

BEBEK, ÇOCUK, ERGEN İZLEM PROTOKOLLERİ



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



BEBEK, ÇOCUK, ERGEN

İZLEM PROTOKOLLERİ

Ankara
2018

Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri
T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Ankara, 2018

ISBN : 978-975-590-705-5
Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1112

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır. Her türlü yayın hakkı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeden kısmen dahi olsa alıntı yapılamaz, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında "Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, yayın no, basıldığı il ve yayımlandığı tarih" belirtilmelidir.
Ücretsizdir. Parayla satılamaz.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayın Komisyonu

Uzm. Dr. Hasan IRMAK
Doç. Dr. Nazan YARDIM
Dr. Kanuni KEKLİK
Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼

BEBEK, ÇOCUK, ERGEN İZLEM PROTOKOLLERİ

Ankara
2018

Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri

T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Ankara, 2018

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır. Her türlü yayın hakkı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeden kısmen dahi olsa alıntı yapılamaz, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz.
Ücretsizdir. Parayla satılmaz.

Bu rehber;

Çocuk Nefroloji Derneği
Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği
Gelişimsel Pediatri Derneği
Sosyal Pediatri Derneği
Türk Neonatoloji Derneği
ve
Türk Oftalmoloji Derneği'nin
bilimsel katkıları ile hazırlanmıştır.

Diğer Katkıda Bulunanlar

Prof. Dr. Ateş KARA
Prof. Dr. Songül YALÇIN

Editörler

Başak TEZEL
Şirin AYDIN

SUNUŞ

Çocuklar, bir ülkenin geleceği ve umudu olmalarının yanı sıra, toplumun en kırılgan grubunu da oluşturmaktadırlar. Bu nedenle en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması, büyümeleri ve gelişmeleri için en uygun ortamın hazırlanması, geleceğe dönük fiziksel, ruhsal ve zihinsel donanımlarının en üst düzeyde oluşturulması ülkenin geleceği açısından yaşamsal önem taşımaktadır. Bu görevler, ayrıca anayasa ve yasalarla da ilgili kişi ve kurumlara yüklenmiştir.

Günümüz tıp kavramında kendini göstermeye başlayan ve hasta/hasta yakını katılımını da içeren “sağlık hizmetinin birlikte üretilmesi” sürecinde bütüncül ve olabildiğince çok sağlık sorununu kapsayan bir yaklaşıma gereksinim duyulmaktadır. Bugün çocuk sağlığına yönelik programların temel hedefi artık yalnızca ölümleri önlemekten çıkıp, giderek sağlık sorunlarının yarattığı diğer olumsuzlukları da önlemek ve gidermek olmaktadır. Bu amaçla sağlık hizmet sunumuna eskiye oranla daha farklı bir bakışla ve kapsamlı olarak yaklaşmak gerekmektedir.

Ülkemizde çocuklara yönelik birçok koruyucu ve geliştirici etkinlik yürütölmektedir. Sağlık alanındaki etkinlikler de temel olarak Bakanlığımız bünyesinde ve/veya eşgüdümünde gerçekleştirilmektedir. Yürütölen birçok program ve projenin ortak hedefi daha mutlu yarımlar için daha sağlıklı nesiller olmuştur. Bu programların büyük bölümü temel amacı zaten koruyucu sağlık hizmetleri olan 1. basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmaktadır.

Bu kitap özellikle 1. basamak sağlık çalışanlarımızın bebek ve çocuk izlemleri sırasında standart ve bütüncül bir yaklaşım içerisinde hizmet sunumuna yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır. Yararlı olması dileğiyle çalışmada emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Doç. Dr. Fatih KARA
Halk Sağlığı Genel Müdürü

GİRİŞ

Burada yer alan akış şemaları ve yönergeler sağlık personelinin “Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri”nin uygulanması sırasında kullanılmak üzere başvuru kaynağı olarak oluşturulmuştur.

Bu metinler; Bakanlık politikaları ve Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri doğrultusunda, Çocuk Nefroloji Derneği, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Gelişimsel Pediatri Derneği, Sosyal Pediatri Derneği, Türk Neonatoloji Derneği ve Türk Oftalmoloji Derneği’nin bilimsel katkıları ile hazırlanmıştır.

Akış şemalarında “Sınıflama” başlığı altında belirtilen durumlar ve hastalıklar, özel hastalık tanıları değildir, bunlar tedavinin belirlenmesini sağlayan kategorilerdir ve hastalığın şiddetine karar verilmesi demektir. Çocuğun ana semptomlarının her biri için, hastalığın şiddetini gösteren bir kategori ya da bir “sınıflama” verilmiştir.

Çizelgeler her bir sınıflama için uygun tedaviyi önerirler. Bu süreci uygularken, çizelgeden bir sınıflamanın seçilmesi, çocuk için bir “tedavi belirlemenizi” sağlar. Örneğin, ÇOK AĞIR ATEŞLİ HASTALIK diye sınıflanmış bir çocukta menenjit ya da septisemi olabilir. ÇOK AĞIR ATEŞLİ HASTALIK için sıralanmış olan tedaviler uygun olacaktır çünkü bunlar bu sınıflamanın içerdiği en önemli hastalıkları tedavi etmek üzere seçilmişlerdir.

Yönergeler; protokollerde yapılması istenen işlemlerle ilgili detaylı bilgiler içermektedir.

Bu rehberin tüm sağlık personelimize yardımcı olması, bebek ve çocuk sağlığına katkı sağlaması dileklerimizle...

Yenidoğmuş Bebeğin Değerlendirilmesi	16
Doğumdan Sonraki İlk Hafta İçinde Yenidoğanın Değerlendirilmesi.....	20
15. - 41. Gün ve 2. Ay İzlemleri	24
3.– 4. Ay İzlemleri	28
6., 9. ve 12. Ay İzlemleri	32
13 -36 Ay Arası ocuk İzlemleri	36
4- 6 Yaş Arası ocuk İzlemleri	40
7-9 Yaş Arası ocuk İzlemleri	44
10-21 Yaş Arası Ergen/Genç İzlemleri	48
Bebek-ocuk ve Ergen İzlemleri zet Tablo	53
Akiş Şemaları.....	56
Yönergeler	114
Anafilaksi	230
Kaynaklar	239

İÇİNDEKİLER**SAYFA**

YENİDOĞMUŞ BEBEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ	16
DOĞUMDAN SONRAKİ İLK HAFTA İÇİNDE YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ	20
15. - 41. GÜN VE 2. AY İZLEMLERİ	24
3.- 4. AY İZLEMLERİ	28
6., 9. ve 12. AY İZLEMLERİ	32
13 -36 AY ARASI ÇOCUK İZLEMLERİ	36
4- 6 YAŞ ARASI ÇOCUK İZLEMLERİ	40
7-9 YAŞ ARASI ÇOCUK İZLEMLERİ	44
10-21 YAŞ ARASI ERGEN/GENÇ İZLEMLERİ	48
ÖZET TABLO	53
AKIŞ ŞEMALARI	
AŞ 1. Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP)	56
AŞ 2. Doğum Travması ve Doğuştan Anomaliler	57
AŞ 3. Doğumdan Sonra Geç Preterm ve Term SGA, Diabetik Anne Bebeği ve LGA Olan Asemptomatik Bebeklerde Hipoglisemi Taraması	58
AŞ 4. Sepsisin Değerlendirilmesi	
a. Sepsis için klinik belirtisi olan bebeğe yaklaşım (erken ya da geç sepsis için)	59
b. Belirtisi olmayan, erken sepsis risk etmeni bulunan bebeğe yaklaşım	60
c. Belirtisi olmayan ancak sepsis risk etmeni olan ve antibiyotik tedavisine başlanan bebeğin izlemi	61
AŞ 5. Bebeğin Sarılık Taraması ve Risk Durumuna Göre Sonraki İzlem Planı	62
AŞ 6. Yenidoğan Tarama Programı Akış Şemaları	
a. Fenilketonüri Sonuç Değerlendirme	65
b. Konjenital Hipotiroidi Sonuç Değerlendirme	66
c. Biotinidaz Eksikliği Sonuç Değerlendirme	67
d. Kistik Fibrozis Sonuç Değerlendirme	68
AŞ 7. Görme Taraması Programı Akış Şemaları	
a. 0-3 Ay Bebekler İçin Göz Muayenesi	69
b. 36-48 Ay Çocuklar İçin Görme Muayenesi	70
c. İlköğretim 1. Sınıflar İçin Görme Muayenesi	71
AŞ 8. Yenidoğan Konjenital Kalp Hastalığı Tarama Şeması	72
AŞ 9. Gelişimsel Kalça Displazisi Akış Şeması	73
AŞ 10. Emzirme	
a. Emzirmenin Değerlendirilmesi	75
b. Emzirme Danışmanlığı	76
AŞ 11. Yenidoğanın Değerlendirilmesi	77
AŞ 12. Cilt Muayenesi	81
AŞ 13. Baş-Boyun Muayenesi	82
AŞ 14. Üreme Organlarının Muayenesi	83
AŞ 15. Gelişimi İzleme Rehberi	84
AŞ 16. Gelişimin Desteklenmesi	
a. Gelişimi Destekleme Rehberi	88
b. Bebek-Çocuk Gelişimi İçin Bakım Önerileri ve Aile Danışmanlığı	90
AŞ 17. 1 - 2 Ay Arasındaki Küçük Bebeğin Değerlendirilmesi, Sınıflanması ve Tedavisi	93
AŞ 18. İshal Tedavi Planlaması	96
AŞ 19. 2 Ay - 5 Yaş Arasındaki Çocuğun Değerlendirilmesi ve Sınıflanması	100
AŞ 20. Demir Desteğinin ve Programın Uygulanması, Prematüre ya da Düşük	

Doğum Ağırlıklı Bebekler İçin Demir Desteği	106
AŞ 21. 4-12 Ay Term Bebekler İçin Demir Desteği ve Anemi Tedavisi	108
AŞ 22. 13-24 Aylık Çocuklar İçin Demir Desteği ve Anemi Tedavisi	109
AŞ 23. Çocuğun otizm spektrum bozukluğu değerlendirmesi ve risk durumuna göre sonraki yönlendirme planı	110
AŞ 24. Kan Basıncı Yüksek Saptanan Çocuğa Yaklaşım	111
YÖNERGELER	
Y 1. Apgar Skoru	114
Y 2. Göbek ve Göz Bakımı	115
Y 3. Büyümenin Değerlendirilmesi.....	116
Y 4. Yenidoğan Refleksleri	134
Y 5. Ateş	136
Y 6. Yenidoğan Tarama Programı İçin Kan Alma	137
Y 7. Çocukluk Çağı Aşı Takvimi	139
Y 8. İşitme Taraması	140
Y 9. Görme Taraması	
a. Çocuk Göz Sağlığı Taramasında Kullanılması Önerilen Yöntemler	142
b. Çocukluk Çağındaki Normal Görme Gelişimi	145
Y 10. Bebek Bakımı	146
Y 11. El Temizliği	148
Y 12. Kazalar	
a. Çocuklarda Yaralanmaya Neden Olan Kazalar ve Korunma	149
b. Taşıt Güvenliği	159
Y 13. Hasta-Hekim İletişimi	160
Y 14. Uyku	161
Y 15. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) Uygulama Kılavuzu	163
Y 16. D Vitamini Desteğinin ve Programın Uygulanması	171
Y 17. Aşırı Ağlayan Bebeğe Yaklaşım	174
Y 18. İdrar Yolu Enfeksiyonları	176
Y 19. Gelişimsel Kalça Displazisi	180
Y 20. Çocuk İhmal ve İstismarı	
a. Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Risk Etmenleri	182
b. Fizik Muayenede İstismarı Düşündüren Bulgular	183
Y 21. Diş Sağlığı	184
Y 22. Tamamlayıcı Beslenme	187
Y 23. Doğru Beslenme Alışkanlığı Kazandırma	189
Y 24. Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi	192
Y 25. Çocuklarda Hipertansiyon	194
Y 26. Hiperlipidemi	200
Y 27. Tuvalet Eğitimi	202
Y 28. Fizik Aktivite	204
Y 29. Çocuk ve Ergenlerde Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi	205
Y 30. Okul Öncesi Çocuklarda Beslenme	211
Y 31. Kas-iskelet Sistemi Muayenesi	213
Y 32. Okul Çağı Çocuklarda Beslenme	215
Y 33. Gençlerin İzleminde Hasta-Hekim İletişimi	217

Y 34. Ergenlerde Psikososyal Öykü-Görüşme	218
Y 35. Ergenlerde Boyun Değerlendirilmesi	221
Y 36. Tanner Evrelemesi	223
Y 37. Pubertal Sorunlara Yaklaşım	225
Y 38. Ergenlerde Fizik Aktivite	227
ANAFİLAKSİ	
Anafilaksi	230
Anafilaksi Tanı Kriterleri	231
Anafilaksi Tedavi Akış Şeması	232
Epinefrin Otoenjektör Bulundurma Endikasyonları	234
Epinefrin Otoenjektör Kullanımı	235
KAYNAKLAR	239

Yenidoğmuş Bebeğin Değerlendirilmesi

YENİ DOĞMUŞ BEBEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

I. Doğum Anı ve Doğumun Hemen Sonrası

- Akış Şeması 1'e (AŞ1) bakınız
- 1 ve 5. dakikada Apgar değerlendirmesi yapın (Y1)

II. Bebek Stabilize Olduktan Sonra

- Bebeğin göbek ve göz bakımını yapın (Y2)
- 1 mg IM K vitamini uygulayın
- Bebeğin baş çevresini ölçün, tartın, boyunu ölçün (Y3)
- Bebekte doğuştan anomali olup olmadığına bakın (AŞ2)
- Solunumu değerlendirin; takipne, düzensiz solunum, apne, inleme, burun kanadı solunumu ve çekilme olup olmadığına bakın
- Cildi gözden geçirin; sarılık, solukluk, morluk, şişlik, ödem ve döküntü açısından değerlendirin
- Hareketlerini ve tonusunu değerlendirin; normal ve simetrik mi bakın
- Yenidoğan reflekslerini değerlendirin (Y4)
- Bebeğin hipoglisemi (AŞ3), sepsis (AŞ4a-c) ve sarılık (AŞ5) için risk değerlendirmesini yapıp uygun önlemleri alın (Rh ve ABO uyumsuzluğu var mı?, annede 18 saati geçen EMR, koriyoamniyonit öyküsü var mı?, bebek gebelik haftasına göre küçük ya da büyük mü, preterm mi, annede diyabet var mı?).
- Bebek soğuk ya da sıcak hissediliyorsa vücut ısısını ölçün (Y5). Bebeğin ısısını kaybetmesini önlemek için bebeği giydirin
- Mümkün olan en kısa sürede anne sütü alması için anneyle tensel temasını ve emzirilmesini sağlayın

III. Taburculuk Öncesi: Doğum şekline göre anne ve bebek; normal vajinal doğumdan sonra 24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48 saat hastanede kalmalıdır. Bebek taburcu edilmeden önce mutlaka aşağıdaki kontrol listesine göre değerlendirin, kriterleri karşılayıp karşılamadığına bakın. Taburculuk için değerlendirmede her anne ve bebek çifti bireysel olarak değerlendirilmelidir.

1. Bebeğin klinik gidiş ve fizik muayenesinde yeniden hastaneye yatışı gerektirecek anormallik olmamalı
2. Bebeğin vital bulgularının normal sınırlarda ve 12 saattir stabil olduğu kaydedilmiş olmalı (Bu sınırlar solunum hızı için 30- 60/dk, kalp hızı için 100-160/dk ve aksiller vücut ısısı için bebek açık yataкта ve giyinik iken 36,5-37,4 °C)
3. Bebeğin düzenli olarak idrar yaptığı ve en az bir mekonyum çıkışının olduğu gözlenmiş olmalı
4. Bebeğin emme-yutma ve nefes alma koordinasyonunu sağlayabildiğinin görüldüğü en az 2 ardışık başarılı emzirme yapılmış olmalı
5. Annenin risk faktörlerine göre sepsis için yeterince değerlendirilmiş ve izlenmiş olmalı (AŞ4)
6. Yenidoğan Tarama Programı (NTP) için kanı alınmış olmalı (Y6, AŞ6)
7. Hepatit B aşısı yapılmış olmalı (Y7)
8. Bebeğin sarılık taraması yapılmış ve risk durumuna göre sonraki izlem planı yapılmış olmalı (AŞ5)
9. İştme taraması yapılmış ya da planlanmış olmalı (Y8)
10. Bebeğin görmesi değerlendirilmiş olmalı (Y9a, AŞ7a)

11. Saturasyon değerlendirilmiş olmalı (Aş8)
12. GKD için bilinen risk faktörlerinden herhangi biri pozitif ise kalça ultrasonografisi için randevu alınmalı, risk faktörü yok ise 3-4 haftalık iken tarama için aile hekimine yönlendirilmeli (Aş9)
13. Annenin, emzirme, anne sütünün önemi, yeterli idrar ve gaita miktarı, göbek ve hijyen bakımı, sarılık, önemli hastalık bulguları ve bebek güvenliği ile ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olduğu değerlendirilmeli
Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin
 - Emzirme (Aş10a-b)
 - Göbek bakımı (Y2), bebek bakımı (Y10), el yıkama (Y11)
 - Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs)
 - Kazalardan korunma (Y12a-b)
 - Aile planlaması
14. Aile, çevre ve sosyal risk faktörleri değerlendirilmeli, gerekirse bu risk faktörleri ortadan kalkana kadar taburculuk geciktirilmeli

IV. Bebek ve anne kurumdan ayrılmadan önce:

- Bulgularınızı bebeğin kayıtlarına işleyin
- Aileye aşı kartını düzenleyip verin
- Aileye doğum raporunu hazırlayıp verin
- Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin
- Bebeğin doğumdan sonraki ilk hafta içinde kontrol için Aile Hekimine başvurmasını söyleyin

Doğumdan Sonraki İlk Hafta İçinde Yenidoğanın Değerlendirilmesi

DOĞUMDAN SONRAKİ İLK HAFTA İÇİNDE YENİDOĞANIN İZLEMİ

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Bebeğin tanımlayıcı bilgilerini, annenin gebelik öyküsünü ve bebeğin doğumu ile ilgili bilgilerini kayıt sistemine girin
- Emzirmenin nasıl gittiğini sorgulayın
- Bebeğin doğar doğmaz Hepatit B aşısının yapıp yapılmadığını sorgulayın (Y7)
- Yenidoğan taraması için topuğundan kan alınıp alınmadığını sorgulayın (Y6)
- Yenidoğan işitme taraması yapıp yapılmadığını sorgulayın (Y8)

III. Bebeği AŞ11'e göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin
- Bebeğin genel görünümüne bakın
 - Hareketli mi?
 - Canlı bir sesle ağlıyor mu?
Yanıtınız hayır ise bebekte ciddi bir hastalık varlığını gösterir Enfeksiyon ve hipoglisemi başta olmak üzere nörolojik ve metabolik diğer nedenlerin araştırılması için sevk edin
- Doğuştan bir anomalisi var mı değerlendirin (AŞ2)
- Cildi muayene edin (AŞ12)
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7a)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)

V. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme (AŞ10a-b)
- Göbek bakımı (Y2)
- Bebek bakımı (Y10)
- Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Uyku (Y14)
- El yıkama (Y11)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Aşılamanın önemi ve hastalıklardan korunma
- Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs)

VI. Bebeğin gelişimini “Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi”ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

VII. Annenin lohusa izlemine yapın

- Annenin kendisi için Demir ve D vitamini kullanma durumunu sorgulayın
- Hemogloblin ölçümü yapın
- Kan basıncı ölçümü yapın
- Ateş ölçümü yapın
- Kanama kontrolü yapın
- Anneye AP danışmanlığı verin

VIII. Bebeğe ücretsiz D vitamini verin ve bilgilendirme yapın (Y16)

IX. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

X. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ11)

XI. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XII. Bebek 15 günlükken kontrol için çağırın

**15. - 41. Gün ve
2. Ay İzlemleri**

15. - 41. GÜN ve 2. AY İZLEMLERİ

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde bebeğin eksik bilgilerini tamamlayın
- Aşırı ağlama açısından bebeği değerlendirin (Y17)
- Bebeğin aşılarını sorgulayın. Aşısız ya da eksik aşıli ise aşılarını tamamlayın (Y7)
- Yenidoğan taramalarını sorgulayın (Y6, Y8)
- D vitamini kullanma durumunu sorgulayın (Y16)

