da toplumsal kurallara karşı çıkmasına izin verilmesi; çocuktan gerçekçi olmayan beklentiler olması.

Tıbbi ihmal: Sağlık bakımının yapılmaması ya da geciktirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, gereksinim duyulan sağlık gereçlerinin alınmaması (gözlük, işitme cihazı, baston vb).

Eğitim ihmali: Çocuğa zorunlu eğitimi sağlamamak, eğitimle ilgili gereksinimlerinin karşılamamak, yetenekleri doğrultusunda eğitime yönlendirmemek.

2. Sıklık:Kesin sayıların verilmesi güç olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde kötü davranış kurbanı olan çocukların yaygınlığı yaklaşık 1000'de 12 olarak verilmektedir. Örneğin, ABD'de her yıl çocuk istismarı ve/ya da ihmali kuşkusu olan milyonlarca olgu bildirilmekte, olguların yaklaşık üçte biri tanı alabilmektedir. Duygusal/ psikolojik istismar yaygın olup tanınması güçtür.

3. İstismarı artıran risk etmenleri: Olguların özellikleri Tablo I'de özetlenmiştir.

a-Fiziksel, duygusal istismar ve ihmal için risk etmenleri

Anne-baba ile ilgili: depresyon, madde bağımlılığı, genç yaş, tek ebeveyn, üvey ebeveyn, aile içi geçimsizlik ve/veya şiddet olması, ekonomik sıkıntılar, işsizlik, geçmişlerinde şiddet görmüş olmaları, çocuk gelişimini iyi bilmedikleri için çocuktan yaşına uygun olmayan beklentilerinin olması

Çocukla ilgili: İstenmeyen gebelikten doğmuş olması, davranışsal sorunlar, hiperaktivite, süregen hastalık, bedensel ya da zihinsel engellilik gibi sorunları olması, Aile/ toplum özellikleri: Sosyoekonomik düzey düşüklüğü, sosyal ayrışma, eğitimsiz ve stresli toplum, şiddete hoşgörü gösterilen toplum, ailelerin bakamayacakları kadar çok sayıda çocuğa sahip olması

b-Cinsel istismar için risk etmenleri

Diğer istismarlarda sayılan risk etmenlerine ek olarak, ailede annenin olmaması ya da pasif olması sonucu kız çocuğun evde annenin rolünü almış olması, babanın işsiz olması, evde fuhuş ortamının olması, çocuğun zihinsel engelli ya da sessiz içe kapanık, özgüveninin gelişmemiş olması cinsel istismar açısından riski arttırır.

4. Tanı: İstismar kuşkusu oluşturan durumlar Tablo II'de özetlenmiştir.

A-Fiziksel istismarda sık görülen bulgular:

Çürükler/ ezikler: Altı aydan küçük çocuklarda görüldüğünde istemli olma olasılığı daha fazladır. Çocuk daha çok hareket yeteneği kazandığında kaza sonucu gelişen çürükler ortaya çıkar. Kemik çıkıntılardaki çürüklerin kaza sonucu olma olasılığı daha fazla iken dorsal yüzlerdeki daha çok kasıtlıdır. Çocuğun vücudunda çok sayıda değişik zamanlara ait çürüklere rastlamak kuşku uyandırıcıdır. Ancak, sadece rengine bakılarak çürüğün yaşını belirlemek güçtür.

Çürüklerde ayırıcı tanı: Mongol lekeleri, eritema multiforme, kan pıhtılaşma bozuklukları, Henoch- Schonlein purpurası, sekonder sifiliz, kültürel alışkanlıklar (metal para basma, bardak çekme, vb.) fitofotodermatit.

Çürüklerin biçimi: el izi, kemer (U biçiminde), kemer tokası, elektrik kordonlarının izleri (omega biçiminde) gibi özgün biçimler çürüklerin kasıtlı oluşturulduğunu düşündürür.

Yanıklar: Haşlanma tipi en yaygın olup yanıkların %85'ini oluşturur. *Zorla kaynar suya daldırma yanıkları* keskin kenarlı, el ve ayaklarda çorap-eldiven biçiminde ve sıklıkla iki taraflıdır. Yanıklar, sıklıkla, ellerin/ayakların ya da kalçaların sıcak su içine daldırılması sonucunda oluşur. Çocuğun kendini korumak için bacaklarını karnına çekmesi nedeniyle fleksiyon çizgileri yanıktan korunur. *Kuru temas yanıkları*, genellikle ütü, saç kurutma gereçleri, sigara, kibrit ve çakmak, ampul ya da sigaranın teması sonucu oluşur.

Kafa travmaları: Belirtiler genellikle özgün değildir ve irritabilite, beslenme güçlüğü, emmeme, uyku hali ve kusma gibi bulgular verebilir. Kafa travması, saçlı

deride travma; subgaleal kanama; kafatasında kırık, epidural kanama; subdural/subaraknoid kanama; beyin ödemi; akson hasarı; beyinde kontüzyon ya da intraparenkimal kanama biçimlerinde ortaya çıkabilir. İstismara bağlı kafa travması kuşkusu bulunan olgularda, deri yaralanmaları, intraabdominal yaralanmalar, frenulum, vb mukoza lezyonları ve retina kanamalarının olup olmadığının değerlendirilmesi önemlidir.

Kafa travmasında ayırıcı tanı: Minör travma, doğum travması, solunum durması, Menkes Hastalığı, GlutarikAsidüri Tip 1.

Sarsılmış bebek sendromu: Sıklıkla, bebeğin şiddetli ağlamasını durduramayan ve öfke kontrolü yapamayan ebeveynlerce gerçekleştirilir. Sarsma hecmelerini, çocuğun bir yüzeye fırlatılması sonucunda çarpma izleyebilir. Sarsma ve çarpma ile hızın aniden kesilmesi, kafatasında köprü venlerinin yırtılması, subdural hematoma ve subaraknoid kanamaya yol açar. Sarsmayla oluşan travma, akson hasarına, yaralanan nöronlardan kimyasalların salınımı sonucu vazospazma ve oksijenin azalmasına neden olur. Göz dibinde de kanamalar oluşur. Retina kanaması kaza dışı kafa travması bulunan çocukların %33'ünde; kazaya bağlı kafa travması olanların %2'sinde görülür. Sarsılmış bebek sendromunda belirtilerin derecesi ve ortaya çıkma zamanı sarsmanın kuvvetine ve süresine bağlıdır.

Retina kanamalarında ayırıcı tanı: Diğer nedenler pek az görülür ve yaşa özgüdür. Vaginal doğumların %40'ında görülür; 10-14 günde geriler. Kazaya bağlı kafa travmasında pek az görülür.

Yaralanmalar (Tablo III): Kaza dışı kırıkların çoğunluğu(%80) 18 aydan küçük çocuklardadır. İstismara özgü bir kırık biçimi yoktur. Uzun kemiklerde metafizeal kırıklar istismara bağlı kırıklar arasında yaygındır. Ekstremitenin kıvrılmasına bağlı oluşan spiral kırıklar büyük ölçüde bir bükme gücü uygulanmasını gerektirir. Tibia ve Humerus, istismara bağlı kırıklar arasında en fazla etkilenen uzun kemiklerdir. Kaburga kırıkları genellikle iskelet incelemesinde fark edilir. Klinik olarak kuşkulanılmaz. Arka kaburga kırıkları daha siktir. Genellikle çok sayıda ve iki yanlıdır. İnsan ısırıkları, intratorasik ve intraabdominal yaralanmalar, saç kaybı gibi belirtiler de fiziksel istismara bağlı olabilir.

B-İhmalde sık görülen belirti ve bulgular

- *Çevreye ait belirtiler:* Sağlığa uygun olmayan koşullarda yaşama, gözetim yokluğu(tekrarlayan kazalar/ yaralanmalar), tıbbi ilgi yetersizliği, bilinen bir hastalık için başvuruda gecikme, yapısal tehlikeler, yangın riski, çevresel tehlikeler
- *Davranışsal belirtiler:* Göz teması kurmama, gülümsememe, çevreye ilgi göstermeme, kendini ifade etmede güçlük, sarılmaya negatif yanıt, başı vurma gibi yineleyici davranışlar, uygun olmayan biçimde yabancılarda sevgi aramak.
- *Fiziksel belirtiler:* Ağır bez dermatiti, impetigo, özbakımın kötü olması, karın şişliği (kötü beslenmeyi gösterir), oksipital bölgede sürekli yatmaya bağlı düzleşme.

C-Cinsel İstismarın Belirti ve Bulguları

- *Fiziksel belirtiler:* Genital bölge ya da karında ağrı, vajinal ya da rektal kanama, üretra, vagina ya da rektumdan akıntı, dizüri ya da ağrılı defekasyon
- *Davranışsal belirtiler:* Çocukta yaşına ve gelişimine uygun olmayan cinsel dışa vurum davranışları, korku, kaygı belirtileri, uyku sorunları, okul başarısında düşme, içe kapanma, ağlama nöbetleri, okula (ya da istismarın gerçekleştiği yere) gitme konusunda isteksizlik, erkeklerden uzak durmaya çalışma
- *Fizik muayene bulguları:* Muayene bulgularının normal olması cinsel istismarı dışlatmaz. İstismara uğramış çocukların yalnız %10-20 sinde yaralanma izi vardır. Himenin yapısı konjenital olarak pek çok varyasyon içerdiği için muayene mutlaka bu konuda deneyimli bir hekim tarafından yapılmalıdır. Vajinadan kanama ve/ya da akıntı, her zaman istismar sonucu değildir. İstismar için daha spesifik olan bulgular himenin posteriorunda yırtık ya da çentiklerin görülmesidir.
- **Önemli noktalar:**
 - Cinsel istismar açısından genital muayene ancak savcılık talebi ya da izni ile yapılır. Rutin muayene sırasında cinsel istismar kuşkusu uyandıran bulgular saptandığında adli bildirim yapılmalıdır.

- İstismara uğrayan çocuk ile bu konuda eğitimi olan bir meslek çalışanı görüşmelidir. Çocukla bir kez görüşmeli, mümkünse video ile uygun kayıtlar tutulmalıdır. Yazılı kayıtlarda çocuğun kendi sözlerini kullanarak söylediklerini tırnak içinde kaydetmelidir
- Adli kanıtların toplanması ve kaydedilmesi deneyimli bir hekim tarafından yapılmalı, gerektiğinde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından incelemeler ve gebelik testi istenmelidir.

D-Munchausen-by-proxy sendromu (MBP, MbPS): Bakım verenin oluşturduğu yapay bozukluk. Çocuk, anne-baba ya da bakım veren bireyin mental hastalığının kurbanıdır. Günümüzde, DSM V'e göre, anneye MbPS, çocuğa istismar tanısı konmaktadır. Çocuktaki yakınma/hastalık, hastalığın nedeni hakkında bilgiyi inkar eden anne-baba ya da bakıcı tarafından uydurulur, abartılır, oluşturulur ve bu durum tekrarlar. Çocuk, sık sık gerçekte olmayan bir yakınma ileri sürülerek tıbbi değerlendirme ve bakım için getirilir ve birçok işlemle karşılaşır. Çocuk, bakım verenden ayrıldığında belirtiler azalmaya başlar/ortadan kalkar. Bu durumda çocuk, anne-baba/ bakıcı ile yalnız bırakılmamalıdır.

Önemli İşaretler

- Belli bir açıklama olmaksızın tekrarlayan ciddi hastalık, uygun tedavilere yanıt alınamaması
- Başkaları tarafından gözlenmemiş olan ve kanıtlanamayan belirtiler
- Tıbbi ya da aile öyküsünün bir kısmının uydurulduğunun belirlenmesi
- Çocuğun kardeşlerinde açıklanamayan hastalık ya da ölüm
- Çocuk çok hasta olduğunda bakım verenin alışılmadık biçimde soğukkanlı olması
- Anne, ya da bakım verende Munchausen Sendromu öyküsünün varlığı

E-Duygusal İstismar: Tüm istismar türlerinin bir parçasıdır. Çocuğun gelişimini ve sosyal becerilerini olumsuz etkiler. Olguların çoğu hafiftir; fakat, erken tanı önemlidir. Bilinçli yapılmayabilir.

- Çocuğu gözardı etme
- Çocuğun gereksinimlerini ve isteklerini reddetme
- Çocuğu izole etme
- Sözel saldırıda bulunma (örn: ad takma, sert biçimde tehdit/gözdağı)
- Yıkıcı, antisosyal davranışı teşvik etme
- Çocuğu aşağılama

5. Korunma: Bireysel önleme, istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi ve izlemine içerir. İstismara uğrayanların etkin tedavisi, bu çocukların erişkin dönemlerinde istismar uygulama risklerini azaltacaktır. İstismar edenlerin yalnız cezalandırılmaları değil, tedavi ve rehabilite edilmeleri de gerekir. Toplumsal önleme, riskli grupların saptanmasına yönelik olmalıdır. Evrensel önleme, tüm çocukları kapsamaya yönelik olarak gerçekleştirilebilir. Bu koruma biçiminde düzenli sağlık bakımı, anne- baba eğitimi, ev ziyaretleri, doğurganlığın düzenlenmesi, yoksulluk ve işsizlik ile savaşım önem kazanır.