III. Bebeği yaşına göre AŞ 11 ya da AŞ17 ya da AŞ 19'a göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin (arka fontanel ilk 6-8 haftada kapanır)
- Bebeğin genel görünümüne bakın
 - Hareketli mi?
 - Canlı bir sesle ağlıyor mu?
Yanıtınız hayır ise bebekte ciddi bir hastalık varlığını gösteren enfeksiyon ve hipoglisemi başta olmak üzere nörolojik ve metabolik diğer nedenlerin araştırılması için sevk edin
- Doğuştan bir anomalisi var mı değerlendirin (AŞ2)
- Cildi muayene edin (AŞ12) Term bebeklerde 2 hafta, preterm bebeklerde 3 haftayı geçtiği halde bebek halen sarı görünüyorsa uzamış sarılık araştırması için uzmana yönlendirin
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7a)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

V. 41.gün izleminde GKD taramasını yapın (Y19, AŞ9)

VI. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VII. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VIII. Bebeğin gelişimini "Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi"ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

- IX. Bebek prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı ise ve daha önce başlanmamışsa uygun yönergeleri kullanarak bebeğe profilaktik demir başlayın (AŞ20)**
- X. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin**
- Emzirme (AŞ10a-b)
 - Bebek bakımı (Y10)
 - Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
 - Uyku (Y14)
 - El yıkama (Y11)
 - Kazalardan korunma (Y12a-b)
 - Aile Planlaması
- XI. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin**
- XII. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönelere göre hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ11,17-19)**
- XIII. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin**
- XIV. Kontrol için randevu tarihini belirleyin (15 günlük bebek 41. gün, 41 günlük bebek 2. ay, 2 aylık bebek 3. ay izlemi için çağrılacaktır)**

3. – 4. Ay İzlemleri

3. – 4. AY İZLEMLERİ

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde bebeğin eksik bilgilerini tamamlayın
- Emzirmenin nasıl gittiğini sorun
- Aşırı ağlama açısından bebeği değerlendirin (Y17)
- Bebeğin aşılarını sorgulayın. Aşısız ya da eksik aşı ise aşılarını tamamlayın (Y7)
- D vitamini kullanma durumunu sorgulayın (Y16)
- GKD taramasını sorgulayın (Y19-AŞ9)

III. Bebeği AŞ 19'a göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin (arka fontanel ilk 6-8 haftada kapanır)
- Bebeğin genel görünümüne bakın
 - Hareketli mi?
 - Canlı bir sesle ağlıyor mu?
Yanıtınız hayır ise bebekte ciddi bir hastalık varlığını gösterir Enfeksiyon ve hipoglisemi başta olmak üzere nörolojik ve metabolik diğer nedenlerin araştırılması için sevk edin
- Cildi muayene edin (AŞ12)
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7a)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

V. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VI. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VII. Bebeğin gelişimini "Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi"ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

VIII. Bebeği anemi yönünden değerlendirin (AŞ21)

- Anemisi varsa uygun yönergeleri kullanarak tedavi dozunda demir başlayın
- Anemisi yoksa 4. aydan itibaren uygun yönergeleri kullanarak profilaktik dozda ücretsiz demir damlası verin

IX. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme (AŞ10a-b)
- Bebek bakımı (Y10)
- Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Uyku (Y14)
- El yıkama (Y11)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Diş sağlığı (Y21)
- Aile Planlaması

X. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

XI. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ17-19)

XII. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XIII. Kontrol için randevu tarihini belirleyin (3 aylık bebek 4 Aylık olduğunda, 4 aylık olan bebek 6 aylık olduğunda kontrole çağrılacaktır)

6., 9. ve 12. Ay İzlemleri

6., 9. ve 12. AY İZLEMLERİ

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde bebeğin eksik bilgilerini tamamlayın
- Emzirmenin nasıl gittiğini sorun
- Bebeğin aşılarını sorgulayın. Aşısız ya da eksik aşı ise aşılarını tamamlayın (Y7)
- D vitamini kullanma durumunu sorgulayın (Y16)
- Demir kullanma durumunu sorgulayın (AŞ20-21)

III. Bebeği AŞ 19'a göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin (arka fontanel ilk 6-8 haftada kapanır)
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

V. 9. ay izleminde bebeğin anemisini değerlendirmek amacıyla Hb ve/veya Htc ölçümü yapın ve sonucunu sisteme kaydedin

VI. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VII. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VIII. Bebeğin gelişimini "Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi"ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

IX. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme, tamamlayıcı beslenme (Y22) ve beslenme alışkanlığı kazandırma (Y23)
- Bebek bakımı (Y10)
- Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Uyku (Y14)
- El yıkama (Y11)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Diş sağlığı (Y21)
- Aile Planlaması

- X. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin**
- XI. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ18-19)**
- XII. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin**
- XIII. Kontrol için 3 ay sonraya randevu verin**

13 -36 Ay Arası Çocuk İzlemleri

13 -36 AY ARASI ÇOCUK İZLEMLERİ

Bu dönemde 6 ayda bir kontrol yapılır.

- I. **Anneyi ve çocuğu karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)**
- II. **Sorun:**
 - Kayıt sisteminde çocuğun eksik bilgilerini tamamlayın
 - Emzirmenin nasıl gittiğini sorun
 - Çocuğun aşılarını sorgulayın. Aşısız ya da eksik aşı ile aşılarını tamamlayın (Y7)
 - Çocuğu anemi yönünden değerlendirin (AŞ22)
- III. **Çocuğu AŞ 19'a göre değerlendirin**
- IV. **Çocuğa tam bir sistemik muayene yapın**
 - Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
 - Baş çevresini ve boyu ölçün, çocuğu tartın bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
 - Fontanel büyüklüklerini kaydedin (ön fontanel 18 aya kadar kapanabilir)
 - Çocuğun genel görünümüne bakın
 - Cildi muayene edin
 - Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
 - Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
 - 3 yaşında çocuğun kan basıncını ölçün (Y25, AŞ24)
 - 2 yaş ve üzerindeki çocukları hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y26)
 - Çocuğun işitmesini değerlendirin (Y8)
 - Çocuğun görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7b) 3 yaşında görme keskinliği muayenesi yapın (Görme keskinliğinde azalma ya da iki göz arasında fark saptanan çocukları değerlendirilmek üzere sevk edin)
 - Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
 - İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)
 - Çocuğun yürümesini gelişimsel kalça displazisi açısından değerlendirin (Y19)
- V. **Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)**
- VI. **Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin**
- VII. **Çocuğun gelişimini "Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi"ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.**
- VIII. **Çocuğu otizm spektrum bozukluğu açısından değerlendirin (Y24, AŞ23).**
- IX. **Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin**
 - Emzirme (en az 2 yaşa dek)
 - Yaşına uygun olarak beslenme (Y22-23)
 - Çocukla sağlıklı iletişim (AŞ16)

- Tuvalet eğitimi (Y27)
- Önemli hastalık bulguları (AŞ19)
- Fizik aktivite (Y28)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Diş sağlığı (Y21)
- Üreme sağlığı

X. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

XI. Değerlendirmeniz sırasında çocukta bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde çocuğu bir uzmana yönlendirin (AŞ19)

XII. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XIII. Kontrol için 6 ay sonraya randevu verin

4-6 Yaş Arası Çocuk İzlemleri

4- 6 YAŞ ÇOCUK İZLEMLERİ

Bu dönemde yılda bir kontrol yapılır.

I. Anneyi ve çocuğu karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde çocuğun eksik bilgilerini tamamlayın
- Çocuğun aşılarını sorgulayın. Aşısız ya da eksik aşıli ise aşılarını tamamlayın (Y7)

III. Çocuğa tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Çocuğun boyunu ölçün, çocuğu tartın, beden kitle indeksini hesaplayın, bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3, Y29)
- Çocuğun genel görünümüne bakın
- Cildi muayene edin
- Baş ve boyun muayenesi yapın
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
- Çocuğun kan basıncını ölçün (Y25, AŞ24)
- Hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y26)
- Çocuğun iştmesini değerlendirin, ilköğretim 1. sınıfta iştirme taramasının yapıldı yapılmadığını sorgulayın
- Çocuğun görmesini değerlendirin ve ilköğretim 1. sınıfa başladıysa görme taramasını yapın (AŞ7c, Y9a-b)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

IV. 5. yaş izleminde çocuğun anemisini değerlendirmek amacıyla Hb ve/veya Htc ölçümü yapın ve sonucunu sisteme kaydedin

V. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VI. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VII. Aşağıdaki konularda anneye ve/veya çocuğa danışmanlık verin

- Yaşına uygun olarak beslenme (Y30)
- Çocukla sağlıklı iletişim, ailenin çocuğa ad soyad adres bilgilerini öğretmesi, ev işlerinde sorumluluk vermesi
- Kazalardan korunma (Y12a-b), çocuğa trafik eğitimi verilmesi
- Diş sağlığı (Y21)
- Fiziksel aktivite (Y28)
- Okul öncesi eğitim
- Üreme sağlığı

VIII. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

- IX.** Değerlendirmeniz sırasında çocukta bir sorun saptarsanız ilgili ynernelere göre hareket edin, gerektiğinde çocuğu bir uzmana yönlendirin
- X.** Ailenin ve çocuğun sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin
- XI.** Kontrol için 1 yıl sonraya randevu verin

7-9 Yaş Arası Çocuk İzlemleri

7-9 YAŞ ARASI ÇOCUK İZLEMLERİ

Bu dönemde yılda bir kontrol yapılır.

- I. **Anneyi ve çocuğu karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)**
- II. **Sorun:**
 - Kayıt sisteminde çocuğun eksik bilgilerini tamamlayın
 - Çocuğun aşılarını sorgulayın. Aşısız ya da eksik aşıyla ise aşılarını tamamlayın (Y7)
 - Çocuğu anemi yönünden değerlendirin
- III. **Çocuğa tam bir sistemik muayene yapın**
 - Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
 - Çocuğun boyunu ölçün, çocuğu tartın bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y29)
 - Çocuğun genel görünümüne bakın
 - Cildi muayene edin
 - Baş ve boyun muayenesi yapın
 - Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
 - Çocuğun kan basıncını ölçün (Y25, AŞ24)
 - Hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y26)
 - Çocuğun iştmesini değerlendirin, ilköğretim 1. sınıfta iştme taramasının yapıpı yapılmadığını sorgulayın
 - Çocuğun görmesini değerlendirin ve ilköğretim 1. sınıfa başladıysa görme taramasını yapın (AŞ7c, Y9a-b)
 - İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)
 - Kas-iskelet sistemi muayenesi yapın (Y31)
- IV. **Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)**
- V. **Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin**
- VI. **Aşağıdaki konularda anneye ve/veya çocuğa danışmanlık verin**
 - Yaşına uygun olarak beslenme (Y32)
 - Çocukla sağlıklı iletişim
 - Kazalardan korunma (Y12a-b)
 - Diş sağlığı (Y21)
 - Fiziksel aktivite
 - Üreme sağlığı
- VII. **Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin**
- VIII. **Değerlendirmeniz sırasında çocukta bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde çocuğu bir uzmana yönlendirin**
- IX. **Ailenin ve çocuğun sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin**
- X. **Kontrol için 1 yıl sonraya randevu verin**

10-21 Yaş Arası Ergen/Genç İzlemleri

10-21 YAŞ ARASI ERGEN/GENÇ İZLEMLERİ

10-14 yaş erken ergenlik dönemi, 15-18 yaş orta ergenlik dönemi, 19-21 yaş ise geç ergenlik dönemi olarak tanımlanmaktadır.

10-21 yaş aralığında her yıl izlem yapılması gerekmektedir, bununla birlikte bu dönemde Hb/Htc ölçümünün belirtilen yaş gruplarında (10-14, 15-18, 19-21 yaşlar) 1'er kez yapılması yeterlidir.

Risk durumunda, sevk edilmesi gereken bir durum tespitinde izlem sıklığı ve niteliği artırılmalıdır.

I. Aileyi ve genci nazik bir şekilde karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y33)

II. Öykü alın

- Gence herhangi bir yakınması olup olmadığını sorun
- Psikososyal durumun belirlenmesi için HEEDSSS formunu kullanın (Y34)
- Başka yakınmaları var mı irdeleyin
- Aşılarını sorgulayın, aşısız ya da eksik aşıları ise aşılarını tamamlayın

III. Gence tam bir sistemik muayene yapın

- Gençten kendisini muayene etmek için izin isteyin
- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Her aşamada gence yaptığınız işlem ve bulgunuzla ilgili bilgi verin
- Vücut ağırlığı ve boy uzunluğunu ölçün, beden kitle indeksi ve ideal ağırlık yüzdesini hesaplayın önceki kayıtlarınızla karşılaştırın, boy ve ağırlık sorunlarını belirleyin (Y29,Y35)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- Gencin kan basıncını ölçün (Y25, AŞ24)
- Hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y26)
- Genito üriner sistem muayenesinde, gencin fiziksel gelişmişlik düzeyini belirlemek için Tanner evrelemesini kullanın (Y36) (Tanner evrelemesi kartını gence vererek kendisinin hangi evrede gördüğünü sorun) Gerektiğinde muayenesi yapın, erken ya da geç puberte açısından değerlendirin (Y37)
- Kas iskelet sistemi muayenesi yapın (Y31)
- Bulgularınızı kaydedin

IV. En az 3 ana izleme döneminde birer kez tam kan sayımı ile değerlendirme yapın, gerek görülürse diğer tetkikleri isteyin

V. Aşağıdaki konularda danışmanlık verin

- Fiziksel - cinsel büyüme ve gelişme
- Psikolojik gelişme
- Sosyal gelişme
- Kişisel Hijyen
- Beslenme
- Fizik Aktivite (Y38)
- Üreme Sağlığı
- Sigara, alkol, madde kullanımı
- Kaza ve yaralanma
- Şiddet davranışları

- VI. Ulusal aşı programına göre aşılarını kontrol edin eksik aşılarını tamamlayın, aşı yan etkileri hakkında bilgilendirme yapın
- VII. Değerlendirmeniz sırasında belirlediğiniz sağlık sorunları için “Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin: Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı”nda yer alan yönergeleri kullanın, gerektiğinde bir uzmana yönlendirin
- VIII. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin
- IX. Bulgularınızı ve önerilerinizi gence özetleyin. Gençle aileye hangi konularda bilgi verileceği üzerinde anlaştıktan sonra aileyi içeri çağırarak onlara da bulgularınızla ilgili bilgi verin ve önerilerinizi sıralayın
- X. Gencin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin
- XI. Kontrol için randevu tarihini belirleyin

Bebek-Çocuk ve Ergen İzlemleri Özet Tablo

BİRİNCİ BASAMAKTA BEBEK ÇOCUK ERGEN İZLEMLERİ - ÖZET TABLO

İŞLEM	YAŞ	Yeni doğan																						
		Yeni doğan	İlk hafta	15. Gün	41. Gün	2. Ay	3. Ay	4. Ay	6. Ay	9. Ay	12. Ay	18. Ay	24. Ay	30. Ay	3 yaş	4 yaş	5 yaş	6 yaş	7 - 9 yaş	10 -14 yaş	15-18 yaş	19-21 yaş		
Ölçümler	Baş çevresi ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Boy ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Ağırlık ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Beden Kitle İndeksi														+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Duyusal taramalar	Kan basıncı değerlendirilmesi	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	İşitme değerlendirilmesi	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Gelişimsel değerlendirme	Görme taraması	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Fiziksel gelişimin değerlendirilmesi			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Sosyal davranışsal değerlendirme				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	HEADSSS değerlendirilmesi																				+	+	+	
Fizik muayene	Otizm spektrum bozukluğu değerlendirme													+	+									
	Fizik muayene	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prosedürler	Yeni doğan topuk kanı taraması	+	+																					
	Bağışıklama	+	*	*	+	+	*	+	+	*	+	+	*	*	*	*	*	*	+	*	+	*	*	
	GKD taraması	*	*	*	+																			
	Hb/Htc ölçümü										+							+			+	+	+	
	Hiperlipidemi risk değerlendirilmesi																	+	+	+	+	+	+	
	D vitamini desteği		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										
	Demir desteği						*		+	+	+	+												
Dış Sağlığı								+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Danışmanlık		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

*Mutlaka yapılacak

* Değerlendirme sonucunda gerekirse yapılacak

HEADSSS: Home (ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (akranlarla aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İntihar ve depresyon) ve Safety (güvenlik)

• Aile hekimleri, bebekte ilk izlem hariç diğer 8 izlemde, çocuk izlemleri ile 6-19 yaş aralığındaki izlemlerin tamamından sorumludur.

• 10-21 yaş aralığında her yıl izlem yapılması gerekmektedir, bununla birlikte bu dönemde Hb/Htc ölçümünün belirtilen yaş gruplarında (10-14, 15-18, 19-21 yaşlar) 1'er kez yapılması yeterlidir.

Bebek izlem zamanları ve aralıkları:

- İlk izlem (doğumun hemen sonrasında)
- Doğumdan sonraki ilk hafta içinde yenidoğanın izlemi (1.-10.gün arası)
- 15. gün izlemi (11.-29.gün arası)
- 41. gün izlemi (30.-59. gün arası)
- 2. ay izlemi (60.-89. gün arası)
- 3. ay izlemi (90.-115. gün)
- 4. ay izlemi (120.-150. gün)
- 6. ay izlemi (180.-210. gün)
- 9. ay izlemi (250.-290. gün)

Çocuk izlem zamanları ve aralıkları:

- 12. ay izlemi (365.gün-394. Gün)
- 18. ay izlemi (481.gün-570.gün)
- 24. ay izlemi (661.gün-760.gün)
- 30. ay izlemi (841.gün-930.gün)
- 36. ay izlemi (1021.gün-1110.gün)
- 48. ay izlemi (1321.gün-1530.gün)
- 60. ay izlemi (1681.gün-1890.gün)

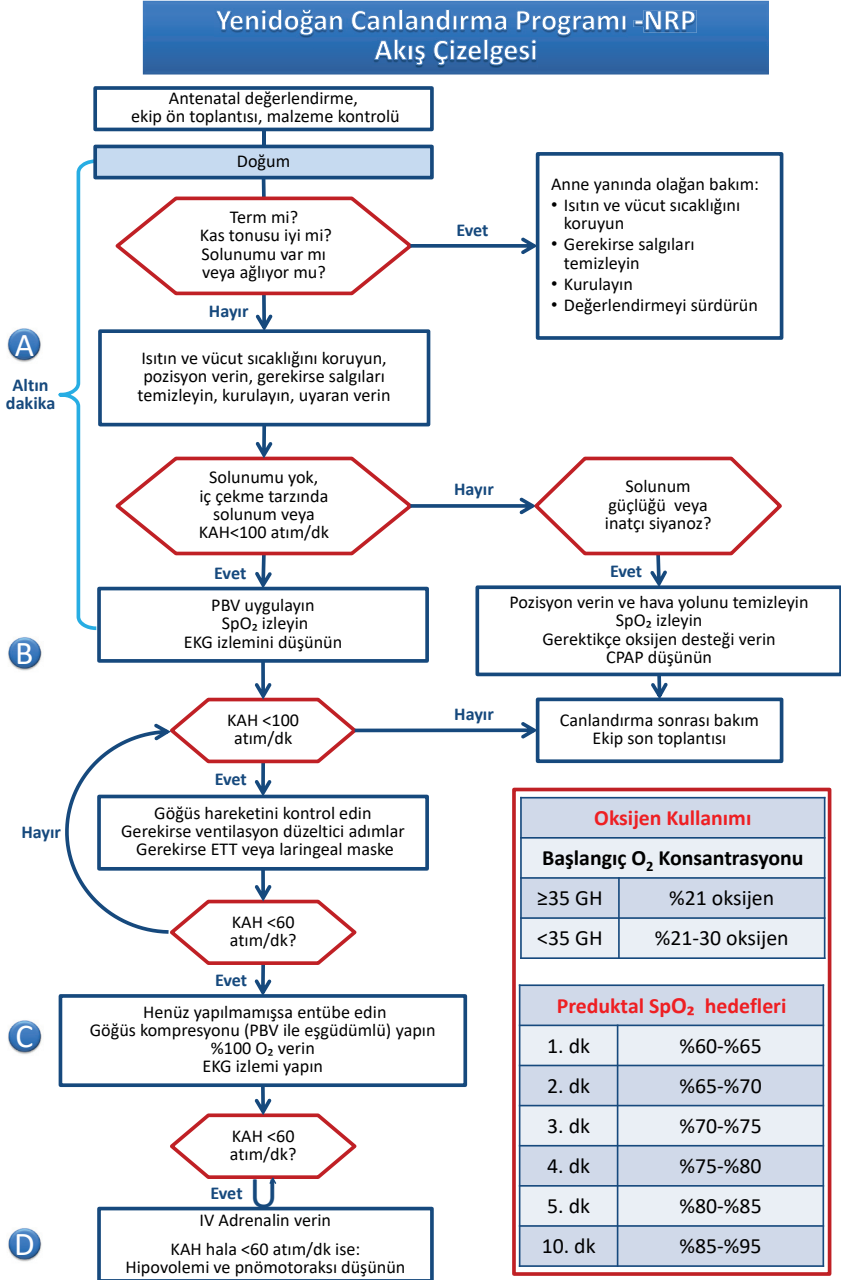
Okul çağı çocuk/Genç izlem zamanları ve aralıkları:

- 6. yaş izlemi (67.-78. ay)
- 7. yaş izlemi (79.-90. ay)
- 8. yaş izlemi (91.-102. ay)
- 9. yaş izlemi (103.-114. ay)
- 10. yaş izlemi (115.-126. ay)
- 11. yaş izlemi (127.-138. ay)
- 12. yaş izlemi (139.-150. ay)
- 13. yaş izlemi (151.-162. ay)
- 14. yaş izlemi (163.-174. ay)
- 15. yaş izlemi (175.-186. ay)
- 16. yaş izlemi (187.-198. ay)
- 17. yaş izlemi (199.-210. ay)
- 18. yaş izlemi (211.-222. ay)
- 19. yaş izlemi (223.-234. ay)
- 20. yaş izlemi (235.-246. ay)
- 21. yaş izlemi (247.-258. ay)

Akış Şemaları

Akış Şeması 1 (AŞ1)

Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) Akış Şeması



Akış Şeması 2 (AŞ2)

Doğum Travması ve Doğuştan Anomaliler

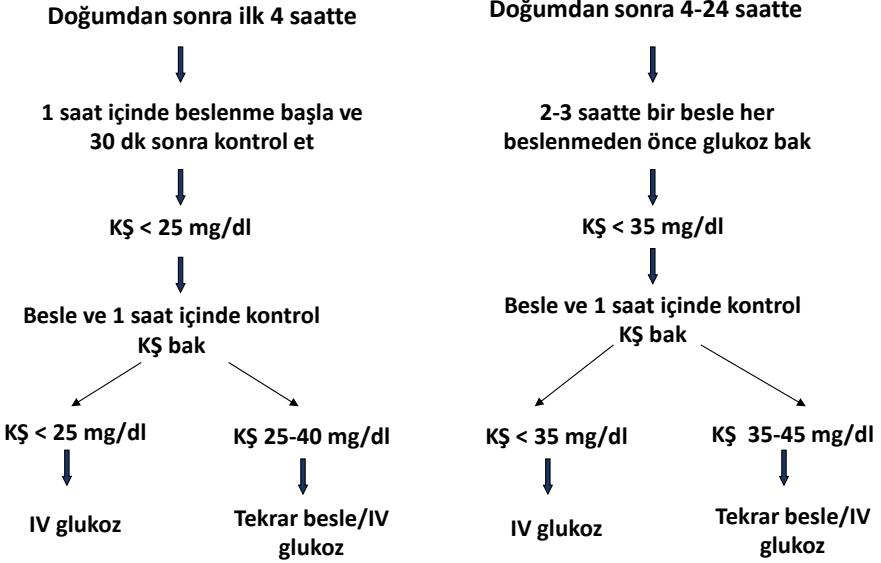
BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
<ul style="list-style-type: none">Kalçalarda şişlik ve morarmaKafada şişlik-tek veya çift taraflı kabarıklık	DOĞUM TRAVMASI	<ul style="list-style-type: none">Anne ve babaya bu durumların bebeğe genellikle zarar vermeyeceğini ve 1-2 haftada kendiliğinden düzeleceğini anlat. Bebeği yakın izleme al*
<ul style="list-style-type: none">Bacaklarda anormal pozisyon (makat doğum sonrası)		<ul style="list-style-type: none">Bacakları değişik pozisyona getirmeye ZORLAMA
<ul style="list-style-type: none">Asimetrik kol hareketleri kol (lar) hareket etmiyor		<ul style="list-style-type: none">Hareketsiz ekstremitayı nazıkçe tut, çekme, tedavi için doktora danış
<ul style="list-style-type: none">Yarık damak-yarık dudak	MALFORMASYON	<ul style="list-style-type: none">Anneye emzirme için yardım et, olmuyorsa alternatif beslenme yöntemleri için destek alBirlikte görülebilecek hastalıkların araştırılması ve cerrahi düzeltme zamanlaması için ilgili uzmanlara yönlendir
<ul style="list-style-type: none">Pes ekinovarus		<ul style="list-style-type: none">Tedavi için ilgili uzmana (pediatrist ve ortopedist) yönlendir
<ul style="list-style-type: none">Ayırdedici özellikler, tuhaf görünüm		<ul style="list-style-type: none">İlgili alanda özelleşmiş kuruma yönlendir
<ul style="list-style-type: none">Kafa, karın veya sırtta açıkciltle örtülü olmayan doku		<ul style="list-style-type: none">Sevk etmeden önce açık dokuları serum fizyolojik emdirilmiş steril pansumanla örtHastaneye sevk et
<ul style="list-style-type: none">Ek anomaliler	AĞIR MALFORMASYON	<ul style="list-style-type: none">Hastaneye sevk et

*Kapat suksedenum ve sefal hematoma gibi doğum travmaları genellikle kendiliğinden düzelse de özellikle büyük sefal hematoma ile karşılaşılabilecek subgaleal kanamalarda sessiz bir klinik seyirle şoka kadar gidebilen kan kayıpları olabilir, zor doğumun bu bulguları özellikle sürrenal bezde olmak üzere iç organ kanamaları ile de birlikte olabilir ve aşırı ekimoz varlığında hızla hiperbilirubinemi gelişebilir, bu nedenle bebeği yakın izlemek gerekir.

Akış Şeması 3 (AŞ3)

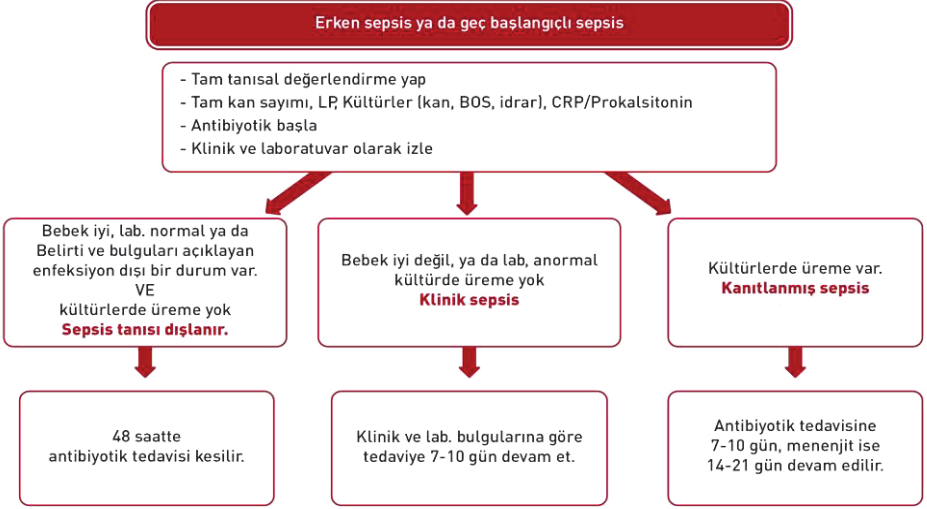
Doğumdan sonra geç preterm ve term SGA, diabetik anne bebeği ve LGA olan asemptomatik bebeklerde hipoglisemi taraması

Asemptomatik hipoglisemi



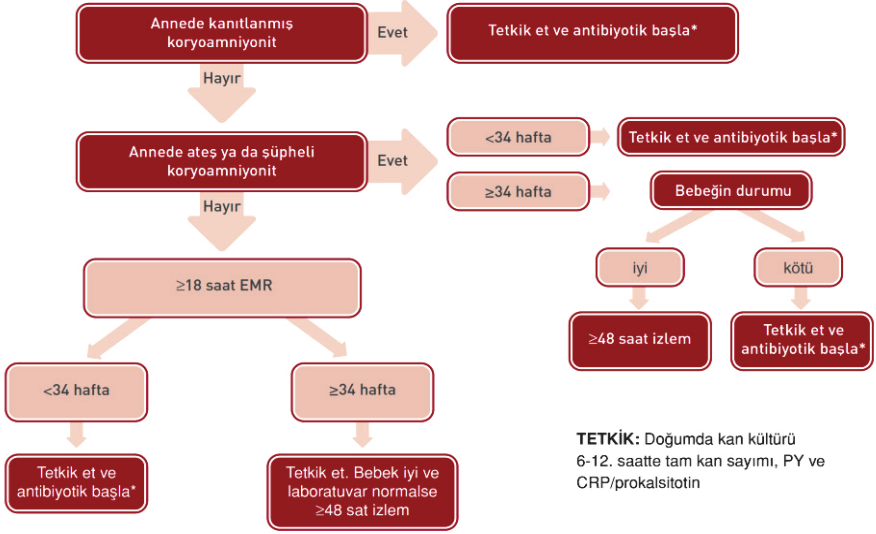
Akış Şeması 4a (AŞ4a)

Sepsis için klinik belirtisi olan bebeğe yaklaşım (erken ya da geç sepsis için)



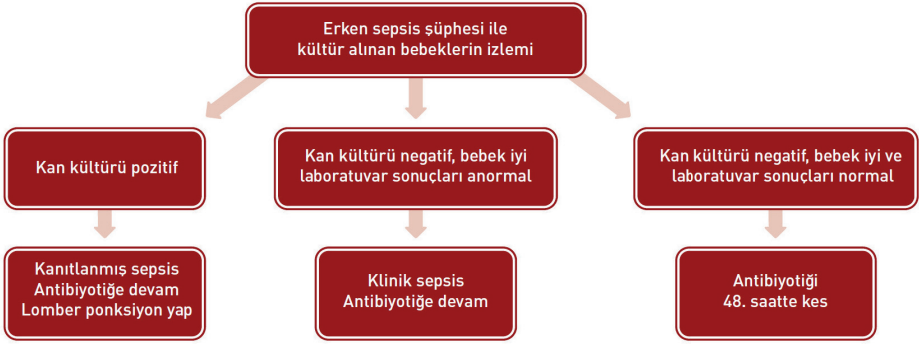
Akış Şeması 4b (AŞ4b)

Belirtisi olmayan, erken sepsis risk etmeni bulunan bebeğe yaklaşım



Akış Şeması 4c (AŞ4c)

Belirtisi olmayan ancak sepsis risk etmeni olan ve antibiyotik tedavisine başlanan bebeğin izlemi

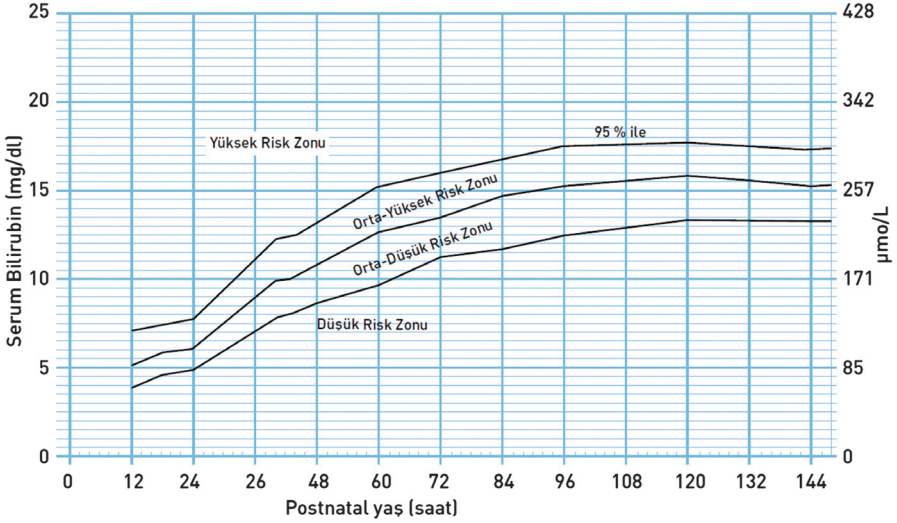


Kaynak: Yenidoğan Enfeksiyonları Tanı ve Tedavi Rehberi, 2018 -Türk Neonatoloji Derneği

Akış Şeması 5 (AŞ5)

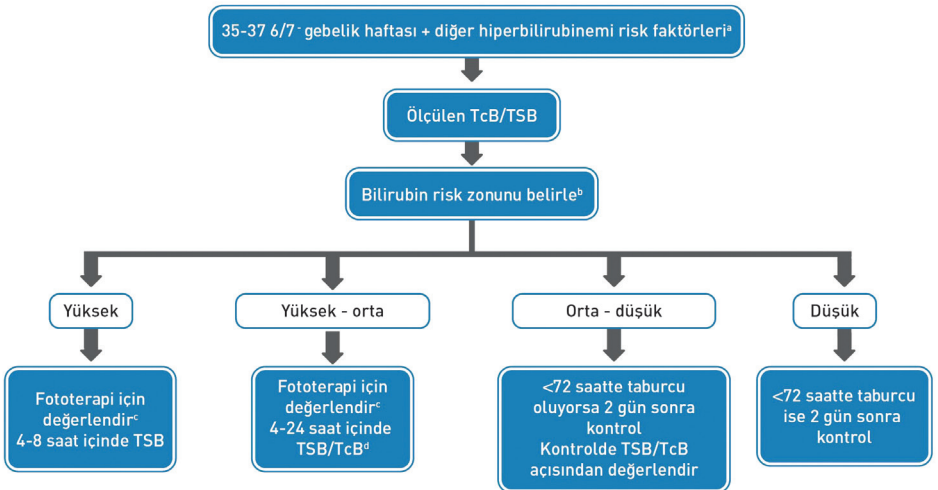
Bebğin sarılık taraması ve risk durumuna göre sonraki izlem planı

Postnatal yaş ve transkutan veya total serum bilirubin değerlerine göre bebeklerin risk durumu

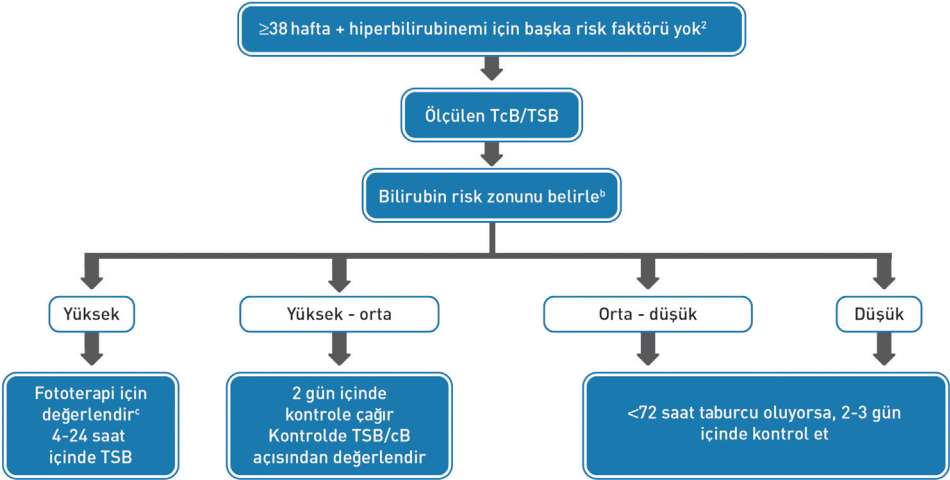
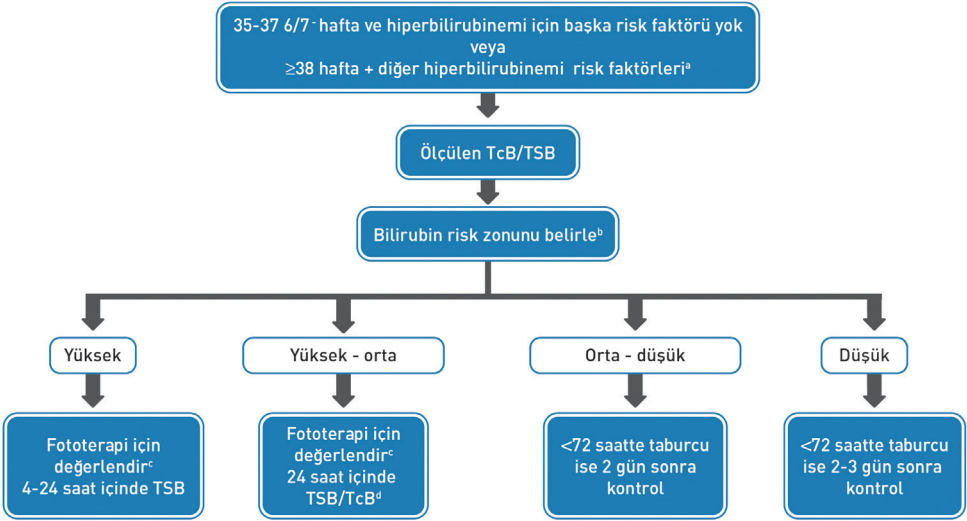


2 farklı zamanda bilirubin düzeyi alınan bebeklerde, bu değerler nomogram üzerine işaretlenip, bilirubin yükselme hızı değerlendirilir. Eğer bilirubin düzeyi üst persantil eğrilerine doğru yükseliyorsa hemoliz düşünülür ve buna göre takip ve tetkik edilir.

Taburculuk öncesi TcB ve STB düzeylerine, gebelik haftası ve risk faktörlerine göre önerilen takip ve tedavi akış şeması



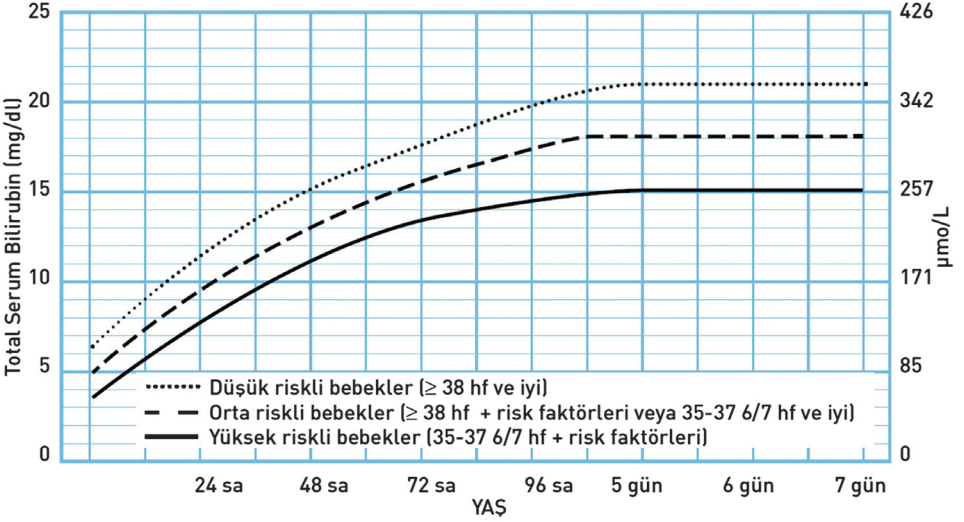
Akış Şeması 5 (AŞ5) – devam



a) risk faktörleri; 1) Pozitif direkt Coombs testi, kan grup uyumsuzluğu, hemolitik hastalık, (herediter sferositoz, G6PD eksikliği), 2) daha önceki kardeşlerde sarılık öyküsü, 3) sefal hematoma veya belirgin ekimoz, 4) anne sütü ile beslenme [emzirme iyi değil, kilo kaybı fazla (>%8-10)], b) Yukarıdaki persantil çizelgesine göre değerlendirir, c) Aşağıda verilen fototerapi sınırlarına göre değerlendirir, d) hastanede veya ayaktan izlenebilir.

Akış Şeması 5 (AŞ5) – devam

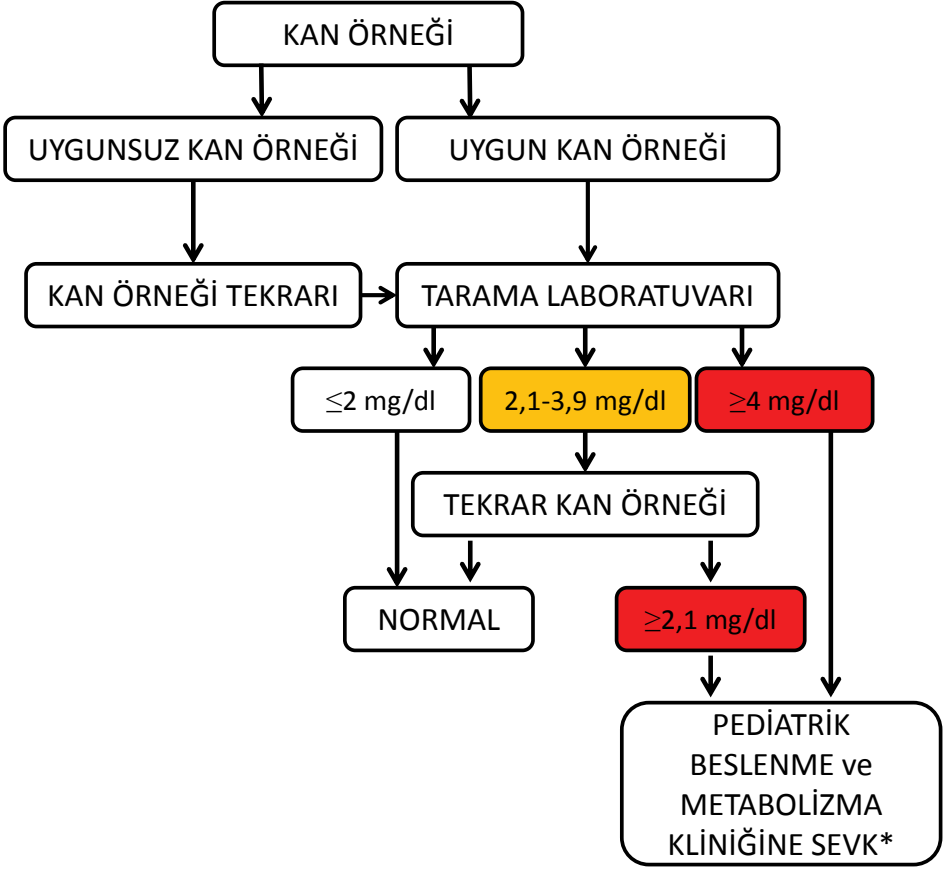
≥35 hafta bebeklerde postnatal yaşa göre fototerapi sınırları



Risk faktörleri: İzimmün hemolitik hastalık, G6PD eksikliği, asfiksi, belirgin letarji, ısının korunamaması, asidoz, sepsis, albumin <3 gr/dl (eğer ölçülürse). Tüm risk faktörleri ekarte edilmedikçe bebek riskli sayılır ve bir alt eğri kullanılır. Tedavi kararı total bilirubin düzeyi ile verilir, direkt bilirubin total bilirubinden çıkarılmaz.

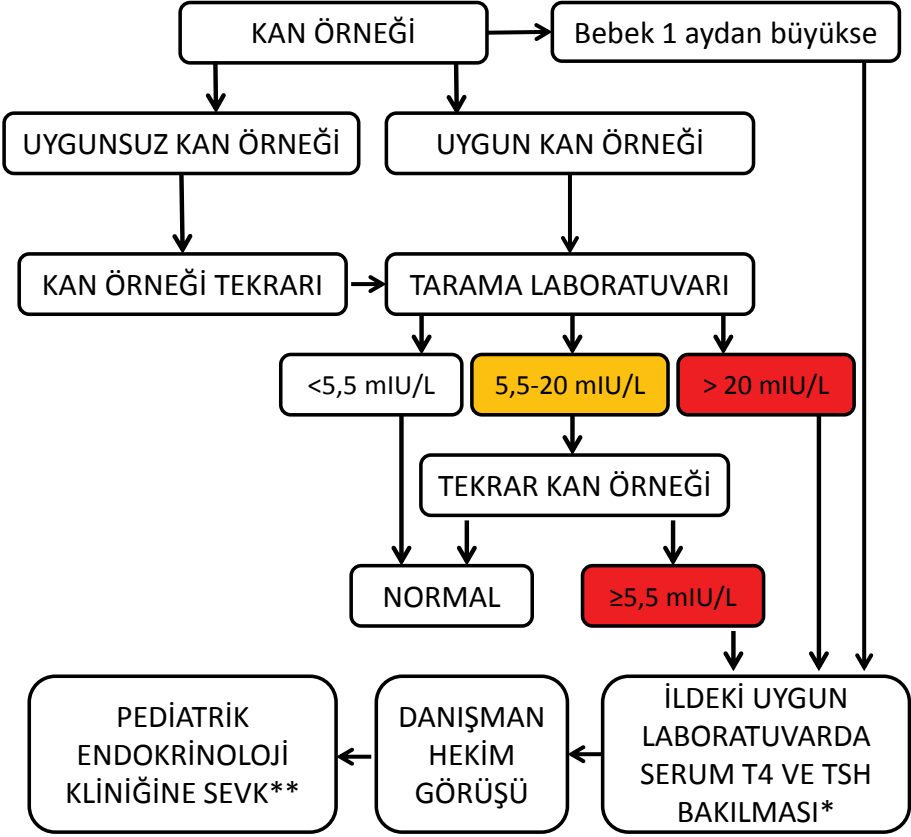
Kaynak: Yenidoğan sarılıklarında yaklaşım, izlem ve tedavi rehberi, 2014-Türk Neonatoloji Derneği

Fenilketonüri Sonuç Değerlendirme



*Sonuçların ardından bebeğin tarama sonucu şüpheli ise aile, pediatrik beslenme-metabolizma kliniklerinden kendileri için uygun olanına “Yenidoğan Tarama Programı Web uygulamasında yer alan laboratuvar sonucunu içeren çıktıyla birlikte standart sevk formu” doldurularak yönlendirilir ve aile hekimine bilgi verilir ya da aile hekimince yönlendirilmesi sağlanır. Aile hekimi, aile ile temasa geçerek bebeğin pediatrik beslenme-metabolizma kliniğine gidip gitmediğini, gitti ise tedavisini izlemek ve kayıt tutmak ile yükümlüdür. Bebeğin akıbeti ile ilgili bilgi aile hekiminden alınarak web uygulamasına İl Sağlık Müdürlüğü tarafından “Klinik Tanı Girişi” bölümünden kaydedilir.

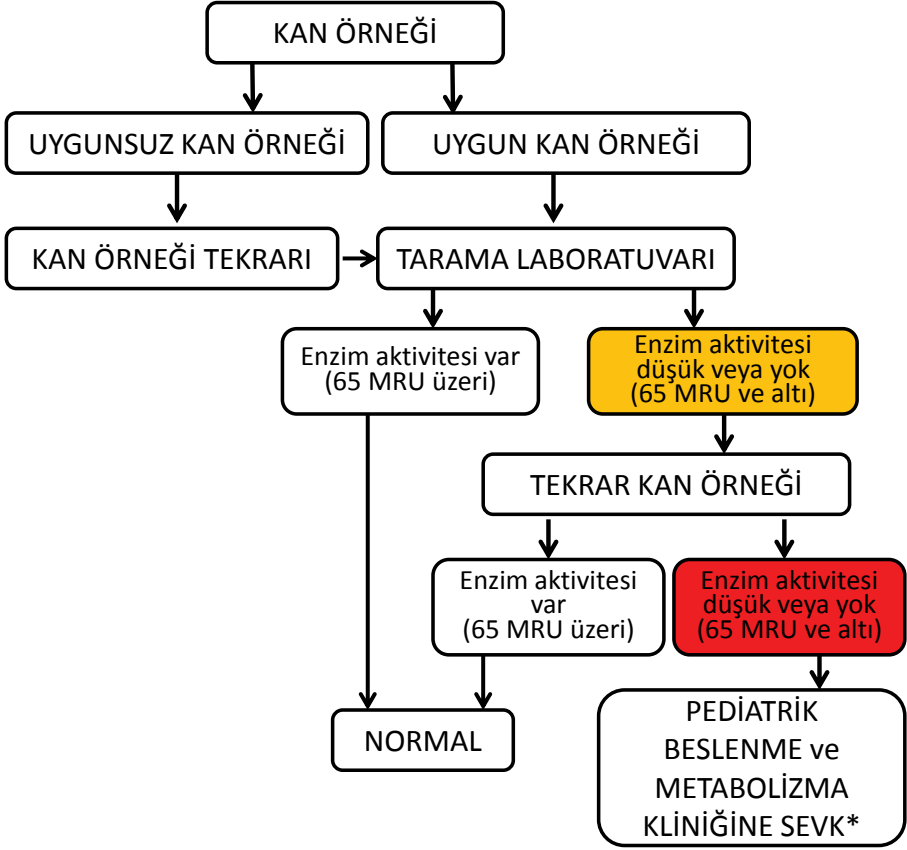
Konjenital Hipotiroidi (TSH) Sonuç Değerlendirme



* İlin koşullarına göre devlet hastanesi veya merkez laboratuvarında bakılabilir. İstemi bebeğin bağlı bulunduğu aile hekimi veya müdürlüğün uygun gördüğü bir hekim yapabilir.

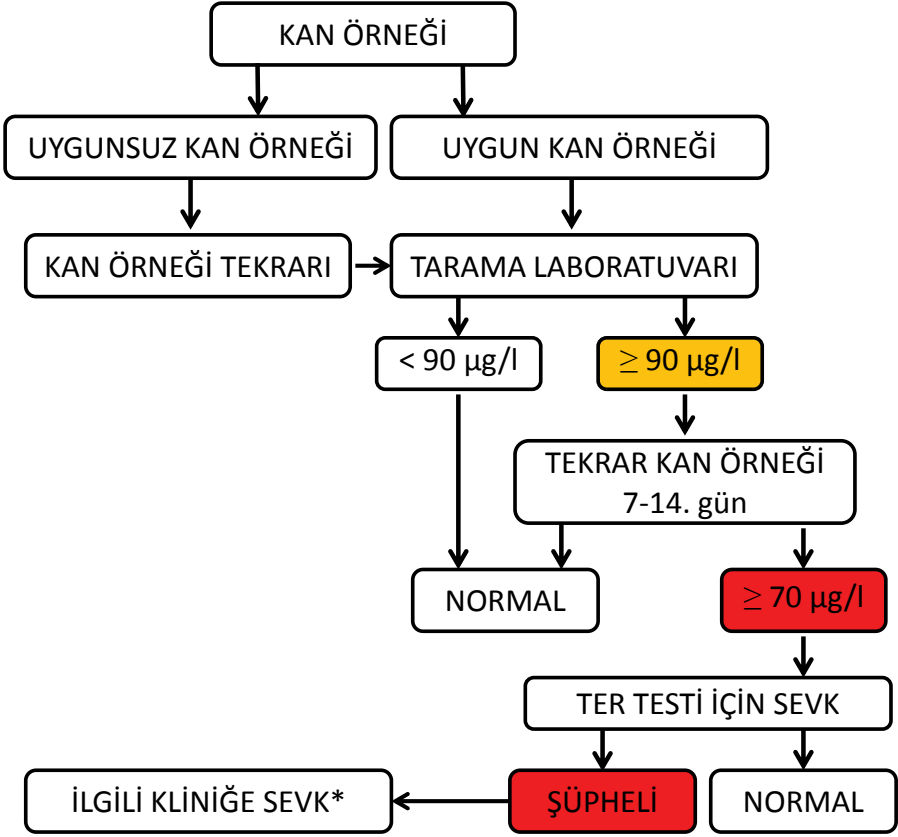
** Sonuçların ardından bebeğin tarama sonucu şüpheli ise aile, pediatrik endokrin kliniklerinden kendileri için uygun olanına “Yenidoğan Tarama Programı Web uygulamasında yer alan laboratuvar sonucunu içeren çıktıyla birlikte standart sevk formu” doldurularak yönlendirilir ve aile hekimine bilgi verilir ya da aile hekimince yönlendirilmesi sağlanır. Aile hekimi, aile ile temasa geçerek bebeğin pediatrik endokrinoloji kliniğine gidip gitmediğini, gitti ise tedavisini izlemek ve kayıt tutmak ile yükümlüdür. Bebeğin akibeti ile ilgili bilgi aile hekiminden alınarak web uygulamasına İl Sağlık Müdürlüğü tarafından “Klinik Tanı Girişi” bölümünden kaydedilir.

Biotinidaz Eksikliği Sonuç Değerlendirme



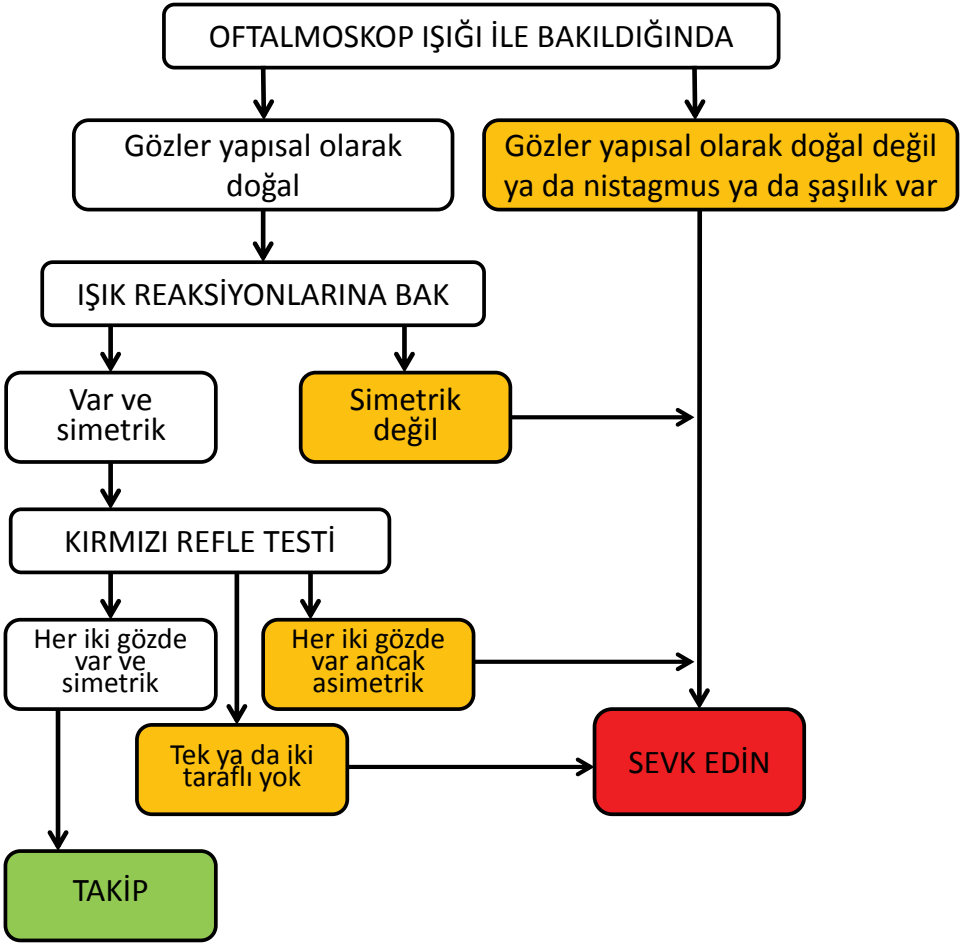
*Sonuçların ardından bebeğin tarama sonucu şüpheli ise aile, pediatrik beslenme-metabolizma kliniklerinden kendileri için uygun olanına “**Yenidoğan Tarama Programı Web uygulamasında yer alan laboratuvar sonucunu içeren çıktıyla birlikte standart sevk formu**” doldurularak yönlendirilir ve aile hekimine bilgi verilir ya da aile hekimince yönlendirilmesi sağlanır. Aile hekimi, aile ile temasa geçerek bebeğin pediatrik beslenme-metabolizma kliniğine gidip gitmediğini, gitti ise tedavisini izlemek ve kayıt tutmak ile yükümlüdür. Bebeğin akıbeti ile ilgili bilgi aile hekiminden alınarak web uygulamasına il Sağlık Müdürlüğü tarafından “Klinik Tanı Girişi” bölümünden kaydedilir.

Kistik Fibrozis Sonuç Değerlendirme



*Sonuçların ardından bebeğin tarama sonucu şüpheli ise aile ter testi için belirlenen merkezlerden kendileri için uygun olanına, “Yenidoğan Tarama Programı Web uygulamasında yer alan laboratuvar sonucunu içeren çıktıyla birlikte standart sevk formu” doldurularak yönlendirilir ve aile hekimine bilgi verilir ya da aile hekimince yönlendirilmesi sağlanır. Aile hekimi, aile ile temasa geçerek bebeğin kliniğe gidip gitmediğini, gitti ise tedavisini izlemek ve kayıt tutmak ile yükümlüdür. Bebeğin akıbeti ile ilgili bilgi aile hekiminden alınarak web uygulamasına İl Sağlık Müdürlüğü tarafından “Klinik Tanı Girişi” bölümünden kaydedilir.

0-3 Ay Bebekler İçin Göz Muayenesi Akış Şeması

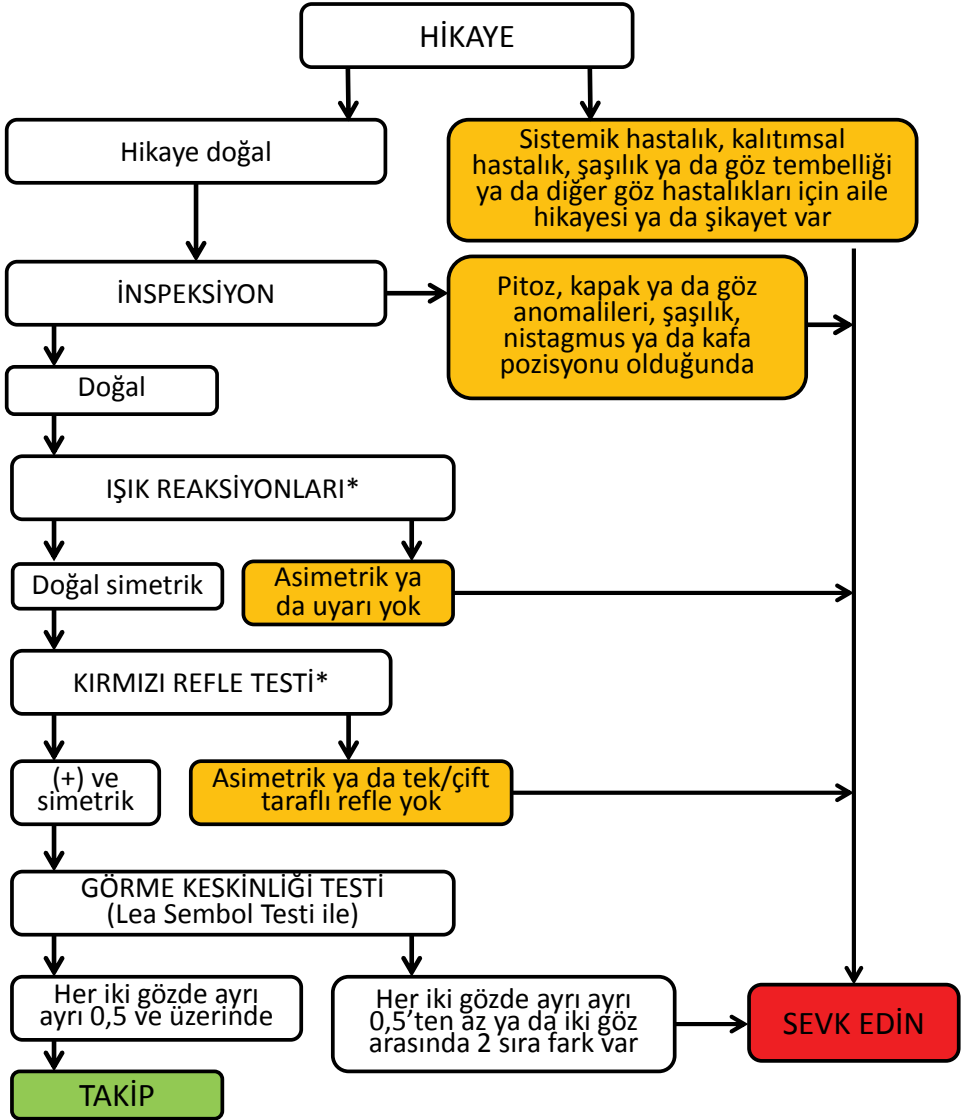


32 hafta ve altındaki tüm prematürel ve 1500 gram ve altında doğan tüm bebekler 4. haftada Prematüre Retinopatisi açısından değerlendirilmek üzere göz muayenesi için sevk edilmelidir. Retinoblastom, Konjenital Glokom ve Konjenital Katarakt şüphesi olan bebekler **acilen** göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir.