6. Tedavi ve Yaklaşım: Yaralanmaların tedavisi uygun şekilde yapılmalı, gerekiyorsa çocuk hastanede yatırılarak izlenmelidir. İstismara uğrayan her çocuğun ruh sağlığı az ya da çok bozular. Bu nedenle tanı konan her çocuk ruh sağlığı uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve izleme alınmalıdır. İdeal yaklaşım çocuğu bütüncül olarak ele alabilecek, tıbbi ve psikiyatrik desteği sağlarken sosyal ve adli yaklaşımı da en uygun şekilde yapabilecek, disiplinlerarası çalışma prensibine sahip bir ekip yaklaşımıdır. Hekimlerin, istismar ya da ihmalden kuşkulanan olguları bölge polisi ya da cumhuriyet savcılığına bildirmeleri yasal ve etik bir zorunluluktur. İstismar ya da ihmalin bildirilmesi için kanıt gerekli değildir, makul bir kuşku varsa bildirim yapılmalıdır. İstismarı gerçekleştiren kişi çocuğun bakımından sorumlu biriye çocuğu korumak için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na da bildirim yapılmalıdır.

7. Sonuç ve Özet

- Çocuk istismarı/ ihmali, çocuk sağlığını ve gelişimini olumsuz olarak etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu sorun ancak hekimler bu konuda yeterli bilgi ve duyarlılığa sahip olduğunda ortaya çıkarılabilir ve tanı konabilir.
- Hekimlerin, istismar ya da ihmalden kuşkulanan olguları bildirmeleri yasal ve etik bir zorunluluktur.
- Çocuk istismarı/ ihmali olgularına bütüncül yaklaşım ve disiplinlerarası işbirliği önemlidir.
- Olgular, eğitilmiş ve alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından, örselenmeden özel bir birimde muayene edilmeli, 'çocuk dostu muayene- değerlendirme yöntemleri' uygulanmalıdır.
- Bireysel önleme, istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi, izlem ve rehabilitasyonunu kapsar. Toplumsal önleme, riskli grupların belirlenmesine yönelik olmalıdır. Evrensel önlemede ise düzenli sağlık bakımı, anne-baba eğitimi, ev ziyaretleri, doğurganlığın düzenlenmesi, yoksulluk ve işsizlik ile savaşım önem kazanır.

Kaynaklar

1. UNICEF, Adli Tıp Kurumu. Çocuk İstismarı ve İhmali. İstanbul: Özgün Ofset, 2003.
2. Uğur Baysal S. İhmal- İstismar ve Çocuk. Tüzün DÜ, Hergüner S(Ed). ‘Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım’ içinde. İstanbul: Epsilon Yayıncılık, 2007: 479-498.
3. Şahin F, Kuruoğlu AÇ, Demirel B, Akar T, Çamurdan AD, İşeri E, et al. Six- year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. Turk J Pediatr 2009; 51: 336-343.
4. Coombs CM, Stevens Kirk A, McMillan JA. Oski’s Pediatric Certification and Recertification Board Review. Philadelphia:LW&W,2011:112-113; 301-312.
5. Sözen MŞ, Arıcan N, Uğur Baysal S. Adli Tıp. Devocioğlu Ö, Çıtak A(Ed)’Pediatrie Rutinler’ içinde. 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 839-858.
6. Dağlı E.T. ve İnanıcı M.A. (eds) Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri için Başvuru Kitabı: İhmal ve istismara uğrayan çocuğa bütüncül yaklaşım. Üniversitelerde Çocuk Koruma Merkezleri, Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık, 2011.

Anahtar kelimeler: Çocuk istismarı, Çocuk ihmali.

Tablo I. İstismar ve ihmali olgularında özellikler

Çocuk	Aile
Prematürite	Ev içi şiddet
Doğumsal anomali, engel	Alkol, madde bağımlılığı
Sürekli ağlama	Anne-babanın çok genç olması
Hiperaktivite	Anne-babanın beklentilerinin uygun olmaması
	Sosyal izolasyon
	Çocukken istismara uğramış olması

Tablo II. İstismar Kuşkusu Oluşturan Durumlar

- Ailenin sağlık kurumuna geç başvurması ve gecikme nedenini açıklayamaması.
- Öyküde çelişkilerin varlığı, öyküyü sonradan değiştirme, anne- babadan ayrı ayrı alınan öykülerin farklı olması, öykünün çocuğun yaşına ve gelişme durumuna uymaması, öykü ile bulguların oluşum mekanizması arasındaki çelişki, birden fazla kuşkulu travma öyküsü, ana- babanın çocukluklarında istismar öyküsünün varlığı.
- Anne- babada/ bakıcıda düşmanca davranışlar.
- Lezyonların farklı zamanlara ait olması.
- Aile tarafından kardeşinin, bir yabancıнын, çocuğun suçlanması.
- Çocuğun anne- babayı suçlaması.
- Anne- babanın çocuktan beklentilerinin gerçekçi olmaması.

Tablo III. Yaralanmaların yerine göre ayırıcı tanı

İstismar (Oluşturulmuş)	Kaza (istemsize)
Üst kollar	Bacak ön yüzleri, dizler
Gövde	Kemik çıkıntıları
Uyluk ön yüzleri	Önkollar
Yüzün bölümleri	Alın
Kulaklar ve boyun	Çene altı
Genital bölgeler, kalçalar	

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ

Doç. Dr. Meda Kondolot¹, Gülbin Gökçay², Prof. Dr. Ufuk Beyazova³

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Öğrenim Hedefleri:

1. Çocuk sağlığı izlem programını uygulamayı, çocuklarda büyüme ve gelişmeyi desteklemeyi, anne-babalık becerilerinin artması konusunda ailelere kılavuzluk etmeyi öğrenmek
2. Kişisel gereksinimleri gözeterek her çocuk için çocuk sağlığı izlemine uygulayacak ve toplum sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini sağlayacak uygulamaları öğrenmek.

Ana metin:

Çocuk Sağlığı İzlemi “Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde” yer alan temel bir haktır. Çocuk Sağlığı İzleminin amacı: bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık ve sakatlıkları azaltmak ve önlemek; büyüme ve gelişmeyi desteklemek, hastalıkların erken tanısını yapmak ve çocukların sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamaktır. Çocuk Sağlığı İzlemleri anne karnındaki dönemden başlayıp ergenlik döneminin sonuna kadar aile, çocuk ve sağlık çalışanlarının işbirliği ile yürütülen bir süreçtir. Çocuk sağlığı izlemlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi için aile ve sağlık çalışanı arasında iyi bir iletişim kurulması önemlidir. Çocuk bakımı ve gelişimi konusunda ailelere destek olunarak yetkin duruma gelmeleri sağlanmalıdır. İletişim kuralları tablo 1’de belirtilmiştir.

Yaş gruplarına göre önerilen çocuk sağlığı izlem programı tablo 2, 3 ve 4’de özetlenmiştir. Doğum sonrası ilk izlem ilk 48 saat içinde olmalıdır, sonraki izlem 5-7 günlerde olmalı ve izlemler ilk 6 ayda 1-2 ayda bir, 6-12.aylarda 2-3 ayda bir, 13-36.aylarda 6-12 ayda bir, okul öncesi dönemde yılda bir, okul çocuğu ve ergenlerde ise 1-2 yılda bir yapılmalıdır. Çocuk Sağlığı İzlemleri ile ilgili önerilen sıklıklar bireysel gereksinimler göz önüne alınarak kişiye ve aileye göre düzenlenebilir.

Çocuk sağlığı izlemleri çocuklar için uygun bir ortamda, yeterli zaman ayrılarak ve anne baba yanında varsa bebeğin bakıcısı ya da bakımına yardımcı olan kişiler ile birlikte yapılmalıdır.

Yaşı büyük çocuklarda çocukla iletişim kurmak, 2 yaşından büyüklere “merhaba” demek ve ismi ile hitap etmek uyum sağlamasını kolaylaştırır. Bir sağlam çocuk izleminin amacına ulaşabilmesi için 20-30 dakika sürmesi gerekmektedir. İzlemler sırasında düzenli kayıt tutulmasına özen gösterilmelidir.

Çocuk Sağlığı İzlemleri temel olarak aşağıdaki basamakları içermelidir.

Öykü / Görüşme: Çocuk sağlığı izlemlerinde muayeneye her seferinde iyi bir öykü ile başlanmalıdır. Öncelikle ailenin gözlemleri, varsa kaygıları ya da yakınmaları dinlenmeli ve anlaşılır biçimde yanıtlanmalıdır. Son izlemden sonra yaşanan gelişmeler (hastalık, hastane başvurusu, aşı yan etkisi, beslenme durumu gibi) konuşulmalıdır. Aile ilişkileri, tutum ve davranışlar öykü alınırken öğrenilmeli ve aynı zamanda gözlemlenmelidir. Çocuk sağlığı izlemlerinde, özellikle bebeklik döneminde, annenin duygu durumunun da değerlendirilmesi ihmal edilmemelidir.

Gelişimin değerlendirilmesi: Çocuk sağlığı izlemlerinde her izlemden önce çocukların yaşlarına uygun kaba motor, ince motor, dil ve kişisel-sosyal becerileri sorgulanmalı, gözlemlenmeli ve varsa ailelerin çocukları ile ilgili gözlemleri de dikkate alınarak ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır.

Fizik muayene: Öykü sonrası antropometrik ölçümler yapılmalı, büyüme izlem kartına işlenmeli ve büyüme değerlendirilmelidir. Ardından ayrıntılı bir sistemik muayene yapılmalıdır. Süt çocuklarında çıplak muayene şarttır. Anne kucağında muayene çocuğun daha sakin olmasını sağlayacaktır. İzlemlerde çocuğun hasta olmadığını, sağlam olduğunu düşünerek muayene etmek bazı bulguların atlanmasına neden olabilir.

Gözlem: Öykü, fizik muayene sırasında aile / çevre-çocuk ilişkisinin gözlemlenmesi özellikle tutum ve davranışlarla ilgili önemli bilgiler edinilmesini sağlayacaktır.

Taramalar: Çocuk sağlığı izlemlerinde öykü, fizik muayene, gözlem de birer tarama yöntemi olabileceği gibi, bunların yanında çocukların yaşlarına uygun bazı taramaların çeşitli yöntemlerle uygulanması gerekmektedir. Metabolik hastalık taramaları, işitme taraması, görme işlevinin değerlendirilmesi, gelişimsel kalça displazisi açısından tarama, anemi taraması, üriner sistem enfeksiyonu açısından değerlendirme, hiperlipidemi ve hipertansiyon taraması yapılmalıdır.

Yenidoğan taramaları: Ülkemizde yenidoğanlar konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve biotinidaz eksikliği açısından taramaktadırlar. Kan örneğinin en uygun olarak 3-5.günler arasında alınması önerilmektedir. Kan örneği ilk 24 saatte ya da bebek yeterince beslenmeden önce alındıysa ilk hafta içinde ikinci kan örneği alınmalıdır. Ayrıca ülkemizde her yeni

doğana işitme taraması da yapılmaktadır. Yeni doğanların konjenital anomaliler açısından (konjenital kalp hastalığı, inmemiş testis, kuşkulu genityalya, orta hat defektleri gibi) fizik muayene ile ayrıntılı olarak taranmaları gerekmektedir.

Gelişimsel kalça displazisi taraması: Çocuk sağlığı izlemlerinde yürüyene kadar her çocuğun her izlemde gelişimsel kalça displazisi açısından fizik muayene ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Ailede kalça displazisi öyküsü, ilk doğan kız bebek, makat duruş, çoğul gebelikler, amniyon sıvı anormallikleri, tortikollis, ayak deformiteleri, skolyoz varlığı belirlenirse ya da fizik muayene bulgusu varsa ilk 4 ayda kalça ultrasonografi yapılmalı, daha büyük çocuklarda kalça grafisi çekilmelidir.

İşitme taraması: Her yenidoğan bebeğe otoakustik emisyon ya da uyarılmış beyin sapı potansiyelleri kullanılarak işitme taraması yapılmaktadır. Ayrıca her izlemde çocuğun işitme ve dil gelişimine yönelik ayına uygun sorular ve yanıtlar değerlendirilmelidir. Ailenin gözlemleri tanısal açıdan önemlidir. Ancak bu şekilde olguların yarısının yakalanabildiği unutulmamalıdır. Riskli durumların varlığında nesnel değerlendirme yapılmalıdır (Tablo 5).

Görme taraması: Göz ve görme işlevi yaşa uygun önerilen yöntemlerle yapısal anomaliler, görme keskinliği, şaşılık, amliyopi açısından değerlendirilmelidir. Görme işlevinin değerlendirilmesinde öykü, anne babanın gözlemleri, fizik muayene ve bazı testler kullanılır. Bu amaçla kullanılan testler ışığa göz kırpma, fiksasyon, kırmızı yansıma testi, kornea ışık testi (Hirschberg testi), kapama testi ve Snellen benzeri tablolarıdır. Riskli durumlarda ve özellikle okula başlamadan önce göz hekimi tarafından nesnel değerlendirme yapılmalıdır.

Anemi taraması: Çocuklarda en sık görülen anemi demir eksikliği anemisi'dir. Özellikle demir eksikliği anemisi açısından riskin arttığı yaşlarda ve ayrıca demir eksikliği anemisi için riskli bireylerde değerlendirme önemlidir. Ülkemizde zamanında doğan sağlıklı bebeklerde 6-12 aylarda fizik muayene ile değerlendirmeye ek olarak hemoglobin/hematokrit taraması önerilmektedir. Demir eksikliğinin önlenmesi için zamanında doğan çocuklara 4-6 aydan itibaren 1-2 mg/kg/gün dozunda, prematüre bebeklere ise 2 aydan itibaren 2-4 mg/kg/gün dozunda riskli oldukları dönem boyunca demir desteği başlanmaktadır.

Hipertansiyon taraması: Üç yaşından başlayarak her çocuk sağlığı izleminde (yılda bir) tansiyon ölçümü yapılmalı ve referans değerler ile karşılaştırılmalıdır.