Ayrıca:

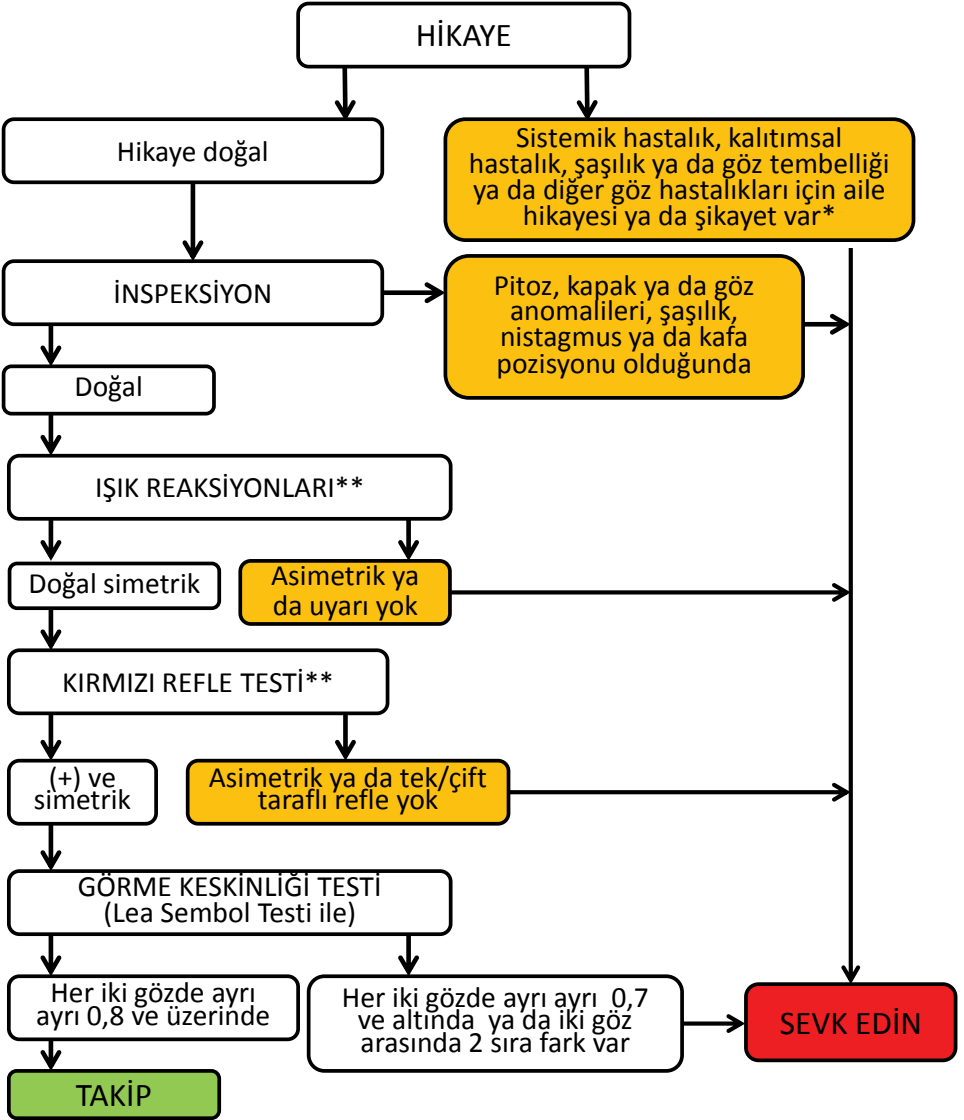
Serebral palsi, Down Sendromu, genetik, metabolik hastalık varlığı, ailede konjenital glokom veya katarakt hikayesi varsa ya da Ailenin bebeğin gözleri ile ilgili herhangi bir şikayeti olması halinde bebekler bir göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir

36-48 ay çocuklar için görme muayenesi akış şeması



*Oftalmoskop ışığı kullanılmalıdır

İlköğretim 1. sınıflar için görme muayenesi akış şeması

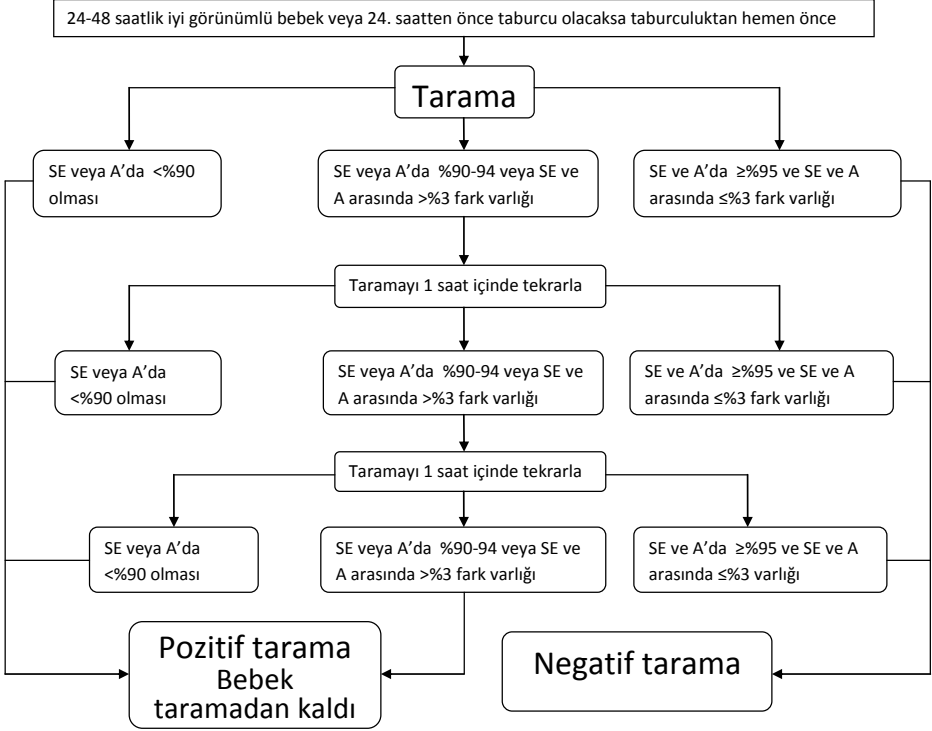


*Öğrenme güçlüğü, disleksi, otizm gibi gelişimsel sorunlar ve herhangi bir göz problemi nedeniyle takipteyse (Gözlük kullanımı ve diğerleri)

** Oftalmoskop ışığı kullanılmalıdır

Yenidoğan Konjenital Kalp Hastalığı Tarama Şeması

(SE) Sağ el (A) ayak

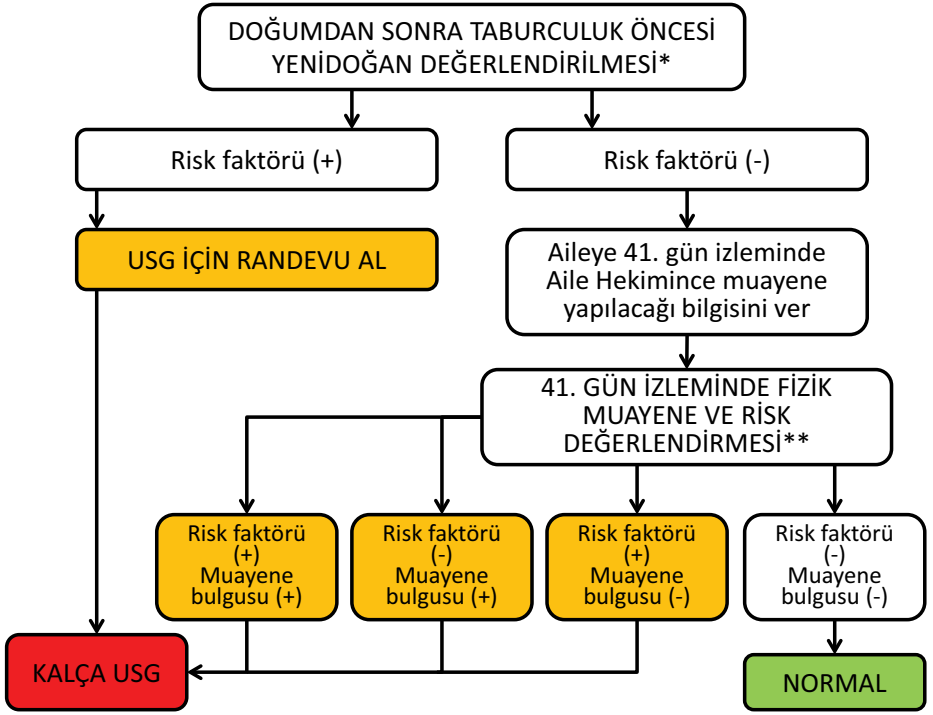


Akış Şeması 9 (AŞ9)

Gelişimsel Kalça Displazisi

1. Doğum sonrası ilk 48 saat içinde görevli sağlık personeli bebeğin ailesi ile yüz yüze görüşme yaparak GKD'nin olası nedenleri ve tanısı hakkında aileyi bilgilendirir ve GKD hakkında ayrıntılı bilgiler içeren bir broşürü aileye verir.
2. Sağlık personeli bebekte GKD için bilinen risk faktörleri varsa (Pozitif aile öyküsü, doğum öncesi makadi duruş ya da makadi doğum öyküsü, çoğul gebelik, oligohidroamniyoz öyküsü, tortikollis - metatarsus adduktus - pes kalkaneovalgus gibi eşlik eden deformitelerin varlığı, kundak uygulaması, ilk doğan kız çocukları, bebek kalçalarının ekstansiyon ve adduksiyona zorlandığı her durum) bunları kaydeder. Risk faktörlerinden herhangi biri pozitif ise kalça ultrasonografisi için randevu alınır. Risk faktörü yok ise 4. izleminde (41. gün izlemi) fizik muayene yaptırılması için aile hekimine yönlendirilir.
3. Aile hekimi tarafından 4. izleminde bebeklere risk değerlendirmesi ve kalça fizik muayenesi yapılır. Risk faktörü ve /veya pozitif klinik bulgusu varsa bu bulgular AHBS ye kaydedilir ve bebek USG için hazırlanmış formla sevk edilir.
4. Daha sonra ilgili sağlık görevlisi tarafından her iki kalçanın Graf yöntemiyle ultrasonografik incelemesi yapılır. Her kalçadan standart planda en az iki tane sonogram baskısı alınır ve bunlar Graf'ın ultrasonografik sınıflama sistemine göre değerlendirilir. Değerlendirme sonucu, Aile Hekimine sevk formu üzerinden geri bildirilir ve Aile Hekimi bu sonuçları AHBS 'ne kaydeder.
5. Yapılan ultrasonografik inceleme sonucunda tip I olarak değerlendirilen kalçalar izlemden çıkarılır.
6. Tip IIa kalçası olan bebekler dahil olmak üzere tip I dışındaki tüm Graf tipi kalçası olan bebekler ortopedi ve travmatoloji uzmanına yönlendirilir.
7. Pavlik bandajı ilk tercih edilen sağaltım gerecidir. Yapılan tüm tedaviler ve sonuçları Aile Hekimine sevk formu üzerinden geri bildirilir ve Aile Hekimi bu sonuçları AHBS 'ne kaydeder.
8. Sağaltım altına alınan bebekler olguyu izleyen uzmanın tercihine göre üç-dört haftalık aralarla tip I kalça elde edilinceye dek ultrasonografik olarak izlenir.

GKD Akış Şeması



*Doğum sonrası taburculuk öncesi hastanede yapılacaktır

**Aile hekimince yapılacaktır

Akış Şeması 10a (AŞ10a)

Altı aydan küçük bebeklerde emzirmeyi değerlendirin, danışmanlık verin

SOR VE KAYITLARA BAK	BAK, DİNLE, HİSSET	BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
<p>Anneye sor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Emzirme nasıl gidiyor? Son bir saat içinde bebek emdi mi? Emzirmede güçlük var mı? Bebek emmekten mutlu mu? Bebek başka bir gıda verildi mi? Memeleriniz rahat mı? Herhangi bir kaygınız var mı? <p>Bebek 1.günlükten büyükse:</p> <ul style="list-style-type: none"> 24 saatte kaç kez emdi? 	<p>Emzirmeyi gözle:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eğer bebek son 1 saat içinde emmemişse, anneye emzirt ve 5 dakika gözle. <p>Bak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bebek memeye iyi yapıyor mu? Pozisyonu doğru mu? Etkin emiyor mu? Eğer bebek son 1 saat içinde emmişse, anneye bebeğin emmek için uyanmasını beklemesini söyle. 	<ul style="list-style-type: none"> Etkin emiyor. Gece ve gündüz 24 saat içinde en az 8 kez emiyor. Bir günden büyük bebek günde ≥6 kez idrar yapıyor. 	<p>İYİ EMEN BEBEK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bebek istedikçe emzirmesi için anneyi destekle. (AŞ 10b)
		<ul style="list-style-type: none"> Henüz emmemiş (Yaşamın ilk saatleri) iyi yapıyor. Etkin emmiyor. <8/24 saat emiyor. Ek gıda alıyor. Çok günlük ve yetersiz kilo almış. 	<p>EMME GÜÇLÜĞÜ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Emzirmeyi destekle. Anneye ilk emzirme için yardım et. Doğru pozisyon verme ve bebeği memeye yapıştırmayı öğret. Gece ve gündüz daha sık emzirmeyi öğret. Anneyi yeterli sütü olduğuna ikna et. Anneye ek gıdaları kesmesini öğret. Emzirme düzelene kadar, ilk hafta günlük, sonrasında 3 günde bir kontrole çağır.
		<ul style="list-style-type: none"> Son 6 saatir hiç emmemiş. Memeyi reddediyor. 	<p>BESLENEMEYEN BEBEK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye sevk et.

Emzirmenin Değerlendirilmesi

YALNIZ VE TEK BAŞINA EMZİRMİYİ DESTEKLEYİN

- Anne ve bebeği birlikte, aynı yatakta veya çok yakın konumda tutun, **AYIRMAYIN**.
- Bebek istedikçe, gece ve gündüz emzirmeyi yöreklendirin.
 - Bebekler gece ve gündüz, 24 saatte 8 veya daha fazla kez emmek isterler. Sadece ilk gün, zamanında doğmuş bebekler iyi bir emmeden sonra saatlerce uyuyabilirler.
 - Küçük bebekler gece ve gündüz, 24 saatte en az 8 kez beslemek için uyarılmalıdırlar.
- Anneye özellikle de genç ve ilk kez doğurmuş bir anneye, her an yardıma hazır olun.
- Bebek ilk memeyi kendiliğinden bıraktığında, ikinci memeyi verdirin.
- Eğer anne her hangi bir nedenle yoksa, sağılmış sütünü fincanla ya da kaşıkla verdirin.

Bebeği memeyi alması için **ZORLAMAYIN**.
Bebek bırakmadan emzirmeyi **KESTİRMEYİN**.
Başka gıdalar veya sıvılar **VERMEYİN**.
Emzik **VERMEYİN**.

- Anneyi ilaç kullanımı ve emzirme konusunda uyarın.

BEBEĞE DOĞRU POZİSYONU VERME VE MEMEME YAPIŞTIRMAYI ÖĞRETİN

- Anneye bebeği nasıl tutacağını gösterin:
 - Bebeğin başı ve gövdesi aynı doğru üzerinde olmalı,
 - Bebek memeye bakmalı, burnu meme başının tam karşısında olmalı,
 - Anne bebeğini vücuduna yakın tutmalı,
 - Anne bebeğin yalnızca baş ve boynunu değil, tüm gövdesini kavrayıp desteklemelidir.
- Anneye bebeğin memeye yapışmasını sağlamayı öğretin:
 - Anne, meme başıyla bebeğin dudaklarına dokunmalı,
 - Bebek ağzını iyice açana dek beklemeli,
 - Ağzına açıldığında, bebeğin alt dudakları meme başının altına gelecek şekilde, bebeği kendine doğru hızlıca çekmelidir.

Memeye iyi yapışma ve etkin emmenin belirtilerini (yavaş, aralıklı, derin emişler) denetleyin. Eğer iyi yapışma ve etkin emme yoksa, yeniden deneyin. Yeniden değerlendirin.

Meme aşırı dolgunsa, emzirmeden önce meme başı bölgesini yumuşatmak için biraz süt sağın. Bu şekilde bebek memeyi daha iyi yakalayacaktır.

Akış Şeması 11 (AŞ11)

Bu çizelgeyi ilk ay içindeki muayenelerde ve hasta yenidoğanı değerlendirmek, sınıflamak ve tedavi etmek için kullanın.

SOR VE KAYITLARA BAK	BAK, DİNLE, HİSSET	BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
		<p>Aşağıda belirtilenlerden herhangi biri varsa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sık soluma (>60/dk).• Yavaş soluma (<30/dk)• Ciddi göğüs duvarı çekilmeleri• inleme• Havale geçirme• Hipotoni veya hipertoni.• Ateş (>38 °C)• Vücut ısı <35 °C ve ısıtılamıyor• Göbekten iltihap geliyor, kökteki kızarıklık cilde taşmış• Ciltte >10 püstül veya şiş, kızarıklık, büllöz lezyonlar• Göbek ve kesi yerinden kanama	<p>AĞIR (CİDDİ) HASTALIK</p>	<ul style="list-style-type: none">• İkili İM antibiyotik tedavisinin ilk dozlarını ver• Acilen ambulans ve sağlık personeli eşliğinde hastaneye naklini sağla <p>Ek olarak:</p> <ul style="list-style-type: none">• Isıt ve transport sırasında ısısını koru• Transport öncesi göbek enfeksiyonuna lokal bakım ver• Transport öncesi cilt enfeksiyonuna lokal bakım ver• Kanamayı durdur

Tehlike İşaretleri

Akiş Şeması 11 (AŞ11) – devam

Aşağıdaki çizelgeyi ilk ay içindeki muayenelerde ve hasta yenidoğanı değerlendirmek, sınıflamak ve tedavi etmek için kullanın

SOR VE KAVITLARA BAK	BAK, DİNLE, HİSSET	BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
<p>Anne ve yenidoğanın kayıtlarına bak veya anneye sor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bebek kaç günlük/saatlik? Prematüre mi? (<37 hafta veya daha küçük) Makat doğum mu? Zor doğum mu? Doğumda resusitasyon yapıldı mı? Havale geçirdi mi? <p>Anneye sor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kayıtlı mısınız? Bebek iyi besleniyor mu? <p>Anne hasta mı? Hastaneye gönderilmiş mi?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Solumunu değerlendirir (bebek sakin olmalı) : → İnleme var mı? → Solumunu say : >60/dak ise sayımı yinele → Göğüs kafesinde çekilmeler var mı? Hareketleri denerle: Normal ve simetrik mi? Doğumdaki geliş şekline göre baş ve kalçaları kontrol et: Şişlik ve morarma var mı? Sollukluk için karına bak. Malformasyon ara. Tonusu hisset: Normal mi? Vücutta dokun. Soğuk veya çok sıcaksa vücut ısısını ölç. Bebegti tart. 	<ul style="list-style-type: none"> Vücut ağırlığı normal (≥ 2500 gr) İyi emiyor (gece ve gündüz, günde 8 kez). Tehlike işareti yok. Tedavi gereksinimi yok veya tedavisi tamamlanmış iyi beslenen, yeterli kilo alan küçük bebek 	<p>SAĞLIKLI BEBEK</p>	<p>İlk muayenede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yenidoğan bakımı ver Taburcu olmadan önce yeniden muayene et <p>Sonraki muayenelerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bebek bakım önerileri ve Tehlike işaretleri gözlenirse başyurulmasını söyle Kayıtları doldur Kontrol başvurusu ise önerileri yinele
		<ul style="list-style-type: none"> Koltuk altı vücut ısısı: 35-36,4 °C 	<p>ORTA HIPOTERMİ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bebegti ısıt 2 saat içinde vücut ısısı normale dönmezse yeniden değerlendir
		<ul style="list-style-type: none"> Anne bebegi besleyemiyor Anne sevık edilmış 	<p>BEBEGE BAKIM VEREMEYEN ANNE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Süt sağması için anneye yardım et Anne düzelen dek alternatif beslenme yöntemlerini değerlendir

Akış Şeması 11 (AŞ11) – devam

SOR VE KAVITLARA BAK	BAK, DİNLE, HİSSET	BEİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
<ul style="list-style-type: none"> Bebek yeni mi doğmuş? Doğum ağırlığı (DA) → <1500 gr → 1500-2500 gr. Prematüre → <32 hafta → 33-36 hafta. İkiz 	<ul style="list-style-type: none"> Kontrol muayenesi ise; vücut ağırlığı artışı değerlendirilir. 	<ul style="list-style-type: none"> DA <1500 gr. Küçük prematüre <32 haftalık veya >2 ay erken doğmuş. DA 1500-2500 gr. Prematüre: 33-36 haftalık veya 1-2 ay önce doğmuş. 	<p>ÇOK KÜÇÜK BEBEK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye sevk et Transport sırasında ek ısı sağla
			<p>KÜÇÜK BEBEK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Enzirme için özel destek ver Küçük bebek için ek bakım koşullarını sağla Günlük olarak yeniden değerlendir İyi beslenmeye, ağırlık kazanmaya, vücut ısısını koruyabilmeye başlamadan taburcu etme Başka bakımlardan iyi olmasına karşın beslenme sorunları >3 gün sürdüyse, enzirme danışmanlığı ver
		<ul style="list-style-type: none"> İkiz 	<p>İKİZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> İkiz bebeklere emzirme desteği ver Her bir bebek evde bakılabileme koşullarını yerine getirene dek taburcu etme.

Prematüre, Doğum Ağırlığı <2500 gr veya İkiz Eşi

Akış Şeması 11 (AŞ11) – devam

SOR VE KAYITLARA BAK	BAK, DİNLE, HİSSET	BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
<p>Doğumdan önceki 2 gün içinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annenin ateşi >38 °C olmuş mu? • Annede antibiyotik tedavisi gerektiren enfeksiyon olmuş mu? • > 18 saat erken membran rüptürü (EMR)? • Sifiliz testi (+)? • Anneye son 2 aydan daha kısa süre içinde antitüberküloz (anti-Tbc) tedavi verilmiş mi? 		<ul style="list-style-type: none"> • <1 günlük bebekte >18 saatlik EMR, • Anneye enfeksiyon için antibiyotik veriliyor, • Annenin ateşi >38°C. 	<p>BAKTERİYEL ENFEKSİYON RİSKİ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bebeği AŞ 10'a göre değerlendirir
		<ul style="list-style-type: none"> • Annede sifiliz testi (+) 	<p>KONJENİTAL SİFİLİZ RİSKİ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin pediatri uzmanı tarafından görülmesini sağla (Konjenital sifilis tespit edilen çocukların mutlaka HIV açısından taramması sağlanmalıdır) • Anne ve eşinin tedavi edilmesini sağla • Pediatristin tedavi planını öğren ve takip et
		<ul style="list-style-type: none"> • Doğumdan önceki 2 ay içinde anneye Tbc tedavisi başlanmış. 	<p>TÜBERKÜLOZ RİSKİ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin pediatri uzmanı tarafından görülmesini sağla (Bu bebeklerin bir kez abdominal USG'sinin yapılarak karaciğer ve portal alan lenf adenopatilerinin değerlendirilmeleri gerekir) • Pediatristin tedavi planını öğren ve takip et

Özel Tedavi Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi

Akış Şeması 12 (AŞ12)

SOR VE KAYITLARA BAK	BAK, DİNLE, HİSSET	BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
<ul style="list-style-type: none"> Göbeğe doğumda ne sürülmüş? 	<ul style="list-style-type: none"> Ciltte sarılık var mı? Bebek < 24 saatlikse yüze bak. Bebek > 24 saatlikse avuç içi ve tabanlara bak. Gözlerde şişlik, pürülan akıntı var mı? Boyun, kol altı ve kasıklarda: <ul style="list-style-type: none"> Püstüller var mı? Tek veya birkaç büyük şiş, sert, bülöz püstül var mı? Göbekte: <ul style="list-style-type: none"> Kızarıklık, Pürülan akıntı var mı? Kızarıklık cilde taşıyor mu? 	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 24 saatte yüzde sarılık > 24 saatte avuç içi ve tabanlarda sarılık. Gözlerde şişlik ve pürülan akıntı Göbek kökü ve çevre cildinde kızarıklık Ciltte <10 püstül 	<p>SARILIK</p> <p>GONOKOKSİK KONJUNKTİVİT</p> <p>OMFALİT</p> <p>LOKAL CİLT ENFEKSİYONU</p>	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye gönder Yolda emzirmeyi tavsiye et Bebek ememiyorsa sıvı tak Bebğin pediatri uzmanı tarafından görülmesini sağla (Bu bebeklerin HIV açısından taranması sağlanmalıdır) Pediatristin tedavi planını öğren ve takip et Bebğin pediatri uzmanı tarafından görülmesini sağla Pediatristin tedavi planını öğren ve takip et Bebğin pediatri uzmanı tarafından görülmesini sağla Pediatristin tedavi planını öğren ve takip et

Akış Şeması 13 (AŞ13)

Baş ve boyun muayenesi

SOR VE KAYITLARA BAK	BAK, DİNLE, HİSSET	SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
<ul style="list-style-type: none"> Doğum nasıl gerçekleşmiş? Doğum sırasında müdahale yapılmış mı? 	Genişlemiş sütürler ve şişkin fontanelin olduğu büyük kafa	HİDROSEFALI	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye gönder
	Ön fontanel şişkinliği	MENENJİT	<ul style="list-style-type: none"> Acilen sağlık personeli ve ambulans eşliğinde hastaneye naklet
	Çökmüş fontanel	DEHİDRATASYON	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye gönder Yolda emzirmeyi tavsiye et
	Fontanel üzeri, sınırlı olmayan kafa derisi üzerindeki şişlikler	SUBAPONÖROTİK (SUBGALEAL) KANAMA	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye gönder
	Tek taraflı gözün kapanmaması veya alının kırışmaması; ağz kenarının bir tarafa çekilmesi, ağzına süt damlatılmadığı, takdirden emememe	KAPUT SUKSEDENEUM SEFAL HEMATOM	<ul style="list-style-type: none"> Anne ve babaya bu durumların bebeğe genellikle zarar vermeyeceğini ve 1-2 haftada kendiliğinden düzeleceğini anlat. Bebeği yakın izleme al*
	Üst damakta ağz ve burun pasajını birleştiren açıklık	YÜZ FELCİ	<ul style="list-style-type: none"> Yüz felcinin ileri değerlendirilmesi için yönlendir
	Ağz içinde veya dil üstünde kalın beyaz plaklar	YARIK DUDAK YARIK DAMAK	<ul style="list-style-type: none"> Birlikte görülebilecek hastalıkların araştırılması ve cerrahi düzeltme zamanlaması için ilgili uzmanlara yönlendir Bebeğin ağızdaki lekeleri mistatin oral solusyon günde 4-6 kez sil ve bu işleme lezyonlar iyileştikten sonra iki gün süreyle devam et. Bebek tedavi aldığı süreçte, annenin emzirdikten sonra göğüslerine mistatin krem sürmesini sağla 2 haftadan uzun sürdü veya çok yoğun ise pediatri uzmanına yönlendirin (olası immün yetmezliklerin erken tanısı için)
	Dudaklar, dil ve gövdenin merkezinde morumsu renk	PAMUKÇUK	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye gönder
	Fazla miktarda burun akıntısı	SANTRAL SIYANÖZ	<ul style="list-style-type: none"> Acilen hastaneye gönder
			KONGENİTAL SİFİLİZ

*Kapat suksedenum ve sefal hematom gibi doğum travmaları genellikle kendiliğinden düzelse de özellikle büyük sefal hematoma karışabilecek subgaleal kanamalarda sessiz bir klinik seyirle şoka kadar gidebilen kan kayıpları olabilir, zor doğumun bu bulguları özellikle sürennal bezde olmak üzere iç organ kanamaları ile de birlikte olabilir ve aşırı ekimoz varlığında hızla hiperbilirubinemi gelişebilir, bu nedenle bebeği yakın izlemek gerekir.

Akış Şeması 14 (AŞ14)

Üreme organlarının muayenesi

SOR VE KAYITLARA BAK, BAK, DİNLE, HİSSET		SINIFLAMA	TEDAVİ VE ÖNERİLER
KIZ	• Labialarda ekimoz, ödem	İLK 48 SAATTE NORMAL	• 2 gün sonra kontrol et
	• Labialar arası akıntı	İLK 48 SAATTE NORMAL	• 2 gün sonra kontrol et
	• Klitorisin büyüklüğü	KONJENİTAL ADRENOKORTİKAL HİPERPLAZİ	• Acilen hastaneye gönder
	• Dış genital organlarda belirsizlik		
ERKEK	• Prepişyumun ucundaki açıklığın idrar yapmayı engelleyecek kadar dar olması	FİMOZİS	• Hastaneye gönder
	• Üretra ağzının glansın alt ucunda ya da dorsalinde yer alması	HİPOSPADİAS EPISPADİAS	• Hastaneye gönder
	• Testislerin skrotumda yokluğu	İNMEMİŞ TESTİS	• Torbaya iniş doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde de devam edebilir, 6 aydan sonra sürüyorsa sevk et • Eğer testisler retraktıl ve kanalda değilse beklemeden hastaneye sevk et
	• Skrotumdaki şişliğin transparan görülmesi	HİDROSEL	• Hastaneye gönder

*Dış genital organlarda belirsizlik ileri inceleme gerektirir. Endokrinolojik değerlendirme yapılmaya kadar aleye cinsiyet belirtilmemelidir.

GELİŞİMİ İZLEME REHBERİ

AD:	1 ^a - 3 ^b AY	4 ^a - 5 ^b AY	
TARİH: DOĞUM TARİHİ:			
1. Ailenin kaygıları: "Çocuğunuzun gelişmesi, öğrenmesi, anlaması, iletişim kurması, başkaları ile ilişkileri, parmaklarını, ellerini, <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR (Açıklayınız)			
2. Anlatım dili: "Çocuğunuz istediklerini size nasıl anlatıyor? Ne gibi sesler çıkarıyor, nasıl konuşuyor?"	<input type="checkbox"/> Kucaklandığında rahatlar <input type="checkbox"/> Mutluluk, huzursuzluk, açlık durumunda farklı sesler çıkarır	<input type="checkbox"/> Gülmeye ek olarak mutluluk, heyecan, istek gibi duygularını yüz ifadesi ile gösterir <input type="checkbox"/> "Aa, uu" sesleri çıkarır <input type="checkbox"/> Kahkaha atar	
3. Alıcı dil: "Çocuğunuz sizin söylediklerinizden neleri anlıyor?"	<input type="checkbox"/> Sese tepki verir, dinler, bakar	<input type="checkbox"/> Konuşulduğunda dinler, ağza bakar <input type="checkbox"/> Konuşulduğunda seslerle karşılık verir	
4. Hareket: - Kaba hareket: "Çocuğunuz başını, gövdesini ve bacaklarını nasıl hareket ettiriyor?" - İnce hareket: "Çocuğunuz ellerini, parmaklarını nasıl kullanıyor?"	<input type="checkbox"/> Yüzüstü başını kaldırır <input type="checkbox"/> Yüzüstü başını çevirir <input type="checkbox"/> Sağ, sol kol ve bacaklarını eşit oynatır <input type="checkbox"/> Ellerini çoğunlukla açık tutar	<input type="checkbox"/> Başını dik tutar <input type="checkbox"/> Yüzüstü başını 90° kaldırır <input type="checkbox"/> Ellerini açık tutar <input type="checkbox"/> Kollarını istediği nesneye doğru hareket ettirerek uzanır <input type="checkbox"/> Ellerini birleştirir	
5. İlişki: "Çocuğunuz nasıl ilişki kuruyor? Örn: göz teması nasıl? Yakınlarını tanıdığını, sevdiğini nasıl gösteriyor? Annesinden ayrılınca, kavuşunca neler yapıyor? Yakınlarına, yabancılara nasıl davranıyor?"	<input type="checkbox"/> Karşısındakinin yüzüne bakar ve hareketlerini izler <input type="checkbox"/> Karşılıklı gülümser	<input type="checkbox"/> Uzun süreli, anlamlı göz teması kurar <input type="checkbox"/> Heyecanını, huzursuzluğunu yüz ifadesi ile belirtebilir <input type="checkbox"/> Karşılıklı ilişki kurmak istediğini bakarak, gülerek, uzanarak gösterir	
6. Oyun: "Çocuğunuzun sizinle oyuncaksız oyunları ve oyuncaklarla oyunları neler?"	<input type="checkbox"/> Oyunlara hareketlenir, karşılık verir	<input type="checkbox"/> Oynadığında sesler çıkarır <input type="checkbox"/> Oyuncaklara uzanır ve yakalar <input type="checkbox"/> Oyuncakları ağzına götürür	
7. Kendine bakım: "Çocuğunuz kendisi için neler yapabiliyor? Örn: yemek yeme, giyinme gibi?"			
8. "Siz çocuğunuzun gelişimini desteklemek için evde neler yapıyorsunuz? Onunla ne gibi oyunlar oynarsınız? Nasıl iletişim 9. "Bazen ailelerin yaşantısında çocuklarının gelişimini zorlayacak durumlar olabilir. Örn: annenin zaman ayıramaması, Sizin yaşantınızda böyle sorunlar var mı? Yakın zamanda olabilir mi?" <i>Dinleyin, riskleri belirleyin. Erken çocuklukta beyin</i> 10. "Bu durumda, çocuğunuzun gelişimini desteklemek için ek olarak neler yapmayı düşünüyorsunuz?" <i>"Çabaları, çözümleri</i>			
<p>^a Standardizasyon örnekleminin ortancasıdır (medyan). İşlev/etkinliklerin sıklıkla geliştiği yaş aralığını belirtmek için</p> <p>^b Standardizasyon örnekleminde, belirtilen ayı dolduran çocukların % 97'si ilgili sütundaki işlev/etkinliklerin tümünü sapma altını belirtir. Belirtilen sütundan bir önceki sütundaki işlev/etkinliklerden birinin yapılamıyor olması ise, ilgili</p>			

	6 ^a - 7 ^b AY	8 ^a - 10 ^b AY	11 ^a - 13 ^b AY
bacaklarını ve vücudunu kullanması, işitmesi ve görmesi gibi konularda sizi kaygılandıran herhangi bir şey var mı?"			
	<input type="checkbox"/> "Agu"lar, sesli harfler ile sessizleri birleştirir (ga, da, bı gibi)	<input type="checkbox"/> "Da-da" gibi heceleri birleştirir <input type="checkbox"/> Bir şeyi istediğini heyecanlanarak, gülerек; istemediğini kendini geriye atarak, başını sallayarak anlatır	<input type="checkbox"/> Bir anlamlı sözcük söyler <input type="checkbox"/> İstediklerini eliyle işaret ederek gösterir
		<input type="checkbox"/> "Mama", "hayır" gibi sık tekrarlanan basit sözcükleri anladığını gösterir	<input type="checkbox"/> Tanıdığı kişi ve nesnelere adını, "gitti", "ver", "gel", "al" gibi sözcükleri anlar
	<input type="checkbox"/> Destekle oturur <input type="checkbox"/> Bacaklarına ağırlık verir, basar <input type="checkbox"/> Elleriyle uzanır <input type="checkbox"/> Oyuncakları ya da nesnelere tutar	<input type="checkbox"/> Yüzüstünden sırtüstüne, sırtüstünden yüzüstüne döner <input type="checkbox"/> Desteksiz oturur <input type="checkbox"/> Nesnelere elden ele geçirir <input type="checkbox"/> Üzüm gibi küçük taneleri yerden alır	<input type="checkbox"/> Elleriyle bir yere tutunup ayağa kalkar <input type="checkbox"/> Tutunmadan anlık ayakta durur <input type="checkbox"/> Oyuncaklara/nesnelere tutunarak adımlar (sıralar) <input type="checkbox"/> Küçük cisimleri tutarken işaret parmağını "kısaç" gibi kullanır
	<input type="checkbox"/> Annesini ve yakın bakım veren kişileri tanıdığını yüzlerine bakarak, gülerек, kendi isteğiyle uzanarak belli eder	<input type="checkbox"/> Annesinden ayrıldığında tepki verebilir, kavuşunca rahatlar <input type="checkbox"/> Yabancıları endişe, sakinme, çekimne ya da korku ile yadırgayabilir (yadırgama olmasa da yabancıyı fark ettiğini gösterir)	<input type="checkbox"/> Yakınlık, mutluluk, merak, isteme, karşı gelme, öfke, korku, çekimne gibi pek çok duygusunu gösterebilir (örn: anneye sarılır, öper, yabancı ortamda ona tutunabilir, arkasına saklanabilir, oyuncuğa birlikte bakar)
	<input type="checkbox"/> Elleriyle bakar <input type="checkbox"/> Nesnelere sallır <input type="checkbox"/> "Cee" oyununa şaşkınlıkla tepki verir	<input type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere merakla araştırır <input type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere atar, vurur <input type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere arar <input type="checkbox"/> Kendisi saklanır, "Cee" oynar <input type="checkbox"/> Taklit eder (örn: el sallar)	<input type="checkbox"/> Kap-kacağı vurur, doldurur, boşaltır <input type="checkbox"/> Oyuncakların/nesnelere nasıl işlediğini araştırır
			<input type="checkbox"/> Parmaklarını kullanarak kendini besler
<p>kurarsınız. Tüm çabaları kutlayın. Gerekliyse yeni öneriler verin. zorlanması, yorgun, bitkin, depresyonda olması, kardeş doğumu, bakıcı değişikliği, babanın askere gitmesi gibi gelişiminin önemi ve gelişimi destekleme yöntemlerini anlatın. kutlayın, gerekliyse ek öneriler verin</p>			
<p>kullanılmıştır. yapmaktadır. Sütündeki işlev/etkinliklerden birinin yapılamıyor olması, ilgili alanda 3. yüzdalık (persantil), -2 standart alanda 1. yüzdalık (persantil), -3 standart sapma altını belirtir.</p>			