Hiperlipidemi açısından değerlendirme: Hiperlipidemi taraması iki yaşından itibaren risk altındaki tüm çocuklara önerilmektedir (Tablo 7). Riskli çocukların total kolesteol düzeyine bakılmalı ve 200 mg/dl'nin üstünde olanlara lipoprotein analizi yapılmalıdır. LDL <110 mg/dl

ise 5 yılda bir, LDL=110-129 mg/dl ise yılda bir, LDL >130 mg/dl ise diyet programı ve izlem uygulanmalıdır.

Üriner sistem enfeksiyonu açısından değerlendirme: Yaşamın ilk yılında sıklığı daha fazla olduğu, sessiz geçirilebildiği ve böbrek yetmezliğine yol açan önemli bir sorun olan veziköüretal reflüde ilk bulgu olabileceği için üriner sistem enfeksiyonu açısından 6-12 aylarda idrar tetkiki ile değerlendirme yapılabilir. Örnek almak bu yaşta zor olduğu için bu tarama doğum öncesi ultrasonografik değerlendirmenin iyi yapıldığı toplumlarda uygulamadan kaldırılmaktadır. Bu tarama okul çocuklarında ve ergenlik döneminde tekrar edilmeli, gerekli olgularda kesin tanı için idrar kültürü alınmalıdır.

Aşılama: Ulusal çocukluk çağı aşı takvimi kapsamında bulunan aşılarda uygun yaşlarda yapılması çocuk sağlığı izlemlerinin önemli bir parçasıdır. Ayrıca kişisel gereksinimler de göz önüne alınarak ülkemiz koşullarında çocukların yararlanabileceği diğer aşılardan değerlendirme yapılmalı ve aileler bilgilendirilmelidir. Aşılardan ilgili eğer varsa ailelerin kaygıları giderilmeli, gereksiz aşı ertelemelerinden kaçınılmalıdır. Uygulanan aşılardan sonrası görülebilecek istenmeyen etkiler ve neler yapılabileceği ile ilgili ailelerin kısa ve açık bilgilerle aydınlatılması aşı programına uyumu artıracaktır. Gerek ulusal aşı programının ve gerekse de bazı durumlarda uygulanan aşı kampanyalarının etkin biçimde yürütülmesi için doktorların aileleri desteklemesi önemlidir.

Danışmanlık ve sağlık eğitimi: Her izlemde ailelerin ilgili yaş grubu dikkate alınarak emzirme danışmanlığı, beslenme, bebek bakımı, uyku düzeni, D vitamini ve demir desteği, gelişimin desteklenmesi, kaza ve zehirlenmelerden korunma, güvenli taşıt yolculuğu, ağız ve diş sağlığı, tuvalet eğitimi, aile planlaması, uygun çevresel şartların sağlanması, karşılaşılabilecekleri sorunlar, hastalık bulguları ve alınması gereken önlemler konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Gebeliğin 12.haftasından başlayarak gebelik süresince gebelere ve doğumdan sonra 6 ay boyunca annelere 1200 IU/gün tek doz D vitamini önerilmektedir. Yenidoğan döneminden itibaren bebeklere 400 IU/gün D vitamini süt çocukluğu dönemi boyunca verilmelidir.

Gelişimin desteklenmesi için doğru uyaranlar, uygun çevre ve aile özellikle santral sinir sistemi gelişiminin hızlı olduğu erken çocukluk döneminde önemlidir. Güvenli bağlanma, dokunma/kucağa alma, konuşma, kitap okuma-müzik, oyun, uyku, keşfetme fırsatı, tutarlı davranışlar, çocuğa ait ipuçlarını doğru değerlendirme gibi öneriler, aile ve çocuk ilişkisinin geliştirilmesi ve santral sinir sistemi gelişiminin desteklenmesinde üzerinde durulması

gereken temel konulardır. Emzirme danışmanlığı, yaşa uygun sağlıklı beslenme konuları da çocuk sağlığı izlemini temel bileşenleridir.

İzlemi sonlandırmadan önce ailelerin varsa soruları yanıtlanmalı ve bir sonraki randevu belirlenmelidir. Ailelere yönelik bilgi broşürü, kitapçık gibi yararlanabilecekleri güvenilir kaynaklar sunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gökçay G. Çocuk Sağlığı İzlemi. In: Neyzi O, Ertuğrul T (eds). Pediatri (4th ed). İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 2010: 57-64.
2. Özmert EN. Çocuk Sağlığı İzlemi. Katkı Pediatri Dergisi Sosyal Pediatri I 2003; 25: 115-132.
3. Beyazova U. Sağlam Çocuk İzlemeleri. Türkiye Klinikleri Sosyal Pediatri Özel Sayısı 2006; 2: 4-11.
4. Aydın A. Çocuk Sağlığı İzlemi. In: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A (eds). Temel Pediatri. Ankara Güneş Tıp Kitabevleri, 2010: 101-104.
5. Joseph F, Hagan J, Duncan PM. Maximizing Children's Health: Screening, Anticipatory Guidance, AND Counseling. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, Behrman RE (eds). Nelson Textbook of Pediatrics (19th ed). Philadelphia: Saunders, Elsevier 2011: 13-25.

Anahtar kelimeler: Çocuk sağlığı izlemi, koruyucu çocuk sağlığı, taramalar

Tablo 1. İletişim Kuralları

Göz teması kurulmalı, vücut konuşana dönük olarak oturulmalı Öykü alınırken dikkatle dinlenmeli, notlar daha sonra yazılmalı Açık uçlu sorular sorulmalı, soruların anlaşıldığından emin olunmalı İletişim, annenin sözlerini tekrarlayıp vurgulayarak sürdürülmeli Annenin neler hissettiği anlamaya (empati) çalışılmalı Yargılamadan kaçınılmalı Annenin çocuğuna yönelik olumlu davranışları övülmeli Ailenin neye gereksinimi varsa öncelikle ona yönelinmeli Az ve öz bilgi verilmeli Anlaşılır olmak için tıbbi terimler kullanmaktan kaçınılmalı Emir yerine önerilerde bulunulmalı

Tablo 2. Süt Çocukluğu döneminde izlem programı

Yaş □	2-5 gün	1. Ay	2. ay	3. ay	4. ay	5. ay	6. ay	9. ay	12. ay
Öykü	□	□	□	□	□	+	□	□	□
Ölçümler									
Baş çevresi		□	□	□	□	+	□	□	□
Boy, tartı	+	□	□	□	□	+	□	□	□
Kan basıncı									
Duyu taraması									
Görme		S	S	S	S	S	S	S	S
İşitme	O	S	S	S	S	S	S	S	S
Büyüme gelişme/davranış		□	□	□	□	+	□	□	□
Sistem muayenesi		□	□	□	□	+	□	□	□
Metabolik tarama	□								
Hemoglobin							□		
Tam idrar							+		
İlk diş taraması							+		
Rehberlik	+	+	+	+	+	+	+	+	+

O: Objektif değerlendirme (Bu yaşta bu alanda uzman olan kişiler tarafından değerlendirme)
S: Subjektif değerlendirme (Gözlemlere dayalı değerlendirme)

Tablo 3. Oyun çocukluğu ve okul öncesi dönem izlem programı

Yaş	18.ay	2 yaş	3 yaş	4 yaş	5 yaş
→					
Öykü	+	+	+	+	+
Ölçümler					
Baş çevresi	+	+			
Boy, tartı	+	+	+	+	+
Kan basıncı			+	+	+
Duyu taraması					
Görme	S	S	O	S	S
İşitme	S	S	O	S	S
Büyüme gelişme/davranış	+	+	+	+	+
Sistem muayenesi	+	+	+	+	+
Hemoglobin		+			+
Tam idrar					+
Kolesterol		+			
Diş taraması			+		+
Rehberlik	+	+	+	+	+

O: Objektif değerlendirme (Bu yaşta bu alanda uzman olan kişiler tarafından değerlendirme)
S: Subjektif değerlendirme (Gözlemlere dayalı değerlendirme)

Tablo 4. Okul çocuğu ve ergen izlem programı

Yaş →	6 yaş	8 yaş	10 yaş	12 yaş	14 yaş	16 yaş	18 yaş
Öykü	+	+	+	+	+	+	+
Ölçümler							
Baş çevresi							
Boy, tartı	+	+	+	+	+	+	+
Kan basıncı	+	+	+	+	+	+	+
Duyu taraması							
Görme	O	S	S	S	S	S	S
İşitme	S	S	S	S	S	S	S
Büyüme gelişme/davranışı	+	+	+	+	+	+	+
Sistem muayenesi	+	+	+	+	+	+	+
Hemoglobin					+		
Tam idrar				+			
Diş taraması	+			+			+
Rehberlik:	+	+	+	+	+	+	+

O: Objektif değerlendirme (Bu yaşta bu alanda uzman olan kişiler tarafından değerlendirme)
S: Subjektif değerlendirme (Gözlemlere dayalı değerlendirme)

Tablo 5. İşitme açısından objektif değerlendirme gereken riskli durumlar

<ul style="list-style-type: none">-Pozitif aile öyküsü-Gebelikte ağır preeklampsi öyküsü-Gebelikte ilaç kullanımı-Kraniyofasiyal anomali: Dudak damak yarığı, kulak kepçesinin önünde gamze ya da deri kıvrımı, temporal kemik ve kulak kepçesi anormallikleri-Neonatal yoğun bakım öyküsü: beş (iki?) günden fazla ya da ECHMO ve/ya da solunum desteği öyküsü-Yenidoğanda ototoksik ilaç kullanımı-Doğum kilosu <1500g-Ağır asfiksi-Meningit öyküsü-İn utero enfeksiyonlar-Hiperbilirubinemi nedeni ile kan değişimi-Kafa travması-Kemoterapi-Tekrarlayan ya da üç aydan uzun süren seröz otit-Nörodejeneratif hastalıklar (Huntersend, Friedrich Ataxia vb.)-Bazı sendromlar (Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell, LangeNielson vb.)
--

Tablo 6. Görme açısından objektif değerlendirme gereken riskli durumlar

- Aile öyküsü
- Erken gebelikte rubella
- İleri derecede (<1500 gr, ≤ 32 hafta) prematürelilik *(37 GH'dan önce doğmuş, yoğun bakım ünitesinde izlenmiş bebeklere de göz muayenesi önerilmektedir.)*
- Duyusal tipte işitme kaybı olan yenidoğanlar
- Dismorfik sendromlar
- Gelişme geriliği olanlar
- Oftalmia neonatorum

Tablo 7. Hiperlipidemi taraması gereken riskli durumlar

- Ailesinde 55 yaştan önce koroner ya da periferik arter hastalığı olanlar
- Ani kardiyak ölüm öyküsü olanlar
- Anne/babasında kolesterol düzeyi 240 mg/dl'nin üzerinde olanlar
- Ailesinde hipertansiyon, obezite, diyabet olanlar

EMZİRME DANIŞMANLIĞI

Prof.Dr. Emel Gür¹, Gülbin Gökçay², Prof. Dr. Ufuk Beyazova³

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD*

³*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD*

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

- Anne sütü ile beslenmenin önemini bilmek
- Danışmanlık becerilerini kullanarak emzirme öyküsü alabilmek, emzirmeyi değerlendirebilmek ve uygun yaklaşımda bulunabilmek
- Zor durumlarda emzirme danışmanlığı verebilmek.

Tanım

Bilimsel araştırma sonuçlarına göre günümüzde ilk 6 ay su bile verilmeksizin yalnız anne sütü ile beslenme, 6.aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlere başlanarak emzirmenin en az 2 yaşına kadar sürdürülmesi önerilmektedir. Bu beslenme biçimine de doğal beslenme denilmektedir.

Doğal beslenmenin önemi

- **Bebek sağlığı açısından:** Bu şekilde beslenen bebekler daha az hastalanıyorlar, daha az ölüyorlar
- **Anne sağlığı açısından: Başta meme ve over kanseri olmak üzere bazı hastalıklar emziren kadında daha az görülüyor.**
- **Erişkin sağlığı açısından:** Anne sütü alan bebeklerde ileri yaşlarda bazı kanser ve süregen hastalıklar daha az görülüyor
- **Ekonomi ve çevre açısından:** Yenidoğanların ilk üç ay yalnız anne sütü ile beslenmelerinin Türkiye açısından yıllık kazanımı (doğrudan elde edilen sağlık kazanımlarına göre) yaklaşık 400 milyon dolardır. Anne sütü ile en doğa dostu beslenme biçimidir çünkü hazırlanması için ekstra enerji gerekmez, atık oluşturmaz.

Ülkemizde anneler emzirmek istiyorlar ancak ek besinlere erken başlıyorlar. Bu açıdan emzirme danışmanlığının çok önemli bir yeri var.

Emzirme danışmanlığı; emziren annelerin neler hissettiklerini, kaygılarını, emzirme konusundaki bilgi ve deneyimlerini yansıtmaya fırsatı sağlamakta, onlara emzirme konusunda özgüven kazandırmaktadır. Ayrıca, anne ve bebeğine en uygun memeye tutuş pozisyonlarını deneyimleme, memeye yerleşme ve etkin emme belirtilerini arama, anne sütünün miktarını etkileyen faktörler ile ilgili bilgilenme ve emzirme ile ilgili sorunlarda ya da emzirmenin zor olduğu durumlarda (yolculuk, işe başlama v.s) nasıl bir yol izleyeceği konusunda aydınlatma

fırsatı tanır. Doğru teknikle emzirme ve anne sütünün sürdürülmesi için gerekli tutum ve davranışların kazandırılmasını sağlayan önemli bir etkinliktir.

Etkili bir danışmanlık hizmeti, “dinleme- öğrenme” ve “özgüven kazandırma” becerilerinin doğru sergilenmesi ile olabilir.