Akış Şeması 15 (AŞ15) –devam

AD:	14 ^a - 16 ^b AY	17 ^a - 19 ^b AY	
TARİH: DOĞUM TARİHİ:			
1. Ailenin kaygıları: “Çocuğunuzun gelişmesi, öğrenmesi, anlaması, iletişim kurması, başkaları ile ilişkileri, parmaklarını, <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR (Açıklayınız)			
2. Anlatım dili: “Çocuğunuz istediklerini size nasıl anlatıyor? Ne gibi sesler çıkarıyor, nasıl konuşuyor?”	<input type="checkbox"/> “Anne, baba, mama”dan başka bir anlamlı sözcük söyler <input type="checkbox"/> İstediklerini parmağıyla işaret ederek gösterir	<input type="checkbox"/> En az 3 anlamlı sözcük kullanır <input type="checkbox"/> Anlattıklarının çoğunu ailesi anlayabilir	
3. Alıcı dil: “Çocuğunuz sizin söylediklerinizden neleri anlıyor?”	<input type="checkbox"/> “Ayakkabılarını getir” gibi basit komutları anladığını gösterir <input type="checkbox"/> “Anne nerede?” gibi basit soruları anlar <input type="checkbox"/> Veda eder, el sallar	<input type="checkbox"/> Tek basamaklı pek çok komutu anlar (örn: “ayakkabını getir”, “topunu al”, “suyunu iç”, “kapıyı aç” gibi) <input type="checkbox"/> Anlatılan kısa bir olayı / öyküyü dinler	
4. Hareket: - Kaba hareket: “Çocuğunuz başını, gövdesini ve bacaklarını nasıl hareket ettiriyor?” - İnce hareket: “Çocuğunuz ellerini, parmaklarını nasıl kullanıyor?”	<input type="checkbox"/> Yardımsız yürür <input type="checkbox"/> Parmaklarını kullanarak nesnelere araştırır	<input type="checkbox"/> Topa tekme vurur <input type="checkbox"/> Kalem/çubukla, kağıt ya da toprak üstünde çizgi çizer <input type="checkbox"/> Küçük iki cismi (küpleri) üst üste koyar	
5. İlişki: “Çocuğunuz nasıl ilişki kuruyor? Örn: göz teması nasıl? Yakınlarını tanıdığını, sevdiğini nasıl gösteriyor? Annesinden ayrılınca, kavuşunca neler yapıyor? Yakınlarına, yabancılarla nasıl davranıyor?”	<input type="checkbox"/> Duyularını gösterir (örn: anneye sarılır, öper, oyuncuğa birlikte bakar, yabancı ortamda eteğine tutunabilir, arkasına saklanabilir) <input type="checkbox"/> Yakınlarının davranışlarını taklit eder	<input type="checkbox"/> Kişilere özgü ilişki kurar (örn: dedesi ile	
6. Oyun: “Çocuğunuzun sizinle oyuncaksız oyunları ve oyuncaklarla oyunları neler?”	<input type="checkbox"/> Kap-kacağı vurur, doldurur, boşaltır <input type="checkbox"/> Oyuncakların/nesnelerin nasıl işlediğini araştırır	<input type="checkbox"/> Bebek/başkasını besleme, araba sürme, oyunları kurar <input type="checkbox"/> Sevdiklerini oyunlara katar	
7. Kendine bakım: “Çocuğunuz kendisi için neler yapabiliyor? Örn: yemek yeme, giyinme gibi?”	<input type="checkbox"/> Parmaklarını kullanarak kendini besler		
8. “Siz çocuğunuzun gelişimini desteklemek için evde neler yapıyorsunuz? Onunla ne gibi oyunlar oynarsınız? Nasıl iletişim kuruyorsunuz?” 9. “Bazen ailelerin yaşantısında çocuklarının gelişimini zorlayacak durumlar olabilir. Örn: annenin zaman ayıramaması, yaşantınızda böyle sorunlar var mı? Yakın zamanda olabilir mi?” Dinleyin, riskleri belirleyin. Erken çocuklukta beyin gelişimi için önemli olan şeyler nelerdir? Bu durumda, çocuğunuzun gelişimini desteklemek için ek olarak neler yapmayı düşünüyorsunuz?” Çabaları, çözümleri			
^a Standardizasyon örnekleminin ortancasıdır (medyan). İşlev/etkinliklerin sıklıkla geliştiği yaş aralığını belirtmek için ^b Standardizasyon örnekleminde, belirtilen ayı dolduran çocukların % 97’si ilgili sütundaki işlev/etkinliklerin tümünü sapma altını belirtir. Belirtilen sütundan bir önceki sütundaki işlev/etkinliklerden birinin yapılamıyor olması ise, ilgili			

20 ^a - 24 ^b AY	25 ^a - 36 ^b AY
ellerini, bacaklarını ve vücudunu kullanması, işitmesi ve görmesi gibi konularda sizi kaygılandıran herhangi bir şey var mı?"	
<input type="checkbox"/> Altı anlamlı sözcüğü vardır <input type="checkbox"/> "Su ver" gibi iki sözcüklü cümle kurar <input type="checkbox"/> Söz ve işaret kullanarak istediklerinin çoğunu ailesine anlatır <input type="checkbox"/> Yabancılar söylediklerinin bir kısmını anlar	<input type="checkbox"/> Çoğullu, özneli, üç-dört sözcüklü cümle kurar <input type="checkbox"/> Söylediklerinin çoğu anlaşılır <input type="checkbox"/> Birçok istek, duygu, düşüncesini sözle ifade eder
<input type="checkbox"/> "Anne evde mi?" gibi basit sorulara yanıt verir	<input type="checkbox"/> Çoğu nesnenin ismini, üstünde, altında, yanında gibi kavramları anlar <input type="checkbox"/> İki basamaklı komutları anlar (örn: ayakkabını getir, ceketini giy; topu dolaptan al, sepete koy gibi)
<input type="checkbox"/> Merdivenlerden tutunarak çıkar <input type="checkbox"/> Kalem ucundan tutar	<input type="checkbox"/> Yerinden sıçrar, atlar <input type="checkbox"/> Kalem ucundan parmak uçları ile tutar <input type="checkbox"/> Üst üste dizerek yüksek kule yapar
gezmek, annesi ile uyumak, babası ile boğuşmak ister)	<input type="checkbox"/> İlişki istediğinde ve istemediğinde sözle ifade eder, çağırır (anne gel, cici, git, yapma) <input type="checkbox"/> Yeni kişilere, çocuklara ilgi gösterir, ilişki kurmak ister
ata binme gibi en az bir duygu düşünce, konuyu aktaran hayal	<input type="checkbox"/> Hayal oyunları birkaç ardışık konuyu içerir (örn: araba sürme, yarıştırmaya; bebek besleme, uyutma) <input type="checkbox"/> Bağımsız olmayı, başarmayı ister
<input type="checkbox"/> Tabak, çatal, kaşık, bardak kullanır <input type="checkbox"/> Yelek/hırka/ceketini yardımsız çıkarabilir	<input type="checkbox"/> Yardımsız yelek/hırka/ceketini giyinebilir <input type="checkbox"/> Tuvalet eğitimi ilerlemektedir
<p><i>kurarsınız. Tüm çabaları kutlayın. Gerekliyse yeni öneriler verin.</i></p> <p><i>zorlanması, yorgun, bitkin, depresyonda olması, kardeş doğumu, bakıcı değişikliği, babanın askere gitmesi gibi. Sizin gelişiminin önemi ve gelişimi destekleme yöntemlerini anlatın.</i></p> <p><i>kutlayın, gerekiyorsa ek öneri verin</i></p>	
<p>kullanılmıştır.</p> <p>yapmaktadır. Sütündeki işlev/etkinliklerden birinin yapılamıyor olması, ilgili alanda 3. yüzdelik (persantil), -2 standart alanda 1. yüzdelik (persantil), -3 standart sapma altını belirtir.</p>	

GELİŞİMİ İZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ

0 – 3 AY



Duyguları:

- ▼ Dünyayı sizinle keşfedecek. Daha yeni anne karnıydı, dış ortama alışması zaman alacak. Kokunu, sesini, yüzünüzden sizi tanıyor.
- ▼ Şefkatli bakmanız, ağlayınca yanıtlanmanız, sıkıntısını giderip kucaklamanız onu yatıştıracağınıza güvenmesi

ile istediğinde sizinle ilişkiye geçebileceğini öğrenecek.

- ▼ Tüm bebeklik ve erken çocukluk döneminde çalışıyorsanız bakacak kişiye alışması için en az on gün birlikte bakmanız, sık bakıcı değiştirmenizi öneririz.

İletişimi:

- ▼ Doğudan itibaren sizi görmekte, işitmekte, size doğru dönmekte, ağlayarak kendisini anlatabilmekte, farklı sesler çıkarabilmekte.
- ▼ Yüz yüze konuşup, çıkaracağı sesleri tekrarlamamız, ninni, şarkı söylemeniz konuşmasını başlatacak.



Hareketleri:

- ▼ Dünyayı tanımak istiyor, öğreneceği çok şey var. Ellerini keşfetmesi uzamasının başlangıcı. En duyarlı tanıma organı ağzı olduğundan ellerini serbest bırakmanız, güvenli nesnelere ağızına götürmesini engellemememiz öğrenmesini kolaylaştırır.
- ▼ Başını kaldırıp çevresini görmeye, sırtını güçlendirip oturmaya çalışmakta. Kucakta, sırtta yatıyıp, başı ve beline yaslık koyup yarı oturur tutmanız, uyumadığında sırtının güçlenmesi için yatakuoyun oynamasına fırsat vermeniz onu destekleyecektir.



4 – 7 AY

Duyguları:

- ▼ Hiyunu, nizamı tanımanız, ona göre davranmanız uyumunu, öğrenmesini destekler
- ▼ Size bağlandığından yabancıları yadırgayabilir, tanımadığı kişilerle yalnız bırakılmaması, gidip geleceğinizi anlatmanız, "ce-ce" oyunları, saklanan nesneyi bulması, bir şeyi atınca geri vermeniz, sizi görmediğinde yok olmadığını anlamasına yardımcı olur.

İletişimi:

- ▼ Pek çok şeyi anlamaya ve size anlatmaya çalışıyor! Sizi dinleyecektir. Konuşmaya merak sarması ve sözceklere anlamaya başlaması için çıkaracağı sesleri tekrar etmeniz, konuşup, onun yaptıklarını, hissettiklerini ona anlatmanız, herşeyi, herkesi tanımanız, kitap, albüm, resim göstermeniz onu geliştirecektir.



Hareketleri:

- ▼ Oturarak tüm dünyayı görebileceği, dokunarak keşfedebileceği! Evdeki temiz, değişik, ses çıkaran nesnelere ağzına götürmesi, elden ele geçirmesi, vurmamasına izin vermeniz onu geliştirir.
- ▼ Yerde yatırmak, doğrulup dönerek güçlenmesine olanak vermeniz, otururken dengesini sağladıkça yasıklarını azaltmanız sırtını geliştirecektir.



8 – 12 AY



Duyguları:

- ▼ Sızden ayrılmasını zor olması çok doğal. Yavaş alışan bebekleri zorlamamız, yabancı yer ve insanları yadrigmalarını soygyla Karşılamanız, ondan ayrılmamızın bunu anlatmamız, güvendiği kişilere bırakmamız kaygılarını azaltabilir.

- ▼ Hareketlendikçe sızden uzaklaşabileceğini fark edip, ürkebilir. Saklambaç, el sallama, "ce-ce" ayrılıkta başımevı öğretin oyunlardır.

- ▼ Önceden elbette her istediği yapıyordu, şimdiki sınır ve kurallarla karşılaştığında istediklerinin neden olmadığını anlamadığı için bocalayabilir.

Duygularını ona anlatabilmemiz. Az sayıda, tutarı kuralları daha kolay anlayacaktır.

- ▼ Onu sevdiği ve ilginizle ödüllendirip, başaracağı duygusunu arttırmamız, merakını, coşkusunu desteklememiz (ör: kitabın sayfalarında süprizlerle karşılaşma, birşeyi keşfedince, coşkuyla ona bakmamız) öz güvenini destekleyecektir.

İletişimi:

- ▼ İlişki için konuşmayı seçmekte! Bolca konuşup, şarkılı oyunlar oynamamız, babıldamalarına anlam kattıp, birşeyi anlattığında, sizi anladığında fark etmemiz, kitapları resimlerini, öyküleri anlatmamız, parmakla işaret ederek, kişileri, nesnelere tanıtmamız gelişimini destekleyecektir.

Hareketleri:

- ▼ Ev eşyalarıyla (plastik şişe, bardak, tahta kasek, tabak, kap kacak) oynaması, içlerine ceviz, mandal atması, boşaltması, plastik kutuları açma-kapaması, iç içe üst üste koyması, yiyecekleri (ekmek, pilav, makarna, peynir) parmak uçlarıyla tutup kendini dolmasınma izin vermeniz, top, saklambaç, yakalamaca oynamamız

kaslarını güçlendirip, desteksiz oturma, sırtınma, emekleme ve yürütmesini geliştirecektir.



GELİŞİMİ İZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ

15 AY – 2 YAŞ



Duygulan:

- Artık size güveniği gibi kendine de güvenmeli!
- Bağımsızlık ve kendi istediğini yapma duyguları onu inatçı kılabilir. Bir yandan bekkliği bırakmamayı, bir yandan büyük çocuk olmayı, kuskadlamayı ve başına buyruk olmayı aynı anda isteyebilir. Huzursuzluğunu anlayışla karşılayıp, inatlaşmaması, bebek olmak isteyince bebek, çocuk olmak isteyince çocuk olmasına olanak tanımanız, onu rahatlatacaktır.

- Başarabileceklerini kendisinin yapmasını destekleyip kutlamanız, kolay seçimler sunmanız öz güvenini arttıracak; kuralı ve nedenlerini açıklamanız uyumunu kolaylaştıracaaktır.
- Cinsel organını keşfetmesi, koruması, kaybetmekten korkması bu dönemde yaygın. Sınırlarını ya doğrudan sonra ilk 6 ay içinde ya da 8-9 yaşından sonra yapırmamız uygundur. Duygusal anlamda çok hassas olan erken çocukluk ve okul öncesi dönemde sünnet yapılmasını, başkalarının çocuğunuzun cinsel organına atı şakalar yapmasını engellemelidir.

İletişimi:

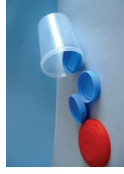
- Onu ila bol konuşmayı sürdürmeniz, somalarına yanıt vermeniz çok önemli! İşaret ve sözcüklerle anlatmak istediklerini anlamalarını göstermeniz, konuşmalarına katılmamız dır gelişimini destekler.
- Sözcükleri yarım söylenişinde düzeltmesi gerektiğini düşünmeyiz, bu zaman içinde kendiliğinden olacaktır. Telefonla konuşma, bebek besleme, arabaya sırım gibi basit hayvaller oyunlar oynaması, basit oyunlar da "bir sen, bir ben" gibi sıra alması, öyküler, kitaplar, şarkılı oyunlar, vücut parçalarını öğretmeniz onu geliştirir.



Hareketleri:

- Sığ-sol el seçimi yerleşecekler, seçim beyindedir, göz ve ayak seçimi ile birliktedir, seçimi değiştirmeye çalışmayınız! Parmaklarıyla cisimlerin özelliklerini araştırması, hamur, karalama, boyama, su oyunu, takma çıkarma, besinleri ayıklama gibi etkinlikler, onların gelişmesini destekler.

- Kosma, ırmanma, top, iple çekmeli oyuncaklar, parka ve bahçeye götürülmesi bedeninin güçlenmesine yardımcıdır.
- Ev işlerme yardım etmesi hareketlerine anlam kazandırır. Birlikte yemek pişirip, çamaşır eşlerme tüm gelişimini destekleyecektir.



3 YAŞ – OKUL ÖNCESİ

Duygulan:

- Bu dönemde öz güveni, kişilere özgü inşileri ve onlara güveni pekişmektedir. Başkalarına duygularını, düşüncelerini anlatabilme, birşeyler yaratma, ortaya çıkarma isteği ve merakı doruğunda! Sorular sormasına ve anlamasına fırsat tanımanız; sorularını yanıtlayıp, bilmediğinizi başkasına sorarak araştırarak ona örnek olmanız, anlayışlılığı şeylerini neden ve sonuçlarını anlamamız, merak ve araştırıcılığını destekler.



- Ev işlerinde görev vermeniz, öğretme davranışı kazanması için örnek olmanız, tüm olumlu davranışlarını sevgi ve ilginizle kutlamanız öz güvenini pekiştirecektir.

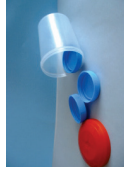
İletişimi:

- Konuşması ve anlaması ilişkilerinin temel taşı! Duyduklarını anlamaya, cümle kurmaya, olayları, duygularını, öyküleri anlatmaya çalışacak. Pek çok kavramı (büyük/küçük, cinsiyet, ağırlık, renkler, dokular) öğretilmez, yaşadığı olayları anlatırmanız, konuştuğu (evcilik gibi) tüm oyunlara zaman tanımanız onu destekleyecektir.

- Bu dönemde oyunlar artacaktır. Ancak gene de en büyük gereksinimi sizlerle ilişkisidir. Sadelerle yalnız ya da başka çocuklarla oynamasını beklemeyiniz. Yeni kurduğunuz oyunlara 10-15 dakıca ayırıp gene sizi araması çok doğaldır.

Hareketleri:

- Yıyecekleri ayıklama, resim yapma, karalama, kesme yapıştırma, boncuk dizme, düğme ilikleme, giyinme, çatal kaşıkla yemeğini kendisinin yemesi parmak becerilerini geliştirir.
- Koşup, ziplama, ırmanma, merdiven inip çıkma güçlenmesi, dostluklar kurması ve başarma duygusunun pekişmesi için parka, bahçeye götürülmelidir. Doğada ve açık havada gövdükleri, yapabildikleri, doğayı sevmesi, tanıdığı çocuklar, erişkinler, hayvanlar, birlikle kurduğu dostluklar çocuğunuz ve sizi zenginleştirir. Çocuğunuzun ana sınıfına göndermeyi unutmayınız!



ÇOCUĞUNUZA GELİŞİM İÇİN BAKIM ÖNERİLERİ

**Doğumdan
1 haftaya kadar**

Bebeğiniz doğar doğmaz öğrenmeye başlar.

- **Oyun:** Onun görmesi, işitmesi, hissetmesi, kollarını ve bacaklarını rahatça hareket ettirmesi ve size dokunması için fırsatlar yaratın. Onu nazikçe sakınleştirin, pırpışlayın ve kucacağınızda tutun. Teninin teninize değmesi ona çok iyi gelir.
- **İletişim:** Çocuğunuzun gözlerine bakın ve ona gülümsesin. Onu bestleme yapın. Onun için çok uygundur. Yeni doğan bebekler yüzünüzü görebilir ve sesinizi duyabilirler.

**1 haftadan
6 aya kadar**

- **Oyun:** Onun görmesi, işitmesi, hissetmesi, kollarını ve bacaklarını rahatça hareket ettirmesi ve size dokunması için fırsatlar yaratın. Çocuğunuzun görebileceği ve uzanabileceği renkli nesnelere yavaşça hareket ettirin. Örnek oyuncaklar: çingirak, ipe bağlanmış halka.
- **İletişim:** Çocuğunuzun gülümseyin, onunla birlikte gülün, onunla konuşun. Onun çıkardığı sesleri ve hareketleri taklit ederek karşılıklı sohbet edin.

**6 aydan
9 aya kadar**

- **Oyun:** Çocuğunuzun elinde tutabileceği, vurarak ses çıkarabileceği ve yere atabileceği temiz ve güvenli ev eşyalarını verin. Örnek oyuncaklar: kapaklı kutular, metal tencere, kaşık.
- **İletişim:** Çocuğunuzun seslerine ve ilgi gösterdiği şeylere yanıt verin. Ona adivla seslenin ve tepkisini gözlemleyin.

**9 aydan
12 aya kadar**

- **Oyun:** Çocuğunuzun en sevdiği oyuncak ya da nesneyi bir bezin altına ya da kutu içine saklayın. Onun bulup bulamadığını gözlemleyin. Onunla "ce-e" oyunu oynayın.
- **İletişim:** Çocuğunuzun nesnelere ve insanların isimlerini söyleyin. Elleri kullanarak nasıl bazı şeyleri anlatabileceğini (örneğin el sallayarak veda edileceğini) gösterin. Örnek oyuncaklar: yüz hatları belirgin oyuncak bebek.

**12 aydan
2 yaşa kadar**

- **Oyun:** Çocuğunuzun üst üste yığılabileceği nesnelere, içine başka nesnelere doldurup boşaltabileceği boş kapları verin. Örnek oyuncaklar: iç içe ve üst üste konulabilecek nesnelere, saklama kapları ve mandallar.
- **İletişim:** Çocuğunuzun basit sorular sorun. Çocuğunuzun konuşma denemelerine karşılık verin. Çevresindeki nesnelere, resimlere ve doğada gördüklerinizi gösterin ve bunlar hakkında konuşun.

2 yaş ve sonrası

- **Oyun:** Çocuğunuzun nesnelere sayması, isimlendirmesi ve karşılaştırmasında yardımcı olun. Çocuğunuz için basit oyuncaklar yapın. Örnek oyuncaklar: gruplandırma yapabileceği değişik renk ve şekilde nesnelere, tebeşir ve tahta gibi çizilebileceği eşyalar, yapboz.
- **İletişim:** Çocuğunuzun konuşması için yöreklendirin. Onun sorularını yanıtlayın. Çocuğunuzun şarkılar, masallar ve oyunlar öğretin. Resimler ya da kitaplar hakkında konuşun. Örnek oyuncaklar: resimli kitaplar.