Dinleme ve Öğrenme Becerileri

Anneyi konuşmaya cesaretlendirecek sözlü ve sözsüz iletişim yöntemlerinden yararlanılmalı, annenin duyguları anlayışla karşılanmalı, yargı belirten sözcük ya da tavırlardan kaçınılmalıdır. Sözsüz iletişim; yüz ifadesi, duruş ve tavır ile ortaya konur ve sözlü iletişimden daha etkilidir. Anne ve bebek ile ilgili olduğunu göstermek, zaman ayırmak, dikkati odaklamak, araya engel (masa v.s) koymamak iletişimin sağlıklı kurulmasına yardımcı olacaktır.

Anneyi konuşmaya cesaretlendirecek ve kaygılarını dile getirmesine yardımcı olacak “açık uçlu sorular” sormak (örn:”Emzirme nasıl gidiyor?”), ilgiyi gösteren, annenin söylediklerini vurgular biçimde yanıtlar, jestler sergilemek etkin yöntemlerdir.

Annenin hissettiklerini “onun bakış açısından” anlamayı ifade eden “empati” yani eş duyum; annenin danışmana güvenini artıracak ve daha fazla bilgi paylaşmasına yol açacaktır. Oysa danışmanın, olayları kendi duygularını katarak yorumlaması anlamına gelen “sempati”; annede duygularının danışman tarafından algılanabildiği duygusunu uyandırmaz. Annenin paylaşımları karşısında “yargı sözcükleri”ni (iyi, kötü, doğru, yanlış, yeterli, uygun v.s) kullanmak ya da bu sözcükleri içeren sorular sormak (Örn: “Bebeğiniz sizi iyi emiyor mu?”) , annenin kendisini hatalı görmesine ve kötü hissetmesine yol açabilir. Oysa açık uçlu sorularla durumun saptanması (Örn. “Emzirme nasıl gidiyor?”) olumlu bir ortam yaratacaktır.

Özgüven ve Destek Verme Becerileri

Doğumdan sonraki haftalarda anne “hüzün dönemi” sürecini yaşamaktadır ve bu süreçte kendine güveni kolaylıkla yıkılabilir. Çevresel etmenlere duyarlıdır ve baskılara direnç gösteremez. Anneye özgüvenini kazandırmak, kendisini iyi hissetmesini sağlamak, sütüne güvenini artırmak; ideal beslenmeyi sürdürmek açısından oldukça önemlidir.

Öncelikle annenin doğrularını ön plana çıkarmak, onun bu olumlu tutumunu sürdürmesine yol açarken, kendine güvenini artırıp danışmanı daha iyi dinler hale gelmesine yol açacaktır. Onunla empati kurmak, yargılamamak, emzirmeyi olumsuz etkileyen tutum ve davranışları (her izlemde bir ya da iki tutum, davranış) pratik uygulamalarla düzeltmeye çalışmak, az ve öz bilgi (her izlemde bir ya da iki öneri), anlaşılır yalın bir dil kullanmak, emir yerine öneride bulunmak, seçenekler varsa kararı kendisine bırakmak ya da yardımcı olmak gibi yaklaşımlar annenin “annelik becerisini” arttırmasına yardımcı olacak, emzirme üzerine çevrenin olumsuz etkisini azaltacaktır.

Emzirmenin Gözlemlenmesi ve Değerlendirilmesi

Anne ve bebek çiftinin gözlemlenmesi emzirme danışmanlığının önemli bir parçasıdır. Emzirme sırasında ya da emzirme dışı zamanlarda anne ve bebek arasındaki ilişki de gözlemlenmelidir. Böylece annenin sosyokültürel düzeyi, yaşam tarzı, sağlığı, beslenme durumu, duygu durumu, özgüveni, emzirmeyi güçleştirecek ya da annenin güvenini sarsacak meme sorunları (boyutla ilgili sorunlar, meme başı çatlakları, aşırı süt birikimi, abse, mastit vs), bebeğin genel sağlık durumu, emmeyi güçleştirecek bulgular (tıkalı burun, dil bağı, pamukçuk, yarık dudak damak, hipotoni vs), bebeğin aşırı giydirilmesi, bebeğin duygu durumu ile ilgili önemli ip uçları elde edilebilir.

Emzirmeyi değerlendirirken; annenin bebeği tutuşu, memeye yerleştirilişi, memeyi tutuşu, bebeğin memeye yerleşmesi ve etkin emme durumu, anne-bebek bağlanma durumu, annenin emzirme ile ilgili duygu ve düşünceleri önemle üzerinde durulması gereken noktalardır.

Bir bebeğin yeterli anne sütü aldığını gösteren en güvenilir ölçütler: Bebeğin günde en az 5-6 kez idrar yapması, doğumdan sonra 15. günde doğum kilosuna ulaşması, ayda en az 500 gram tartı alması ve kendi büyüme eğrisinde gelişmesini devam ettirmesidir. Bu amaçla anne sütü ile beslenen bebekler için geliştirilen büyüme eğrileri kullanılmalıdır. Ülkemizde de bu eğriler bulunmaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından da bu tip eğriler geliştirilmiştir.

Doğru teknikle emzirme, memeye iyi yerleşme ve etkili emme belirtileri aşağıda yer almaktadır.

1-Vücut duruşu: Anne gevşek ve rahat, bebeğin vücudu yakın, memeye dönük, anne-bebek karın karına, bebeğin başı ve vücudu düz bir hat oluşturmuş, bebek alttan destekli, çene memeye değiyor

2-Bebeğin davranışı: Bebek memeye uzanıyor, bebek memeyi arıyor, diliyle memeyi keşfediyor, memede sakin ve uyanık, süt salgılanması bulguları var

3-Duygusal bağlanma: Emin ve güvenli tutuş, annenin yüz yüze dikkati, annenin bebeğe yeterince dokunması

4-Meme Anatomisi: Emzirme esnasında yuvarlak memeler, ileri uzamış dik meme başları, sağlıklı görünen deri, emzirmeden sonra yumuşak memeler

5-Emme: Geniş açık ağız, alt dudak dışa dönmüş, dil memenin etrafında kıvrılmış, yanaklar yuvarlak, ağız üzerinde daha fazla areola, yavaş ve derin emmeler, arada dinlenme, yutkunma duyulabiliyor ya da görülebiliyor

Emzirme Öyküsünün Alınması

Emzirme öyküsü alınırken; öncelikle anne ve bebeğin adı seslenmek, iletişimde olumlu bir etki yaratacaktır. Annenin kendisini ve bebeğini istediği biçimde anlatması söylenir. Eleştiri ya da soru tekrarı kaçınılmalıdır. Annenin kaygılarını anlamak açısından mutlaka zaman

ayrılmalı, empati ile yaklaşılmalıdır. Emzirme öyküsü alırken üzerinde durulması gereken önemli noktalar aşağıda belirtilmiştir.

Bebeğin şimdiki beslenmesi: Emzirme, sıklığı, öğün süresi, iki emzirme arasındaki en uzun süre, her emzirişte tek ya da iki memeden emzirme durumu, su ya da ek besin alma durumu, miktarı, verilmiş zamanı ve biçimi

Bebeğin sağlığı ve davranışları: Doğum ağırlığı, idrar sıklığı, dışkılama, kusma, iştah vs. beslenme davranışları uyku davranışı, sağlık sorunları

Gebelik , doğum, ilk beslenme: Doğum öncesi bakım, doğum, bebeği ilk emzirme zamanı, anne-bebek aynı odada kalma durumu, doğumdan sonra bebeğe verilen diğer sıvılar, mama, süt vs.

Annenin durumu, gebelikten korunma: Anne yaşı, sağlığı, meme durumu, emzirmeyi engelleyen risk faktörleri (meme sorunları, sigara, alkol v.s), gebelikten korunma yöntemleri

Önceki çocukların beslenmesi: Önceki çocukların sayısı, emzirme deneyimleri, biberon kullanma durumu

Aile ve sosyal durum: Çalışma durumu, ekonomik durum, yakın çevrede emzirmeye ve bebek bakımına destek veren bireylerin olup olmadığı

Zor Durumlarda Emzirme ile ilgili Danışmanlık

Hastaneden taburcu olurken annelere; emzirme ile ilgili sorunlarda ya da emzirmeyi güçleştiren durumlarda mutlaka sağlık kurumuna başvurma ve emzirme konusunda danışmanlık hizmeti alma önerisi yapılmalıdır. Emzirmenin güç olduğu durumlardan başlıcaları ve öneriler aşağıda belirtilmiştir.

Annenin ilaç kullanma durumu: Antimetabolitler ve radyoaktif maddeler emzirme için kontrendikasyon oluşturur. Amfetamin, kokain, eroin vs bağımlılık yapıcı maddeler kullanılmamalıdır. Kloramfenikol, tetrasiklin, metronidazol yan etkileri yönünden zorunlu değilse kullanılmamalı, östrojen içeren preparatlar anne sütünü azaltıcı etkilerinden dolayı verilmemelidir. Antidepresan, antipsikotik ilaçlar uyku hali için bebekleri yakından izleyerek, dikkatli kullanılması gereken ilaçlardır.

Anne ilaç kullanmak zorunda ise etkiyi en aza indirmek için emzirmeden sonra ve bebeğin en uzun süreli uyku döneminden önce ilacı almalıdır.

Çalışan anneler: Kırsal kesimde çalışan annenin bebeğini de yanında götürmesi en uygun yöntemdir. Kentte bu mümkün olamamaktadır. Annenin bebekle birlikte olduğu zamanlar ve mümkünse geceleri de emzirmesi önerilir. Çalışma saatlerinde üç saatte bir sütünü sağması (oda ısısında 6 saat, buzdolabında 24-48 saat, derin dondurucuda birkaç ay dayanabilir) ve bu sütü annenin olmadığı zamanlar bakıcı tarafından kaşıkla bebeğe verilmesi önerilir.

Çoğul gebelikler: İkiz, üçüz vs çoğul gebelik sonrasında annelerin süt miktarları tekiz doğuran annenin sütüne oranla iki ya da üç mislidir. Burada önemli olan sık ve uygun duruşla

beslemedir. Bebekler aynı anda ya da ayrı ayrı zamanlarda (bebeğin isteğine göre) emzirilebilir. Değişimli olarak her bir memeden emzirmeleri her iki göğsünde aynı miktarda uyarılmasına neden olur.

Gebelik: Emzirme döneminde yeni bir gebelik prematür eylem dışında hemen anne sütüyle beslenmeye son verilmesini gerektirmez. Ancak gebelik hormonal dengeyi değiştirerek süt yapımını azaltır. Bebek doğduğunda ise beslenmede öncelik yeni doğan bebeğindir.

Sigara içme: Nikotin anne sütüne kolaylıkla geçer ve bebek dolaşımında yüksek yoğunluklarda bulunur. Aynı zamanda anne sütü miktarını ve emzirme süresini azaltıcı etkisi vardır.

Sonuç

- İnsan sağlığı üzerine sayısız yararları bulunan ve her bebek için vazgeçilmez hak olan anne sütü ile beslenme, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de henüz yeterli düzeye ulaşmamıştır.
- Emzirmenin zamanında başlatılmaması, erken dönemde başlanan sıvı ve katı besinler, emzirmenin erken dönemde sonlandırılması, tamamlayıcı besinlere zamanında geçilmemesi gibi uygulamalar günümüzde de sürdürülmektedir.
- Anne sütünü her bebeğe ulaştırmak, doğru emzirme tekniğini yerleştirmek ancak etkili bir emzirme danışmanlık hizmeti ile olabilir.
- Emzirmenin yaygınlaştırılması; sağlık çalışanlarının anne sütü ve emzirme yönünden duyarlılaştırılması, emzirme danışmanlık becerilerinin kazandırılması ve geliştirilmesi ile olasıdır.
- Sağlık kuruluşuna hangi gerekçe ile başvurursa başvursun iki yaşından küçük çocuğu olan her anneyi emzirme yönünden desteklemek başlıca sorumluluğumuzdur.

Kaynaklar

1. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologist. The Breastfeeding Handbook for Physicians.1st ed.2006.
2. Gökçay G, Neyzi O, Furman A. Growth Standards for Turkish Children. In: Preedy VR.(ed) Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease. New York: 2012, Springer 2913-2921.
3. Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. *Child: care, health and development*, 2008; 34:454–463
4. Kliegman RM, MD,. Stanton BF, MD,, St.Geme III J W, Schor NF and Behrman R E, MD Nelson Textbook of Pediatrics, 19th Edition Elsevier Saunders,. Philadelphia 2012.
5. Lawrence RA, Lawrence RM. Maternal Nutrition and Supplements for Infant and Mother. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession.7 th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 283-314.
6. World Health Organisation. Global Strategy for Infant and Young Children Feeding: The Optimal Duration of Exclusive Breast Feeding. 54th World Health Assembly. Document A₅₄/INF.DOC./ 4. World Health Organisation;Geneva:2001.

Anahtar kelimeler: Emzirme, emzirme danışmanlığı

ÜLKEMİZDE GÜNCEL AŞILAMA

Aşılama, bulaşıcı hastalıkların azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılmasında toplumlar tarafından en yaygın kabul görmüş, en etkin ve en ekonomik girişimdir. Türkiye’de ilk aşılama 1930’da Çiçek aşılması ile başlamıştır. Sonrasında sırası ile;

- 1937: Difteri, Boğmaca aşılması
- 1952: BCG aşılması
- 1963: Canlı polio aşılması
- 1968: DBT aşılması
- 1970: Kızamık aşılması
- 1981: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
- 1985: Türkiye Aşı Kampanyası
- 1989: Polio Eradikasyonu Programı
- 1995: Polio Ulusal Aşı Günleri
- 1996: Kızamık Aşısı Hızlandırma Kampanyası
- 1997: Polio Mop-up
- 1998: Hepatit-B Aşılması ve son polio olgusu
- 2003: Kızamık Okul Aşı Günleri
- 2004: Erişkinlere tetanoz aşısı uygulanması gereken her durumda Td aşısına geçiş
- 2005: Kızamık Aşı Günleri
- 2006: Kızamıkçık, Kabakulak ve Hib aşısının programa eklenmesi, Hepatit B ergen aşılmasının başlatılması
- 2007-2008: İlköğretim yaş gruplarının Hepatit B ve Kızamıkçık aşılarının tamamlanması
- 2008: Beş bileşenli (DaBT-P//Hib) aşının kullanılmaya başlanması
- 2008 Kasım: 7 bileşenli Konjuge pnömokok aşısının takvime girişi
- 2009 Şubat: Anne -yenidoğan Tetanoz Eliminasyonu
- 2010: İlköğretim 1. sınıfta Td ve Canlı polio aşısı yerine DaBT- İPA aşısının uygulanmasına geçilmesi
- 2011 Nisan: 13 bileşenli konjuge pnömokok aşısının yapılmaya başlanması

- 2012 Kasım , Hepatit A aşısı ve son olarak 2013 şubat ayında Suçiçeği aşısının güncel aşı programına eklenmesi ile süregelmiştir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Aşı ile korunabilir hastalıkları kontrol altına almak ve tamamen ortadan kaldırmak amacı ile duyarlı yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmadan önce ulaşp, bağışıklanmalarının sağlanması ve aşı ile korunabilir hastalıkların ve bu hastalıklardan kaynaklanan sakatlık ve ölümlerin engellenmesi amacı ile geliştirilmiş aşılama programlarıdır. Bu amaçla bu güne kadar ;

- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık Eliminasyon Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı
- Hepatit B Kontrol Programı
- Difteri (Difteri hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
- Boğmaca (Boğmaca hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromu eliminasyon programı
- Kabakulak, Hemofilus influenza tip b kontrol programı
- Tüberküloz kontrol programı uygulanmıştır.

Türkiye’de bu gün uygulanmakta olan güncel aşı programı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.



T.C. Sağlık Bakanlığı 2013 Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ay	18-24 ay	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hep B	I	II			III				
BCG			I						
DaBT-IPA-Hib			I	II	III		Rapel		
KPA			I	II	III	Rapel			
KKK						I		Rapel	
Su çiçeği						I			
Hepatit A							I ve II (6 ay ara ile)		
OPA					I		II		
DaBT-İPA								Rapel	
Td									Rapel

Difteri, Tetanoz, Boğmaca, Çocuk felci, Tüberküloz, Kızamık, Hepatit B, Hemofilus influenza Tip B, Kızamıkçık, Kabakulak, Pnömonok, Suçiçeği, Hepatit A

¹ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi: 13.03.2009/7941

² Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi Okul Aşılama Konulu, 11.10.2010 tarihli B100TSH0110005 no'lu Genelgesi.

Aşılama programına başlanmış ancak aşılması yarım kalmış çocukların, aşılanmaları kaldıkları yerden sürdürülmektedir. Ancak bir yaş üstünde hiç aşılanmamış çocuklar için Sağlık Bakanlığının önerdiği aşılama programı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.



Bir yaş üstü hiç aşılanmamış çocuklar için aşılama şeması

	12-71 ay*	6-13 yaş	14 yaş ve üzeri
İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib, Hep. B, KPA, ppd ile TCT, Suçiçeği, Hep. A**	DaBT-İPA, Hep. B, KKK, Suçiçeği, Hep. A	Td, OPA, Hep. B, KKK, Suçiçeği, Hep. A.
İlk karşılaşmadan iki gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre BCG	-	-
İlk karşılaşmadan iki ay sonra	DaBT-İPA-Hib, Hep. B, OPA, KPA	DaBT-İPA, OPA, Hep. B, KKK	Td, OPA, Hep. B, KKK
İlk karşılaşmadan sekiz ay sonra	DaBT-İPA, Hep. B, OPA, Hep A	DaBT-İPA, OPA, Hep. B, Hep. A	Td, Hep. B, Hep. A

*Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşuları ile devam edilecektir.

-59 ayın üzerindeki çocuklara DaBT-İPA şeklinde uygulanmalıdır. 15-59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir.

-DaBT-İPA-Hib aşısının ilk dozunun 12-14 aylık iken uygulandığı çocuklara ikinci doz da DaBT-İPA-Hib şeklinde uygulanmalıdır.

**Çocuk 18 ay ve üstünde ise Hep. A aşısı ilk dozu yapılacaktır.

Aşıların Koruyuculuğu

Aşıların koruyuculuğu farklıdır, bazı aşılar neredeyse ömür boyu koruma sağlarken, bazıları kısmen koruma sağlarlar. Bazı aşıların uzun süreli koruma sağlaması için düzenli aralıklarla yinelenmesi gerekir. Aşılanmamış kişilerin, aşılanan kişiler nedeniyle, hastalık etkeni ile temaslarının azalması sonucu, toplumda o hastalığın görülme hızı azalır. Buna Toplumsal Bağışıklık (Herd Immunity) denir.

Aşı Tipleri

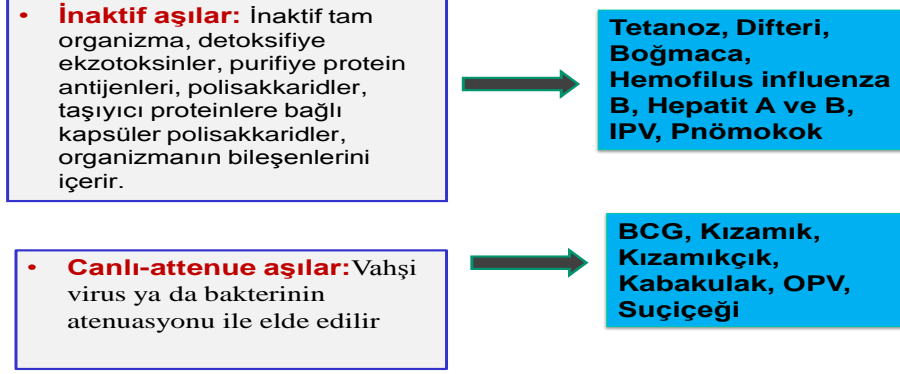
Aşılar
ayrılırlar;

yapılarına

göre

2

gruba



Son yıllarda, Güncel aşı programlarında sıklıkla karma aşılar kullanılmaktadır.

Karma Aşı Kullanımının Amaçları

- 1) Aşıların istenmeyen etki sıklığını azaltmak
 - Enjeksiyon güvenliğini artırmak
 - Aşıya özgü istenmeyen etki sıklığını azaltmak
- 2) Aynı başvurudaki enjeksiyon sayısını azaltmak, bu yolla;
 - Aşıya uyumu artırmak
 - Taşıma, depolama ve enjektör giderlerini azaltmaktır.

Aşıların Uygulanmasının Sakıncalı Olduğu Durumlar

- 1) Birincil ya da ikincil immün yetmezlik varsa canlı aşilar uygulanamaz.
- 2) Aşı bileşenlerine karşı aşırı duyarlılık varlığı halinde, duyarlı kişiye o aşı uygulanamaz. Bu durumlar dışında,
 - Hafif soğuk algınlığı, hafif ishal varlığı, hastalıkların iyileşme dönemi
 - Prematürite
 - Antibiyotik tedavisi alıyor olmak
 - Özgül olmayan allerji öyküsü

- Anne sütü alıyor olmak
- Ailede konvülsiyon, SIDS ve aşı reaksiyonu öyküsü
- Durağan SSS hastalığı
- Malnütrisyon
- Yerel kortikosteroid kullanım öyküsü aşı uygulanmasına engel durumlar değildir.

BCG Aşısı

Bacille-Calmette-Guerin (BCG) aşısı, *M. bovis* suşunun zayıflatılması ile hazırlanmış canlı bakteri aşısıdır. Ülkemizde uygulanma zamanı ikinci ay sonudur. Aşı deri içine uygulanır. Kan ve lenfatik sistemle basilin yayılmasını engeller. Milier tbc ve tbc menenjiti gibi durumların ortaya çıkışını azaltır.

Ülkemizde uygulamaya başlanma tarihi: 1951 (4 doz) yılıdır. 1997'den itibaren iki doz (yenidoğan ve ilkokul birinci sınıf) olarak yapılmaya başlanmıştır. Daha sonra;

- Yenidoğan döneminde deri içine uygulama zorluğu,
- İkinci ayda İmmün yanıtın daha iyi buna karşın istenmeyen etkilerin daha az olması nedeniyle 2006 yılında tek doz olarak , 2. ay bitiminde uygulanmaya başlanmıştır.
- Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) ,Tüberküloz sıklığının, yüzbinde 10'dan fazla olduğu bölgelerde aşının bebeklik döneminde tek doz uygulanmasının yeterli olduğunu, pekiştirme (rapel) dozun gerekli olmadığını bildirmektedir. Bu nedenle aşı Türkiye'de2006 dan beri tek doz olarak uygulanmaktadır.
-

BCG Aşısının Uygulanamayacağı Durumlar

Doğumsal ya da edinsel immün yetmezlik varlığı halinde BCG aşısının uygulanması sakıncalıdır ve uygulanamaz.

BCG Aşısının İstenmeyen Etkileri

Yerel etkiler :

- Ülserasyon
- Bölgesel lenfadenit
- Deri altı abse

Genel etkiler :

- BCG'ye bağlı yaygın enfeksiyon
- Osteomyelit (uzun kemiklerin epifizlerinde)
- Lupoid reaksiyondur.

Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşısı

İnaktif bir aşıdır. 1937 yılında DB, 1968 yılında DBT olarak uygulanmaya başlamış, 2008 yılında DaBT-İPA-Hib karma aşısı ile asellüler boğmaca aşısı takvime girmiş (2, 4, 6., 18. aylar) , 2010 yılından bu yana , ilköğretim 1. sınıfta Td ve canlı polio aşısı yerine DaBT- İPA aşısı uygulanmasına başlanmıştır.

DBT Aşısının Kesin Olarak Yapılmaması Gereken Durumlar

- Aşılama sonrası anaflaktik reaksiyon ve
- Aşılama sonrası ilk yedi gün içinde ensefalopati gelişmiş olmasıdır.

DBT Aşısının İstenmeyen Etkileri

- Aşı yapılan yerde kızarıklık, şişlik, ağrı
- Yüksek ateş
- Uzamış ve durdurulamayan ağlama
- Konvülsiyonlar
- Hipotonik ve hiporesponsif ataklar
- Ensefalit, ensefalopati
- Trombositopeni, hemolitik anemi
- Anaflaksidir.

Aşılama sonrası;

- İlk 48 saat içinde görülen 40.5 derece üzerindeki ateş
- İlk 48 saat içinde görülen şok ve kollaps benzeri durumlar
- İlk 48 saat içinde görülen 3 saatten uzun süren inatçı ağlamalar
- İlk 48 saat içinde görülen febril veya afebril konvülsiyonların varlığı durumunda sonraki aşı uygulaması yapılır ancak dikkatli olunması gerekir.

Canlı Polio / İnaktif Polio Aşıları

1963 yılında canlı aşı uygulanmaya başlamış, 1989 yılı sonunda başlatılan Polio Eradikasyonu Programı ile, 21 Haziran 2002 tarihinde Türkiye poliomiyelitten arındırılmış ülke belgesi almıştır.

DSÖ; poliomiyeliti eradike eden, aşılama oranları yüksek olan ve yüksek aşılama oranlarını sürdüren (%90'dan fazla) ve iyi bir sürveyans sistemi olan ülkelerin İnaktif Polio aşısına (IPA'ya) geçebileceklerini belirtmektedir. IPA-canlı aşı ardışık şemasından beklenti, canlı aşuya bağlı parolitik poliomiyelit olgularını %50 azaltması, polio eradikasyonu ' nun sağlanmasıdır. Ülkemizde 2008 yılından bu yana, DaBT-IPA-Hib karma aşısı içinde İPA ve 6. ve 18. aylarda iki doz ağızdan canlı polio aşısı olarak uygulanmaktadır.

Polio Aşılarının İstenmeyen Etkileri

- Ağızdan canlı polio aşısına bağlı akut parolitik poliomiyelit görülebilir.Görülme olasılığı; OPV nin ilk dozundan sonra 750.000 dozda, ikinci dozundan sonra 1.5 milyon dozda birdir. İmmun yetmezliği olanlarda bu risk 3200-6800 kat artmaktadır.
- İnaktif aşının istenmeyen etkileri, içerdiği maddelere karşı duyarlı kişilerde allerjik reaksiyonlar (neomisin, streptomisine bağlı) dır.

Hepatit B Aşısı

Rekombinant DNA aşısıdır. HBsAg geni içeren plazmidlerin maya ve memeli hücreleri içine sokulması ile elde edilir. Etkinliği %90-95dir.

1998 yılında rutin uygulamaya girmiştir. 2003 yılından itibaren 0, 2, 9. aylarda uygulanmakta iken 2007 yılından itibaren uygulama şeması 0, 1, 6. aylar olarak değiştirilmiştir. 2006 yılında ergen yakalama aşısı programa eklenmiştir. Perinatal geçişin önlenmesinde bebeklerin ilk aşılarının yenidoğan döneminde yapılması önemlidir

Aşı dozu 11 yaşına kadar olan çocuklarda 0,5 ml (10 mikrogram), 11 yaş üzerinde 1 ml (20 mikrogram)'dır. İmmünbaskılı ve hemodiyaliz hastalarına çift doz verilir. Bu hastalarda;

*Yılda bir kez antikor bakılır.

*Anti HBs 10mIU/ml nin altında olanlara 1 doz rapel yapılır.

Anti-HBs en az 10mIU/ML ise kişi bağışıktır ve sağlıklı bireyler için gelecekte serolojik test ya da aşılama gereksizdir.

2000 g. altındaki bebeklerde HBsAg taşıyıcı anneden doğmamışlarsa aşılama 2000 g.a ulaşana dek geciktirilir, anneleri HBsAg taşıyıcısı olan düşük kilolu bebeklere HB immunglobulin ve aşı yapılır ancak aşılamada 0-1-2-6 takvimine uyulur. Son aşından 3

ay sonra antikor kontrolü yapılır. 10 IU/ml den düşük çıkarsa aşılama 0-1-6 aylar biçiminde bir kez yinelenir. Aşılanan kişilerin %5 kadarı yanıtızsız olabilir. Aşıya yanıt vermeyen b kişilerin aşılarını bir kereden sonra yeniden yapmak gerekmez.

Hepatit B Aşılarının İstenmeyen Etkileri

- Ağrı ve inflamasyon
- Hafif ateş
- Artraljidir.

Perinatal bulaşma riskinde, bebeğe doğar doğmaz aşı ile birlikte Hepatit B Ig yapılmalıdır. Aşağıdaki tabloda temas sonrası Hepatit B korumasının nasıl yapılacağı anlatılmaktadır.

Temas Sonrası Hepatit B Korunması

<u>Temasın Tipi</u>	<u>Korunma</u>
• Kaza ile deri/mukoza yoluyla -----	Aşı+HBIG
• Ev içi temas(Kronik taşıyıcı ile)-----	Aşı
• Ev içi temas(Akut olgu ile kan teması)-----	Aşı+HBIG
• Perinatal -----	-Aşı+HBIG
• Cinsel akut temas-----	-Aşı+HBIG
• Cinsel kronik taşıyıcı ile temas-- -----	-Aşı

Hemofilus İnfluenza Tip B Aşısı

Konjuge bir aşıdır. İmmunojenik protein taşıyıcıların polisakkarit kapsüler antijene (PRP) konjuge edilmesi ile elde edilir. Rutin uygulanan ülkelerde invaziv Hib hastalığında %99'a varan azalmalar saptanmıştır. Aşı, Türkiye Ulusal Bağışıklama Programına 2006 yılında DBT aşısı ile aynı anda ancak ayrı bir bölgeden yapılmak üzere eklenmiş, 2007 yılında beşli aşı (DaBT-İPV-Hib) içinde yer almaya başlamıştır. Güncel aşı programında, 2,4,6, ve 18. Aylarda uygulanmaktadır. 1 yaşından sonra tek doz olarak uygulanır, pekiştirme dozu verilmesi antikor yanıtının düzeyini değiştirmez. 5 yaş sonrası yalnız riskli gruplara uygulanır.

Risk Grupları

- *Orak hücre hastalığı olanlar
- *Splenektomililer
- *Doğumsal immün yetmezlikliler
- *Kemoterapi alanlar
- *HIV enfeksiyonu olanlar
- *KIT uygulananlardır.

HİB Aşısının İstenmeyen Etkileri

Aşı uygulama yerinde şişlik, kızarıklık ve ağrı gibi yerel etkiler yanı sıra , aşılama % 10-15 inde görülen ve genellikle kısa süreli ve çok yükselmeyen ateş en önemli istenmeyen etkilerdir.

Kızamık/ Kızamık-Kabakulak-Kızamıkcık Aşısı

Kızamık aşısı 1970'li yıllardan beri aşı programındadır. 1987 yılına kadar sekiz ve 15. aylarda iki doz, 1987-1998 yılları arasında dokuzuncu ayda tek doz ve 1998-2006 yılları arasında dokuzuncu ay ve ilköğretim birinci sınıfta toplam iki doz olarak uygulanmıştır. 2006 yılından sonra kızamık-kızamıkcık-kabakulak (KKK) üçlü aşı olarak 12. ay ve ilköğretim birinci sınıfta toplam iki doz olarak uygulanmaktadır.

Kızamık-Kabakulak-Kızamıkcık Aşısının İstenmeyen Etkileri

- Ateş (aşıdan sonra 6-12 günler arasında)
- Lenfadenopati
- Artralji
- Döküntü
- Trombositopeni
- Ensefalit
- Allerjik reaksiyonlardır.

Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık Aşısının Yapılması Sakıncalı Olan Durumlar

- Gebeler veya üç ay içinde gebelik riski olanlar
- Yumurtaya ve neomisine anafilaktik reaksiyon gösterenler
- HIV enfeksiyonu dışındaki immün yetmezlikler
- İmmün baskılayıcı tedavi alanlarda yapılamaz (Tedavi bitiminden üç ay sonra yapılabilir.)
- Aşı PPD reaksiyonunu 4-6 hafta süreyle baskılar. Eğer PPD yapılması gerekiyorsa aşıyla aynı gün yapılabilir.

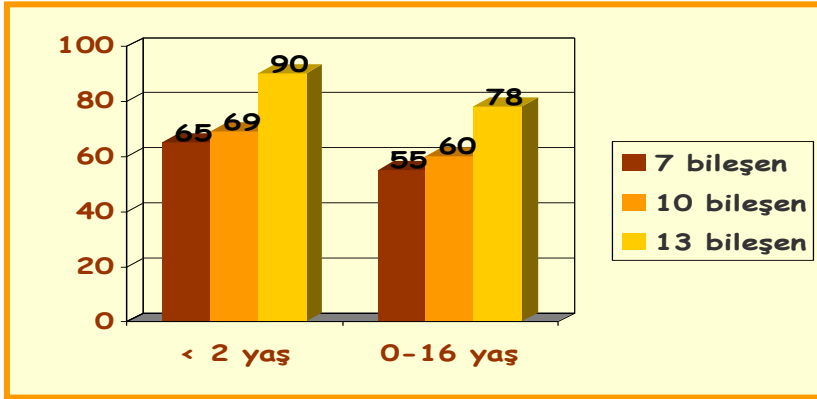
Kızamıklıya temas durumunda aşılanmamış çocuklara ilk 72 saat içinde aşı yapılırsa koruyucudur.

Pnömonok Aşısı

İlk kez 2008 Kasım ayında, 7 bileşenli konjuge pnömokok aşısı olarak aşı takvimine alınmıştır. 2011 Nisan'dan itibaren de 13 bileşenli konjuge pnömokok aşısı uygulanmaya başlanmıştır.

Güncel aşı programında kullanılan, 13 bileşenli konjuge pnömokok aşısı, bakterinin 13 serotipine ilişkin arılaştırılmış kapsüller polisakkaritin CRM197 taşıyıcı proteine konjuge edilmesi ile elde edilmektedir. İçerdiği serotipler: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F. dir. Aşağıdaki tabloda KPA' larının serotip kapsayıcılıkları göstermiştir.

KPA'nın serotip kapsayıcılığı



7 bileşen: 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23 F
10 bileşen: 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23 F + 1,5,7F
13 bileşen: 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23 F + 1, 5, 7F + 3, 6A, 19A

Kimler Pnömonokok Aşısı Olmalıdır

- 60 Aylıktan küçük tüm çocuklar
- Orak hücreli anemi
- Aspleni
- Kronik kalp ve akciğer hastalığı
- Diabetes Mellitus
- Beyin omurilik sıvı kaçağı, Kohlear implant
- HIV Enfeksiyonu ve diğer immün yetmezlik durumlarıdır.

Pnömonokok Aşısı' nın İstenmeyen Etkileri

- Aşı yapılan yerde kızarıklık
- Ağrı
- Kas ağrıları
- Allerjik reaksiyonlardır.

Hepatit A Aşısı

İnaktif bir aşıdır. İki doz aşı şeması (6 ay ara ile) uygulanmaktadır. Koruyuculuk: %94-100 olarak bilinmektedir. Aşağıdaki tabloda HAV endemisitesi ve DSÖ'nün önerileri bildirilmiştir.

HAV endemisite özellikleri

Endemisite	Ülkeler	Özellikler	DSÖ Önerileri
Yüksek	•Gelişmekte olan •Kötü sağlık koşulları	•Erken çocuklukta enfeksiyon •Salgın nadir	→ HAV aşısı önerilmez.
Orta	•Gelişmekte olan geçiş ekonomileri •Sanayileşmiş ülkelerin farklı sağlık koşullarına sahip bölgeleri	•Erken çocuklukta atlanmış enfeksiyon •Sağlık/ekonomi koşullarında iyileşme klinik olarak belirgin hepatit A oranlarını artırabilir	→ Sanitasyonu geliştirme ve çocuk aşılama programı önerilir.
Düşük	•Sanayileşmiş	Genellikle düşük enfeksiyon oranları	→ Risk altında olan kişilerin aşılması (Selektif aşılama)

WHO position paper on hepatitis A vaccines. Weekly Epid Rec 2000;75:38-44

Hepatit A aşısı ile ilgili olarak CDC nin önerileri ise şöyledir;

Aşılanma Önerileri

- 12-23 aylık bütün çocukların aşılanması
- Hepatit A enfeksiyonu açısından risk grubunda olan bireylerin aşılanması
 - Yüksek endemik bölgeye yolculuk yapanlar
 - Kronik karaciğer hastalığı
 - Homoseksüeller
 - İlaç kullananlar
 - Pıhtılaşma bozukluğu olanlar
 - Mesleki risk altında olanlar

Hepatit A Aşısının İstenmeyen Etkileri

- Aşı yerinde ağrı
- Aşı yerinde eritem
- Ateş
- Halsizlik dir.

Suçiçeği Aşısı

Varicella-zoster virüsünün hücre kültürlerinde attenüasyonu ile elde edilen canlı bir virüs aşısıdır. Deri altına uygulanır.

Aşı sonrası etkinlik;

- Bütün olgularda %80-90
- Ciddi hastalıkta %95-100dür.

Suçiçeği Aşılama Önerileri

1) Rutin aşılama: 2 dozdur.

- 1. doz: 12-15 ay arası
- 2. doz: 4-6 yaş arası

2) Daha önceden bir doz suçiçeği aşısı yapılan çocuk, ergen ve erişkinlere ikinci doz yakalama aşısının yapılması

3) 13 yaşın üzerinde sağlıklı, suçiçeği geçirmemiş aşısız bireylere rutin aşılama (2 doz; 4 hafta ara ile)

4) Prenatal değerlendirme ve doğum sonrası aşılama

5) HIV ile enfekte bireylerin aşılama (2 doz; 3 ay ara ile)

6) Okula girişte aşılanmanın gerekli olması

Suçiçeği Aşısına Bağlı İstenmeyen Etkiler

- Aşı yerinde hafif ağrı, kızarıklık
- Ateş
- Döküntüdür

Suçiçeği Aşısının Uygulanmasının Sakıncalı Olduğu Durumlar

- Aşı bileşenlerine karşı allerjisi olan bireyler
- Şiddetli immunbaskılanma
- Kortikosteroid tedavisi alan çocuklar
- İmmunglobulin ve kan ürünü alan çocuklar
- Salisilat kullanan çocuklar(Reye Sendromu nedeniyle)
- Gebelik

- **Aşı Yöntemleri**

- BCG aşısı sol üst kola ID ve 0.05 ml. olarak (Bir yaşından sonra 0.1 ml.) uygulanır.
- OPV aşısı 2 damla ağıza damlatarak uygulanır. 10 dakika içinde kusarsa yinelenir.
- Kızamık/ KKK aşıları 0,5 ml SC uygulanır.
- Hepatit B, Difteri, Boğmaca, Tetanoz , Hib , KPA aşıları 0,5 ml IM uygulanır. Aşı uygulama bölgesi bebeklerde uyluğun ½ üst dış kısmı, daha büyüklerde deltoid kasıdır.

Aynı Anda Birkaç Aşı Uygulanması

- İnaktif aşılar aynı anda değişik bölgelere uygulanabilir.
- Bir canlı bir inaktif aşı aynı anda farklı bölgelere uygulanabilir.
- Canlı aşılar aynı anda veya 1 ay ara ile uygulanabilirler.
- Bir canlı aşı ve bir immünglobülin aynı anda farklı bölgelere uygulanabilirler, ancak aşının 3 ay sonra tekrar edilmesi gerekir.
- İmmünglobülininden sonra canlı aşı uygulaması için 6 hafta beklenmelidir.
- Canlı aşı uygulamasından sonra immünglobülin uygulaması için 2 hafta geçmelidir.

Kaynaklar

- WHO. BCG vaccine. WHO position paper. *Weekly Epidemiol Rec* 2004; 79: 25-40.
- Forsyth KD. *Vaccine* 2007;25:2634-42
- WHO. *Conclusions and recommendations of the Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication, Geneva, 11-12 October 2006, Part I. Weekly Epidemiol Rec* 2006; 81: 453-464.
- Bryant KA et al. *6th International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Infections (ISPPD)*, 2008.
- Grimprel E et al. *48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting*, 2008
- Prymula R et al. *Lancet* 2006; 367(9512):740-8.
- WHO position paper on hepatitis A vaccines. *Weekly Epid Rec* 2000;75:38-44
- Van Herck et al. *J Med Virol* 2004;72:194-6
- Van Damme et al. *The Lancet* 2003;362:1065-71
- Seward JF et al. *Varicella Vaccine Effectiveness in the US Vaccination Program: A Review. J Infect Dis* 2008;197 Suppl 2; S82-S89
- Marin M et al. *MMWR* 2007; 56(RR-4):1-40
- Albrecht MA, et al. *Chickenpox. www.uptodate.com*
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu web sitesi, “Aşıyla Hastalıkları Aşıyoruz”, <http://www.thsk.gov.tr/tr/index.php/haberler/411-asiyla-hastaliklari-asiyoruz>, erişim tarihi: 20.11.2012
- Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2009/17, Ankara 2009
- Centers for Disease Control, How Vaccines Prevent Diseases, CDC web sitesi <http://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/howvdpd.htm#why>, Erişim Tarihi: 26.07.2012
- Şenol E., Aşı-Genel Kurallar, Erişkin ve Pediyatrik Aşılar El Kitabı, Ed. Şenol E., Ankara 2011

TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ

Prof. Dr. S. Songül Yalçın¹,

¹*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Ünitesi*

Öğrenim Hedefleri

1) Tamamlayıcı besinlere geçiş döneminin zamanı, çocuğun gelişim basamakları ile ilişkisi,

2) Tamamlayıcı besinlere nasıl, ne ile, ne kadar ve hangi ortamda başlanacağı konusunda bilgi sahibi olunması.

Tanım

“Tamamlayıcı beslenmeye geçiş” emzirilen bebeğin yaşına ve gelişim basamaklarına uygun yeni besin maddelerini alması, besin madde çeşitliliği sağlayarak dengeli ve yeterli beslenmesinin sağlanması, kendi kendini besleyebilir hale gelmesi ve sosyal toplum içinde bir birey olarak yerini alması demektir.

“Tamamlayıcı beslenmeye geçiş dönemi” bebeğin 6-23 aylık dönemini kapsayan bir süreçtir. Tamamlayıcı besinler, geçiş besinleri (süt çocuğu için özel hazırlanmış besinler) ve aile yemekleri (ailenin diğer fertlerinin sofrada tükettiği besinler) olmak üzere iki grupta incelenir. Uygun zamanda başlatılan ve kurallara uygun şekilde sürdürülen tamamlayıcı beslenme, bebeğin bir yaş civarında aile sofrasındaki yiyecekleri tüketebilecek olgunluğa ulaşmasını sağlar.

Sıklık

Her bebek ve çocuğun Çocuk Hakları Sözleşmesine göre sağlıklı besinleri alma hakkı vardır. Bununla birlikte, çocukların çok azı yeterli ve güvenilir tamamlayıcı besinlere ulaşmaktadır.

Etkileyen etmenler/nedenleri

Tamamlayıcı besinlere geçiş dönemi “ne zaman, ne, nasıl, ne kadar, kim vermeli” sorularının yanıtları ile biçimlenmektedir.

Ne zaman verilmeli?

Hayatın ilk 6 ayında bebek için tek başına anne sütü en uygun besinleri sağlar. Dört aydan küçük bebeklerde dil itme refleksi vardır ve ek besinlerin eşzamanlı yutulması için gerekli dil ve ağız hareketleri henüz gelişmemiştir. Bebeğin baş ve oromotor kontrolü, 4-5. aylarda gelişir. Bu dönemde, bebeğin gastrointestinal sisteminde nişasta sindirimi olgunlaşır. Bu nedenle, 6. ay ek besinlere başlamak için en uygun dönemdir. Çoğu bebek 6-8 aylıkken oturabilir, nesnelere ağızına götürebilir ve kap ve kaşık tutmaya başlayabilir. Çoğu bebek 7-9 aylıkken yiyeceklere dokunmaktan zevk almaya başlar, bu yaşta elle beslenmenin desteklenmesi önemlidir. Bebekler 15-18. aylarda kendi kendine kaşık ve kap kullanabilir. Olgun çiğneme hareketleri de genellikle 18. ayda gelişir. Çocuğun yaşa göre gelişim basamaklarına göre önerilen besin biçimi Tablo 1’de verilmiştir.

Anne sütü ile beslenen bebeklerde tamamlayıcı besinlere 4-6 aylar arası yerine, 6. ayda başlanması kararı 2001 yılı 54. Dünya Sağlık Toplantısında alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF tamamlayıcı besinlere 6. Ayda (26 hafta, 180 gün) başlanmasını önermektedir. Erken tamamlayıcı besinlere geçiş ile böbrek solüt yükünün artması, obesite, malnutrisyon, enfeksiyonlara yatkınlık, allerji ve aspirasyon gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir. Tamamlayıcı besinlere erken başlama ile anne sütü miktarı ve anne sütü verme süresi de azalır. Tamamlayıcı besinlere başlamanın geciktirilmesi ile bebeğin kilo alması ve büyümesinin yavaşladığı, malnutrisyon ve vitamin-mineral eksikliğinin ortaya çıktığı, bebeğin farklı tatlara alışmakta sorun yaşadığı, bebeğin çiğneme becerisinin geciktiği, allerji gelişme riskinin arttığı görülmüştür. Altıncı ayda geçiş besinleri başlanan süt çocuğunun değişik tat, lezzet, kıvamda besinlere alışması sağlanırken, aynı zamanda yeme işlevi gelişimine de destek olunur.

Tablo 1. Bebeğin gelişim basamakları ve beslenme biçimi

Yaş (ay)	Motor Gelişim	Oromotor Gelişim	Duygusal Gelişim	Önerilen Besin biçimi
0-5 ay	Emme arama refleksleri, baş kontrolü	Dil uzatma ve geri çekme hareketleri (anne memesine uyum)	Homeostaz ve Bağlanma	Anne sütü, emzirilme
6-8	Elden ele geçirme, destekli sonra desteksiz oturma	Kemirme, yalama, ezme	Araştırma	Püre kıvamında cam rendeden geçmiş
8-12	Kabı tutma, Parmaklarla kısıkaç yapma, besini ağzına götürme	Dilin yan hareketleri	Bağımsız araştırma	Parçacıklı püre kıvamında çatala ezilmiş
12-18	Yürüme, El-ağız uyumu	Çiğneme	Ayrılma	Katı kıvamlı kolay çiğnenebilen besinler (peynir, bisküvi, ekmek, makarna, meyveler, pişmiş sebzeler, etler)
18-24	Hareket kontrolü	Yan çiğneme, Isırma, Kesme	Özerklik	Bir önceki dönemden besinler ve yeni tatlar, çiğ sebze meyveler

Nasıl hazırlanmalı ve nasıl verilmeli?

Dünya Sağlık Örgütü bebeklere temiz ve güvenli besin sunulabilmesi için beş temel öneride bulunmaktadır;

- Temiz olun,
- Çiğ ve pişmiş besinleri ayrı tutun,
- Etkili pişirin,
- Besinleri güvenli ısılarda saklayın,
- Güvenli su ve çiğ malzeme kullanın.

Tamamlayıcı besinlere geçiş dönemi bebeklerin anneden geçen antikorlarının azaldığı ve enfeksiyonlara en yatkın oldukları dönemdir. Bu nedenle besinlerin temizlik kurallarına uygun olarak hazırlanması gereklidir. İnfeksiyon riskinin azaltılması bebeğe yemek

hazırlayanın kendi temizliğine dikkat etmesi, yiyeceklerin temizliği, besinlerin hazırlandığı ve verildiği kapların temizliği ile mümkündür. Bebek bakımını verenin el yıkaması, hem mikrobiyolojik hem de kimyasal kirliliğin önlenmesi için gereklidir. Bebek bakımını veren kişi elini hem yemek hazırlamadan önce hem de yedirmeden önce mutlaka su ve sabun ile yıkamalıdır. Yemek öncesi bebeğin de eli yıkanmalıdır.

Bebek beslenmesinde kolay yıkanabilen çelik, cam, porselen içeren kaşık, tabak ve bardak kullanılmalıdır. Kimyasal kirlilik riski nedeniyle plastik kaplar ve sırları kalkan porselen kaplar kullanılmamalıdır. Kullanılan eşyaları yüksek ısılarda yıkamak ve etkili durulamak mikrobiyolojik kirlilikten korunmak için gereklidir. Biberon. temizliğinin zor olması ve ishal riskini artırması nedeniyle bebek beslenmesinde önerilmemektedir.

Meyve ve sebzelerin bol suda yıkanması gerekir. Sebzeler kısık ateşte az su ile haşlanarak pişirilir. Etler sebzelerden ayrı, basınçlı olarak (düdüklü tencerede) pişirilir. Meyve-sebze pürelerinin hazırlanması için cam rende önerilir. Çelik rende cam rendeden daha fazla vitamin kaybına yol açar. Yıkanmış ve soyulmuş sebzeler pişirildikten sonra hemen tüketilmeli ya da oda ısısında iki saatten fazla bekletilmeden buzdolabına koyulmalıdır. Özellikle ilk ek besine geçildiği aylarda yemeklerin günlük olarak hazırlanıp ve yedirilmesi mikrobiyolojik kirlilik için iyi bir önlemdir. Bir öğünde artan besinin atılması ve diğer öğüne saklanmaması gerekmektedir.

Ek besine geçilen ilk 6-8 ayda bebekler için ayrı yemek hazırlanır ve püre kıvamında verilir (Tablo 1). Bebeğe verilecek yiyeceğin çok sulu olması, midesinin kalorisi düşük, hacmi yüksek sıvı ile hemen dolmasına neden olur. Kıvamın katı olması da bebeğin yutmasını zorlaştırabilir. Bebek 8 aylık olduktan sonra yiyecekleri yavaş yavaş çatalla ezilmiş pütürlü püre kıvamına hazırlanabilir. Altı-sekiz ayda parçacıklı katı yiyecekler yetersiz beslenmeye, 10. aydan sonra püre kıvamı ise hem obeziteye hem de yeme sorunlarına yol açar. Dokuzuncu aydan itibaren aile sofrasından bebek için uygun olan yiyecekler, ezilerek verilebilir, bir yaşından itibaren, sağlıklı ve dengeli beslenen bir ailenin sofrasından bebekler yemek yiyebilir. Üç yaşına kadar aspirasyon riskinin yüksek olması nedeniyle küçük ve sert (fındık, fıstık, leblebi vs.) besinlerden uzak durulmalıdır.

Ne kadar?

Başlangıçta yeni ek besin deneyimi tüketilen besin miktarından daha önemlidir. Ek besinler çocuk aç iken günde bir ya da iki öğünde sunulmaya başlanır. Bebek besinlere alışırken, tekli besinler karışık yiyeceklere tercih edilmelidir. Bir defada tek bir yeni besine başlanması ve herhangi bir yan etkiyi değerlendirmek için diğer ek besine başlamadan önce 3 gün artan miktarlarda (çay kaşığı, tatlı kaşığı, yemek kaşığı) denenmesi gerekir. Dördüncü gün daha önce denenler verilirken yeni bir ek besine daha başlanır. Ek besinler kaşık, tabak, bardak veya el ile verilebilir.

Sadece anne sütü ilk altı ayda enerji gereksiniminin tümünü karşılarken, 6-8 ayda 200 kcal/gün, 9-11 ayda 300 kcal/gün, 1-2 yaşta yaklaşık 550 kcal/gün kadar ek besin alması gerekir. Bebeklerin mide kapasiteleri yaklaşık 200 mL (30 mL/kg) kadardır. Bu durum bebeklere uygun enerji yoğunluğunda besinlerin gün içinde tekrarlayan öğünlerle verilmesini gerektirir. Öğün sayısı da çocuğun yaşına göre değişiklik göstermektedir. Buna göre 6-8 ayda 2-3 ana, 1-2 ara öğün ve dokuz aydan sonra da 3-4 ana, 1-2 ara öğün önerilir (Tablo 2). Anne sütü alan bebekler istediği zaman emzirilmeye devam edilir. Anne sütü almayan bebeklere aynı zamanda süt veya ek öğünlerin verilmesi gerekir.

Tablo 2. Anne sütüyle beslenen 6-23 ay çocuklar için tamamlayıcı beslenme konusunda öneriler

Yaş	Ek kalori gereksinimi	Besin özellikleri	Öğün sıklığı	Bir öğünde tüketilmesi gereken miktar	
				Enerji yoğunluğu: 0.8-1.0 kcal/g	Enerji yoğunluğu: 0.6 kcal/g
6-8 ay	200 kcal/gün	Yoğun püre halinde ya da iyice edilmiş	2-3 öğün/gün ve iştahına göre 1-2 atıştırma	2-3 tatlı kaşığı ile başlayıp 125 ml'ye artırma	2-3 tatlı kaşığı ile başlayıp 160 ml'ye artırma
9-11 ay	300 kcal/gün	İnce kesilmiş ya da ezilmiş ve partiküllü bebeğin eliyle alabileceği şekilde	3-4 öğün/gün ve iştahına göre 1-2 atıştırma	125 mL	190 mL
12-23 ay	550 kcal/gün	Aile mutfağı, gerekirse parçalanmış ya da ezilmiş olarak	3-4 öğün/gün ve iştahına göre 1-2 atıştırma	190 mL	250 mL

Ne verilmeli?

Tamamlayıcı besinler ailenin alabileceği, bebeğin yaşadığı toplum tarafından kabul gören besinler arasından seçilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen uygun tamamlayıcı besinlerin özellikleri Tablo 3'de verilmektedir.

Tablo 3. Uygun tamamlayıcı besinlerin özellikleri

Enerji, protein ve mikronütrient (özellikle demir, çinko, kalsiyum vitamin A, C ve folat) açısından zengin,
Baharatlı ve tuzlu olmayan,
Çocuk için yemesi kolay,
Çocuk tarafından sevilen,
Yöresel olarak bulunan ve alınabilen

UNICEF dengeli çocuk beslenmesini belirleyebilmek için yedi temel besin grubu tanımlamıştır (Tablo 4). Bu besin gruplarının en az dördünden her gün alınması önerilmektedir. Burada önerilen kabuklu yemişler pürelere katılarak verilebilir

Tablo 4. UNICEF'in belirlediği 6-23 ay arası çocuk beslenmesinin takibinde kullanılan 7 temel besin grubu

1. Tahıl, yumru ve kökler,
2. Baklagiller, Kabuklu yemişler (findık-ceviz vb.)

3. Süt ürünleri (süt, yoğurt, peynir)
4. Etler (kırmızı et, balık, kümes hayvanları ve karaciğer/organ etleri)
5. Yumurtalar
6. A vitamininden zengin meyve ve sebzeler
7. Diğer meyve ve sebzeler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) özellikle mikrobiyolojik kirliliği de göz önünde bulundurarak altıncı aydan sonra öncelikle fermente süt ürünlerinin (yoğurt, peynir) kullanılmasını önermektedir. İnek sütünün bebeğin ilk altı ayında verilmesi önerilmemektedir. Aynı zamanda, inek sütü demir içeriği düşük, protein ve sodyum içeriği yüksek, allerji ve gastrointestinal kanama yapma ve anemi oluşturma riski olması nedeni ile ilk başlanacak tamamlayıcı besinler arasında da değildir. İnek sütü Amerika ve İngiltere’de yaşamın ilk 1 yılından sonra, Kanada ve Danimarka’da 9. aydan sonra, İsveç’te ise 10. aydan sonra önerilmektedir. Ancak besinleri hazırlarken yumuşatmak için az miktarlarda pastörize süt kullanılabilir. Bir yaşında pastörize süt 500 ml verilebilir. Bir yaşından sonra süt tüketiminin 700 ml’nin üstüne çıkması da çocuğun diğer besin gruplarından almasını önleyerek dengeli beslenmesini bozar.

Hazır meyve sularının bebek beslenmesinde yeri yoktur. Taze sıkılmış meyve suları iyi bir C vitamini kaynağı olup bitki kaynaklı besinlerdeki demirin emilimini artırır. Bebeklere ana öğünlerden sonra az miktarda verilmesi besin biyoyararlılığı açısından önemlidir. Ancak fazla miktarda (günde toplam 200 ml’nin üstü) tüketilmesi anne sütünün yerini almasına ve besin değeri yüksek diğer besinlere karşı iştahsızlığa neden olabilmektedir. Bu nedenle meyve püresi tercih edilir. Bebeklerde ilk başlanacak meyve kış mevsimi için elma, yaz mevsimi için ise şeftalidir.

Çay ve bitki çayları demir emilimini azaltabilir ve süt çocukları ve küçük çocuklara önerilmez. Bal, bebeklerde mide asiditesinin yetersiz olması ve Clostridium botulinum sporları içerebileceği için bir yaşına kadar önerilmez. Yağlı balıklar ve derin su balıkları kimyasal kirlilik açısından risk taşımaları nedeni ile ilk tamamlayıcı besinler arasında yer almaz. Küçük ve genç balıklar kullanılabilir. Konserve yiyecekler bebek beslenmesinde önerilmez.

Üç yaşından küçük çocuklarda “çiğ havuç, tam üzüm, fındık ve yer fıstığı gibi yiyecekleri içeren sert, küresel, para şeklindeki yiyecek parçaları hava yolu tıkanıklığına yolaçabileceğinden verilmemesi gerekir.

Kim besleniyor?

Ek besin başlanacak kişi bebektir, anne ya da bakım veren değildir. Bu dönemin sonunda da “çocuğun kendi kendini besleyebilir” hale gelmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle beslenmede psikososyal ilişkinin sağlanması gerekmektedir.

Bebek dik ve yüzü çevreye bakacak şekilde oturtulmalıdır. Yatırılarak beslenme hem aspirasyon riski taşımakta hem de bebeğin çevre ile iletişimini engelleyip öğün üzerindeki kontrolünü ortadan kaldırarak yemek yemeye tepki duymasına neden olacaktır. Bebeğin karşısında, onun göz hizasında oturmalı ve göz teması kurulmalıdır. Bebekler beslenirken hem gözlenmeli hem de uygun yüz ifadesi ile çocuğun yemek yemesi desteklenmelidir. Bebeğin tabağı önüne koyulmalı ve yemek ile ilgili açıklama yapılmalı “şimdi sebze çorbamızı yiyeceğiz, içinde kabak, patates, pirinç var, ayyy çok da tatlıymış” ve anne bebeğin karşısında bebeğe yedirmeden önce, ayrı bir kaşıkla yemekten alıp tadına bakmalıdır. Bebeğin yiyeceklere dokunmasına, kendini beslemesine izin verilmelidir. Ev kirlenecek diye çocuğun besinleri incelemesine izin vermemek çocuğun bu gelişim basamağını geçmesini engelleyecektir. Bebeğin önüne de sekizinci ayda ayrı bir kaşık koyulmalı ve isterse

kullanması desteklenmelidir. Bebeğin yeme hızını kendinin belirlemesine izin verilmeli ve aceleci olunmamalıdır. Bebeğin açlık ve tokluk tepkileri dikkate alınmalı ve istemediği zaman zorlanmamalıdır. Bebek her öğünde aynı miktarda alacak diye bir kural yoktur. Bebeğin yeterli beslendiğinin en iyi göstergesi büyümesidir. Bebeğin sadece yediği miktarlar üzerinden sonuçlara varılmamalıdır.

Mevsiminde ve güvenilir besinler arasından bebeğe yiyecek sunulmalı ve bebeğin o tadı sevme/reddetme tepkisine saygı duyulmalıdır. Bebek bir besini reddederse aynı besin grubundan diğer besinler denenmelidir. Reddedilen besin farklı zamanda, daha farklı lezzet, içerik ve şekilde sunulmalıdır. Bazen bir tada alışmak için on kez denemek gerekebilir.

Çevresel uyarının en az olduğu yerde bebeğin yemeği yedirilir. Bebeğin yiyeceğe olan ilgi ve dikkatinin kaybolmasına neden olacak, konuşma, davranışlar ve çevresel uyarandan (televizyon, gibi) kaçınılmalıdır. Bebeğin dikkatini tamamen başka bir konuya odaklayarak yemek yedirilmesi ya bebeğin ek besinleri hep reddetmesine ya da şişmanlığa zemin hazırlayacaktır.

Bebeği önce istekli olduğu zamanlarda besleyerek besinlere alışması sağlanmalıdır ve daha sonra belli bir öğün düzeninde beslenmelidir. Beslenme öğünleri aynı zamanda öğrenme ve sevgi öğünleridir. Bebekle yumuşak ve destekleyici bir ses tonu ile konuşulmalıdır. Bebekler en iyi hem kontrol edebildikleri hem de desteklendikleri ortamlarda beslenirler.

Tanı göstergeleri : Klinik ve laboratuvar

DSÖ ve UNICEF sağlık çalışanları için 40 saatlik “Emzirme Danışmanlığı” ve beş günlük “Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi” eğitim programlarını geliştirmiştir. Bu rehberler beslenme danışmanlığında kullanılabilir. DSÖ ve UNICEF toplumda “Bebek ve küçük çocuk beslenmesi” (Infant and Young Child Feeding, IYCF) değerlendirme göstergelerini 2008 yılında gözden geçirerek 8 ana gösterge belirlemiştir. Ana göstergelerin altısı 6-24 ay beslenmesini takip için kullanılmaktadır. Bu göstergeler ilk yıl içinde emzirmeye devam etme, 6-8 aylık çocuklarda tamamlayıcı besinlere başlanma, diyet çeşitliliği, diyet sıklığı, demirden zengin besin tüketimi durumlarını içermektedir (Tablo 5). Toplumda ikinci yıl emzirilmenin devamı, yaşa uygun emzirilme durumu, emzirilme süresi, biberon alım durumu ve emzirilmeyen bebeklerde süt verilme durumu oranları da isteğe bağlı göstergeler arasındadır.

Tablo 5. UNICEF/DSÖ “Bebek ve küçük çocuk beslenmesi ana değe tamamlayıcı beslenme değerlendirme göstergeleri

Değerlendirme göstergesi	Yöntem
Emzirmenin erken başlanması	Son 24 ay içinde doğmuş çocukların ilk bir saat içinde memeye verilme oranları ile hesaplanır
İlk altı ay sadece anne sütü	Sadece anne sütü alan 0-5 aylık çocuk oranı ile hesaplanır.
Bir yaşında emzirmeye devam etme	12-15 aylık halen emzirilen çocuk oranı ile hesaplanır.
Tamamlayıcı besinlerin başlanması	Katı, yarı katı, yumuşak besinlerin başlandığı 6-8 aylık çocuk oranı ile belirlenir.
En az alınacak diyet çeşitliliği	Çocukların günlük diyetlerinde olması gereken yedi besin grubundan (Tablo 3) en az dördünü alan 6-23 aylık çocuk oranı ile takip edilir.
En az alınacak diyet sıklığı	Katı, yarı katı, yumuşak besinleri içeren öğünlerin

	emzirilen 6-8 aylık bebeklerde 2, 9-23 aylık çocuklarda 3, anne sütü almayan 6-23 aylık bebeklerde 4'ün üzerinde olma oranı ile hesaplanır.
En az kabul edilebilir diyet	6-23 aylık bebeklerde en az diyet sıklığı ve en az diyet çeşitliliğini sağlayan çocuk oranı ile belirlenir.
Demirden zengin ya da demir ile zenginleştirilmiş besin tüketimi	Bebek ve küçük çocuklar için hazırlanmış demirden zengin ya da demir ile zenginleştirilmiş besin ya da evde zenginleştirilmiş besin alan 6-23 aylık çocuk oranı ile hesaplanır.

Korunma ve Tedavi

Çocuklarda beslenme sorunları çoğunlukla tıbbi nedenler, uygun olmayan besin seçimi ve uygun olmayan beslenme dinamikleri nedeni ile görülmektedir. Ek besinlere geçişte yapılan hatalar çocuğun katı yiyecekleri yutamaması, iştahsızlık, yanlış beslenme, zayıflık-şişmanlık, sık ishal atakları olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk altı aylıkken anneye verilen beslenme danışmanlığı ailenin bu sorunları yaşamasını önleyecektir. Daha sonra da çocuk sağlığı izlemlerinde besin içeriği ve beslenme dinamiklerinin sorgulanması var olan sorunların belirlenmesini sağlayarak malnutrisyon ya da obesite gelişmesini önler. Malnutrisyon ya da obesite ile başvuran olgularda öğün içeriği, sıklığı ve beslenme dinamikleri incelenerek altta yatan sorun belirlenebilir ve sağaltılabilir.

Sonuç ve Özet

- İlk altı ay tek başına anne sütü verilmeli, 6. ayda (180. gün) anne sütü ile beslenmeye devam ederken tamamlayıcı besinler başlanmalıdır. En az iki yaşına kadar emzirme sürdürülmelidir.
- Tamamlayıcı besinler bebek altı aylık olduğunda az miktarda başlanmalı ve çocuk büyüdükçe miktar artırılmalı, bu arada emzirme devam etmelidir. Sağlıklı bir çocuk anne sütünün yanı sıra 6-8 ay arası 2-3 öğün/gün, 9-23 ay arası 3-4 öğün/gün almalıdır. Çocuğun isteğine göre 1-2 ara öğün verilebilir. Yiyeceklerin kıvamını (püre, çatal ezmesi, eline verme) da bebeğin yaşına ve gelişimine göre düzenlemeli ve bebek büyüdükçe kıvam koyulaştırılmalıdır.
- Bebeğin psikososyal özellikleri göz önüne alınarak çocuğun tepkilerine (açlık, tokluk, beğenme, susama gibi) duyarlı beslenme programı uygulanmalıdır.
- Temizlik kurallarına ve sağlıklı besin saklama kurallarına uyulmalı, temizliği zor olan biberon kullanımından kaçınılmalıdır.
- Yöresel bulunan, evde hazırlanan çeşitli besinlerle enerji, protein ve mineral gereksinimi karşılanmalıdır. Bu nedenle kırmızı et, tavuk eti, balık ya da yumurta günlük ya da olabildiğince sık verilmelidir. Gerektiğinde zenginleştirilmiş besinler kullanılabilir ve vitamin-mineral desteği yapılabilir.
- Hastalıklar sırasında çocuğun sıvı alımı, emzirme sıklığı artırılmalıdır. Bu dönemlerde çocuğa sevdiği ve kolay yutabileceği besinler verilmelidir. İyileşme döneminde de hastalık süresi kadar enerjiden zengin bir ek öğün verilmelidir.

Kaynaklar

- Canadian Paediatric Society. Feeding your baby in the first year. 2013. Retrieved from: http://www.caringforkids.cps.ca/handouts/feeding_your_baby_in_the_first_year
- Engle PL, Pelto GH. Responsive feeding: Implications for policy and program implementation. *J Nutr* 2011;141: 508-511.
- PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Health Organization. 2003.
- Sachs M. Baby-led weaning and current UK recommendations - Are they compatible? *Matern Child Nutr* 2011;7:1-2.
- WHO, UNICEF. Global strategy for infants and young child feeding. Geneva: World Health Organization. 2003.
- WHO. Infant and young child feeding (model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals). Geneva: World Health Organization. 2009.



Türkiye Millî Pediatri Derneği
1958



TÜRKİYE MİLLİ PEDIATRİ DERNEĞİ

Cinnah Caddesi 35/6 Çankaya-Ankara
Tel: 0312 438 19 34 Faks: 0312 438 19 35
Web: www.millipediatri.org.tr

SOSYAL PEDIATRİ DERNEĞİ

Prof. Dr. Nusret Fisek Cad. 1451 Sok. No:5
Alsancak-İzmir
Web: www.sosyalpediatri.org.tr