Çocuğunuzla ilgilenen ve ona sevginizi gösteren Çocuğunuzun ilgilendiği şeylerin farkında olup bunlara yanıt verin Yeni becerileri öğrenmeye çalıştığı için çocuğunuzun övün

ÇOCUKLARINA GELİŞİMİ İÇİN BAKIM VERMELERİ SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEKLERİ SORUNLAR KONUSUNDA AİLELERE DANIŞMANLIK

Anne bebeğini emzirmiyorsa, beslenen çocuğu kendisine yakın tutmasını, ona bakmasını, onunla konuşmasını ya da ona şarkı söylemesini önerin.

Çocuğa bakım veren kişi çocuğun nasıl oynadığını ya da nasıl iletişim kurduğunu bilmiyorsa:

- Çocukların doğumdan başlayarak oynadıklarını ve iletişim kurduklarını hatırlatın.
- Etkinliklere çocuğun nasıl tepkiler verdiğini gösterin.

Çocuğa bakım veren kişi aşırı yük ya da stres altında olduğunu ve bunların çocuğa oyun ve iletişimini engellediğini düşünüyorsa:

- Onun duygularını dinleyin, sıkıntılarını paylaşabileceği ve çocuğun bakımı konusunda ona yardımcı olabilecek başka bir kişiyi belirlemesine yardımcı olun.
- Çocuğuyla birlikte basit bir etkinliği nasıl gerçekleştirebildiğini göstererek kendine güvenini pekiştirin.
- Gerek varsa ve hizmetler mevcutsa, yakındaki hizmetlere yönlendirin.

Çocuğa bakım veren kişiler çocukla oynamak ve iletişim kurmak için zamanları olmadığını düşünüyorlarsa:

- Çocuğun bakımı ile ilgili diğer işleri yaparken onunla oynamaları ve iletişim kurmalarını teşvik edin.
- Çocuğun bakımı ya da diğer işlerinde yardımcı olabilecek diğer aile bireylerini belirleyin.

Eğer çocuğun oyuncuğu yoksa aşağıdaki önerileri verin:

- Temiz ve güvenli ev eşyaları kullanın.
- Basit oyuncaklar yapın.
- Çocuğunuzla oynayın. Çocuk bakım veren kişi ya da başka erişkinlerle oynarken öğrenecektir.

Çocuk tepki vermiyorsa ya da gelişimi “yavaş” ise:

- Aileyi çocukları ile daha fazla oyun ve iletişim etkinlikleri yapması için teşvik edin.
- Çocuğun görmesini ve işitmesini kontrol edin.
- Gelişimsel zorlukları olan çocukları özel hizmetleri yönlendirin.
- Aileyi dokunma ve hareket yolu ile çocukla oynaması ve iletişim kurması için teşvik edin.

Anne ya da baba çocuğu başka birine bırakarak ondan bir süre için ayrılmak zorundaysa:

- Çocuğa düzenli olarak bakım verebilecek, onu sevecek ve ilgilenecek en az bir kişi belirleyin.
- Çocuğun bu yeni kişiyi yavaş yavaş tanımasını ve ona alışmasını sağlayın.
- Mümkün olan her fırsatta çocuğun anne ve babasıyla zaman geçirmesini teşvik edin.

Çocuğa sert davranılıyor izlenimi olduğunda:

- Çocukla baş edebilmelerini sağlayacak olumlu yöntemler önerin.
- Ailenin çocuğun iyi davranışlarını izlemeleri ve övmeleri için fırsat gözlemlerini teşvik edin.
 - Çocuğun duygularına saygı gösterilmesi gerektiğini belirtin. Onun neden üzgün ya da öfkeli olduğunu anlamaya çalışmalarının önemli olduğunu anlatın.
 - “Yapma” demek yerine ailenin çocuğuna ne yapabileceği ile ilgili seçeneğe sunmasını önerin.

Gelişim İçin Bakım Danışmanlığı
DENETLEME LİSTESİ

(0-5 yaş)

Tarih:/...../20.....

Çocuğun adı-soyadı:

Bakım verenin adı-soyadı:

Adres:

Görüşmecinin adı:

Yaşı:yaş/.....ay

Çocukla ilişkisi: Anne/Baba/Diğer

Erkek / Kız

1.Çocuğun gelişimini destekleyen uygulamaları belirleyiniz ve bakım verene danışmanlık veriniz.

Gözlemleyin.		Çocuğa bakım veren kişi aşağıdakilerden birini yaparsa onu kutlayın.	Çocuğa bakım veren kişi aşağıdakilerden birini yapmazsa öneri verin ve sorunu çözün.
Tüm çocuklar için	Çocuğa bakım veren kişi çocuğun hareketlerinin farkında olup olmadığını nasıl gösteriyor?	<input type="checkbox"/> Çocuğun hareketlerine karşılık olarak ve onunla birlikte hareketler yapar, çocukla konuşur ya da onunla birlikte sesler çıkarır.	<input type="checkbox"/> Çocukla birlikte hareket etmez, ya da hareketlerini kontrol etmez: Bakım veren kişiden çocuğun hareketlerini taklit etmesini, çocuğun öncülüğünü takip etmesini isteyiniz.
	Çocuğa bakım veren kişi çocuğu nasıl rahatlatıyor, ona sevgisini nasıl gösteriyor?	<input type="checkbox"/> Çocuğun gözlerinin içine bakar ve yumuşak sesle onunla konuşur, şefkatle ona dokunur ya da onu kendisine yakın tutar.	<input type="checkbox"/> Çocuğu yatıştırılmaz ve çocuk yatıştırılmak için bakım verene dönmeye: Çocuğun gözlerine bakması, onunla yumuşak bir sesle konuşması ve onu kucaklaması için bakım veren kişiye yardım ediniz.
	Çocuğa bakım veren kişi onun istenmeyen davranışlarını nasıl düzenliyor?	<input type="checkbox"/> Uygun oyuncak ya da etkinlikle çocuğun davranışını başka yöne çeker.	<input type="checkbox"/> Çocuğu azarlarsa: Çocuğa farklı bir oyuncak vererek ya da etkinlik önererek dikkatini istenmeyen davranıştan çekmesi için bakım veren kişiye yardım ediniz.

Sorum dinleyin.		Çocuğa bakım veren kişi aşağıdakilerden birini yaparsa onu kutlayın.	Çocuğa bakım veren kişiye öneri verin ve sorunu çözün.
6 aydan küçük bebekler için	Çocuğunuzla nasıl oynuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Çocuğun kollarını ve bacaklarını hareket ettirir ya da nazikçe onu okşar. <input type="checkbox"/> Çıngırak ya da benzer bir nesne ile çocuğun dikkatini çeker.	<input type="checkbox"/> Çocukla oynamıyorsa: Çocuğun görmesini, işitmesini, hissetmesini ve hareket etmesini destekleyen yaşına uygun öneriler veriniz.
	Çocuğunuzla nasıl konuşuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Çocuğun gözlerinin içine bakar ve yumuşak bir ses tonuyla onunla konuşur.	<input type="checkbox"/> Çocukla konuşmuyorsa: Çocuğun gözlerinin içine bakmasını ve onunla konuşmasını isteyiniz.
	Çocuğunuzun gülümsemesini nasıl sağlıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Çocuğun gülmesini sağlamak için onun seslerine ve hareketlerine karşılık verir.	<input type="checkbox"/> Çocuğu gülümsemeye zorluyorsa ya da ona tepki vermiyorsa: Çocuğun ilgisini uyandıran yüz ya da beden hareketlerini yapmasını ya da sesler çıkarmasını isteyiniz; çocuğun seslerini ve hareketlerini taklit etmesini ve tepkilerini izlemesini söyleyiniz.
6 aydan büyük bebekler için	Çocuğunuzla nasıl oynuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Çocukla yaşına uygun kelime oyunları ya da oyuncakla oynar.	<input type="checkbox"/> Çocukla oynamıyorsa: Çocuğun yaşına uygun oyunlar oynamasını ya da iletişim etkinlikleri yapmasını isteyiniz.
	Çocuğunuzla nasıl konuşuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Çocuğun gözlerinin içine bakar ve yumuşak bir sesle onunla konuşur, ona sorular sorar.	<input type="checkbox"/> Çocukla konuşmuyorsa ya da onu azarlarsa: Bakım verenin ve çocuğun birlikte yapacakları bir etkinlik veriniz. Çocuğun ne yaptığını ve ne düşündüğünü yorumlamasına, onun tepkilerini ve gülümsemesini görmesine yardımcı olunuz.
	Çocuğunuzun gülümsemesini nasıl sağlıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Çocuğun gülümsemesini sağlar.	
	Sizce çocuğunuzun öğrenmesi nasıl?	<input type="checkbox"/> Çocuğun iyi öğrendiğini söyler.	<input type="checkbox"/> Çocuğu yavaş öğrendiğini söylüyorsa: Bakım verenin çocukla birlikte daha fazla etkinlik yapması için teşvik ediniz, işitmesini ve görmesini değerlendiriniz. Gelişimsel zorluğu olan çocuğu yönlendiriniz.

2. Eğer gerek duyulursa bir hafta içinde çocuğu tekrar değerlendiriniz (uygun günü daire içine alınız):

Pazartesi

Salı

Çarşamba

Perşembe

Cuma

Hafta sonu

1 - 2 AY ARASINDAKİ KÜÇÜK BEBEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SINIFLANMASI VE TEDAVİSİ

SINIFLAMA

BEBEĞİN SORUN VE BELİRTİLERİNE UYAN TÜM KUTULARI KULLANARAK HASTALIĞINI SINIFLAYIN

TEDAVİNİN BELİRLENMESİ

OLASI BAKTERİYEL ENFEKSİYONA BAKIN		BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ
<p>SORUN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bebek havale geçirmiş mi? 	<p>BAKIN, DİNLEYİN, HİSSEDİN:</p> <p>BUNJARA BAKARKEN BEBEK SAKIN OLMALI</p> <ul style="list-style-type: none"> Dakikadaki solunum sayısını sayın. Eğer yüksekse sayımı yinleyin. Ağır göğüs çekintisi var mı bakın. Burun kanadı solunumu var mı bakın. İnleme var mı bakın ve dinleyin. Fontanel bombelgi var mı bakın ve hissedin. Kulaklardan iltihaplı akıntı geliyor mu bakın. Gözlerden iltihaplı akıntı geliyor mu bakın. Göbeğe bakın. Kızanıklık ya da iltihaplı akıntı var mı ? Kızanıklık göbek çevresindeki deriye yayılıyor mu? Vücut sıcaklığın ölçün (ya da elinizle bakın). Yüksek ya da düşük mü? Deride püstül var mı bakın. Sayıları 5'den fazla ya da ağır mı? Pamukçuk ya da bez dermatiti var mı bakın. Bebek letarjik ya da bilinci kapalı mı bakın. Bebegin hareketlerine bakın. Normalden az mı? 	<p>TÜM KÜÇÜK BEBEKLERİ Sınıflayın</p> <ul style="list-style-type: none"> Havale ya da Hızlı solunum (60/dk ya da üstü) ya da Ağır göğüs çekintisi ya da Burun kanadı solunumu ya da İnleme ya da Fontanel bombelgi ya da Kulaktan iltihaplı akıntı ya da Göbek çevresindeki deriye yayılan kızanıklık ya da Ates (37.5°C* ya da üzerinde ya da elinizle ateşi geliyorsa) ya da düşük vücut sıcaklığı (35.5°C* altında ya da elinizle soğuk geliyorsa) ya da Ağır ya da 5'ten fazla püstül ya da Letarjik ya da bilinci kapalı ya da Normalden az hareket 	<p>OLASI GİDDİ BAKTERİYEL ENFEKSİYON YA DA ÇOK AĞIR HASTALIK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Havale geçiyorsa tedavi edin Intramusküler antibiyotığın ilk dozunu uygulayın. Kan şekerinin düşmesine karşı önem alın. Bebek hastaneye götürülürken yalıda nasıl sıcak tutulacağı konusunda anneyi bilgilendirin. Acilen sağlık personeli eşliğinde hastaneye SEVİK EDİN.
		<ul style="list-style-type: none"> Kızarkı ya da iltihaplı göbekte ya da Sayı 5'ten az püstül ve 2 cm'den küçük ya da Gözlerde iltihaplı akıntı 	<p>LOKAL BAKTERİYEL ENFEKSİYON</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anneye lokal enfeksiyonların evde tedavisini öğretin. Anneye küçük bebeğin evde bakımını anlatın. Her gün kontrole gelmesini söyleyin.
		<ul style="list-style-type: none"> Pamukçuk ya da bez dermatiti. 	<p>LOKAL FUNGAL ENFEKSİYON</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lokal antifungal verin. Anneye lokal enfeksiyonların evde tedavisini öğretin. Anneye küçük bebeğin evde bakımını anlatın. 2 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.
		<ul style="list-style-type: none"> Yükarıdakiardan hiçbirisi. 	<p>OLASILIKLA ENFEKSİYON YOK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anneye küçük bebeğin evde bakımını anlatın.

* Bu ölçümler kulaktanmadan yapılmalıdır.

1 - 2 AY ARASINDAKİ KÜÇÜK BEBEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SINIFLANMASI VE TEDAVİSİ

<p>SONRA SORUN: Küçük bebeğin ishali var mı?</p> <p>EĞER EVET İSE SORUN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne zamandan beri? • Dışkıda kan var mı? <p>BAKIN VE HİSSEDİN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebeğin genel durumuna bakın. Bebek: - Letarjik ya da bilinci kapalı mı - Huzursuz ve irritable mi? • Göz küreleri çökük mü bakın. • Karni derisinde turgor tonus bakın. - Çok yavaş mı? (2 saniyeden uzun) • Yavaş mı? <p><i>*Küçük bebekte açıkla susuzluğu birbirinden ayırt etmek olanaksız olduğundan, küçük bebekte susuzluğa bakılmaz.</i></p>	<p>DEHİDRATASYON için</p>	<p>Aşağıdaki belirtilerden ikisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letarjik ya da bilinci kapalı • Göz kürelerinde çöküklük • Deri katantısının çok yavaş kaybolması 	<p>AGIR DEHİDRATASYON</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eğer bebekte OLASI CİDDİ BAKTERİYEL ENFEKSİYON yoksa: - Ağır dehidratasyon için Plan C'yi uygulayın • YA DA • Bebekte aynı zamanda OLASI CİDDİ BAKTERİYEL ENFEKSİYON varsa: - ACİLEN hastaneye sevk edin. Anne emziriyorsa, yolda emzirmesini söyleyin.
<p>İSHALİ sınıflayın</p>	<p>DEHİDRATASYON YOK</p>	<p>Aşağıdaki belirtilerden ikisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huzursuzluk, irritable • Göz kürelerinde çöküklük • Deri katantısının yavaş kaybolması 	<p>ORTA DEHİDRATASYON</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orta dehidratasyon için sıvı ve yiyecek verin • Bebekte aynı zamanda OLASI CİDDİ BAKTERİYEL ENFEKSİYON varsa: - ACİLEN hastaneye SEVK EDİN. Anne emziriyorsa, yolda emzirmesini söyleyin. • Ishalin evde tedavisi için sıvı verin (Plan A)
<p>ve ishal süresi 14 gün ya da fazla ise</p>	<p>AGIR İNATÇI İSHAL</p>	<p>14 günden uzun süren ishal</p>	<p>AGIR İNATÇI İSHAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eğer bebekte OLASI CİDDİ BAKTERİYEL ENFEKSİYON yoksa ve bebek dehidrate ise dehidratasyonu sevk öncesi tedavi edin • Hastaneye sevk edin.
<p>ve dışkıda kan</p>	<p>DIŞKIDA KAN</p>	<p>Dışkıda kan</p>	<p>DIŞKIDA KAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACİLEN hastaneye sevk edin • Anne emziriyorsa yolda emzirmesini söyleyin

- Tedaviyi anlatın ve gösterin
- Anne tedaviyi uygularken izleyin
- Anneye lokal enfeksiyon kötüleşirse geri gelmesini söyleyin
- 5 gün tedavi edin

*Lokal
enfeksiyonların
evde tedavisi*

BEBEĞİ HER GÜN YENİDEN DEĞERLENDİRİN

- Cilt, gözler ve göbeği yeniden değerlendirin
- Kızarıklık ve akıntı devam ediyorsa veya lezyon kötüye gitmişse hastaneye sevk edin
- Düzelme varsa anneye evde tedaviye devam etmesini söyleyin

PÜSTÜLLER VE UMBİLİKAL ENFEKSİYON

Aşağıdakileri günde 3 kez yineleyin:

- Ellerinizi su ve sabunla yıkayın
- Kaynatılmış ılık su ve sabunla iltihap ve kabukları temizleyin
- Alanı temiz bir gazlı bezle kurulayın
- Povidon iyodin sürün
- Ellerinizi su ve sabunla yıkayın

GÖZ ENFEKSİYONU

Aşağıdakileri günde 6-8 kez yineleyin:

- Ellerinizi su ve sabunla yıkayın
- Temiz ve yumuşak bir tülbenti kaynatılmış ılık su ile ıslatın
- Bununla bebeğin gözündeki çapağı ve iltihabı temizleyin
- Günde 3 kez göz kapaklarının içine %0,5 eritromisin pomat sürün
- Ellerinizi su ve sabunla yıkayın

Akış Şeması 18 (AŞ18)

İshal Tedavi Planı A: İshalin evde tedavisi

Ev tedavisinin 4 kuralını açıklayın; fazladan sıvı verilmesi, çinko desteği verilmesi, beslenmenin sürdürülmesi, geri gelme koşulları

1. Fazladan sıvı verilmesi

- Anneye anlatın:
 - ✓ Daha sık ve daha uzun süre emzirin.
 - ✓ Çocuk yalnızca anne sütü alıyorsa ishal olduğu dönemde ek olarak ORS ya da su verin.
 - ✓ Çocuk tamamlayıcı besin alıyorsa ORS, besin kökenli sıvılar (çorba, pirinç suyu ve yoğurt içecekleri) ya da su verin.

Sağlık kuruluşunda Plan B, Plan C uygulanan bebekler

İshal kötüleştiğinde yeniden kuruma getirilemeyecek bebekler

**Evde mutlaka
ORS almalıdır**

- Anneye ORS hazırlama ve vermeyi öğretin.
- Evde kullanmak için 2 paket ORS verin.
- Anneye olağan sıvı alımı dışında ek olarak vermesi gereken sıvı miktarını öğretin;

2 aydan 2 yaşa kadar Her sulu dışkılamadan sonra 50-100 ml

2 yaş ve üzeri Her sulu dışkılamadan sonra 100-200 ml

- ✓ Bardakla az az, sık sık sıvı verin.
- ✓ Çocuk kusarsa 10 dk bekleyin, sonra daha yavaş olarak verin.
- ✓ İshal atağı düzeline kadar fazla sıvı vermeye devam edin.

2. Çinko desteği verilmesi

- Anneye verilecek çinko miktarını ve süresini öğretin.

6 aya kadar Günde 10 mg, 10-14 gün

6 ay ve üzeri Günde 20 mg 10-14 gün

3. Beslenmenin sürdürülmesi

4. Geri gelme koşulları

- İshal şiddetinde artma; daha fazla sayıda ve daha sulu dışkı yapma
- Daha susuz olma (dehidratasyonun artması)
- Normal emme ve su içmesinde bozulma (yemek yiyememe, su içememe)
- Göz küresinde çökme
- Şu anda olduğundan daha hasta olması
- Çocuğun ateşinin olması
- Dışkıda kan olması
- Çocuğun genel durumunun üç gün içinde daha iyiye gitmemesi

İshal Tedavi Planı B: Dehidratasyonu olan çocuğun ORS ile tedavisi

Dehidrate vakada ilk 4 saatte verilecek ORS miktarının belirlenmesi

Ağırlık	YAŞ*	ORS miktarı, ml**
<6 kg	< 4 ay	200-400
6-9 kg	4-11 ay	400-700
10-11 kg	12-23 ay	700-900
12-19 kg	24-59 ay	900-1400
Ağırlık(kg) X 75		

* Çocuğun yaşı sadece ağırlığı bilinmediği zaman kullanılır.

** Çocuğun alması gereken sıvı miktarı çocuğun ağırlığı (kg cinsinden) 75 ile çarpılarak bulunur. Eğer, çocuk önerilenden fazla ORS istiyorsa, istediği kadar daha verin.

Rehidratasyon

- Anneye ORS'yi nasıl vereceğini gösterin.
- Çocuk kusarsa 10 dakika bekleyin. Sonra daha yavaş olarak devam edin.
- Çocuk her istediğinde emzirmeyi sürdürün.

Anne tedaviyi tamamlamadan ayrılacaksa;

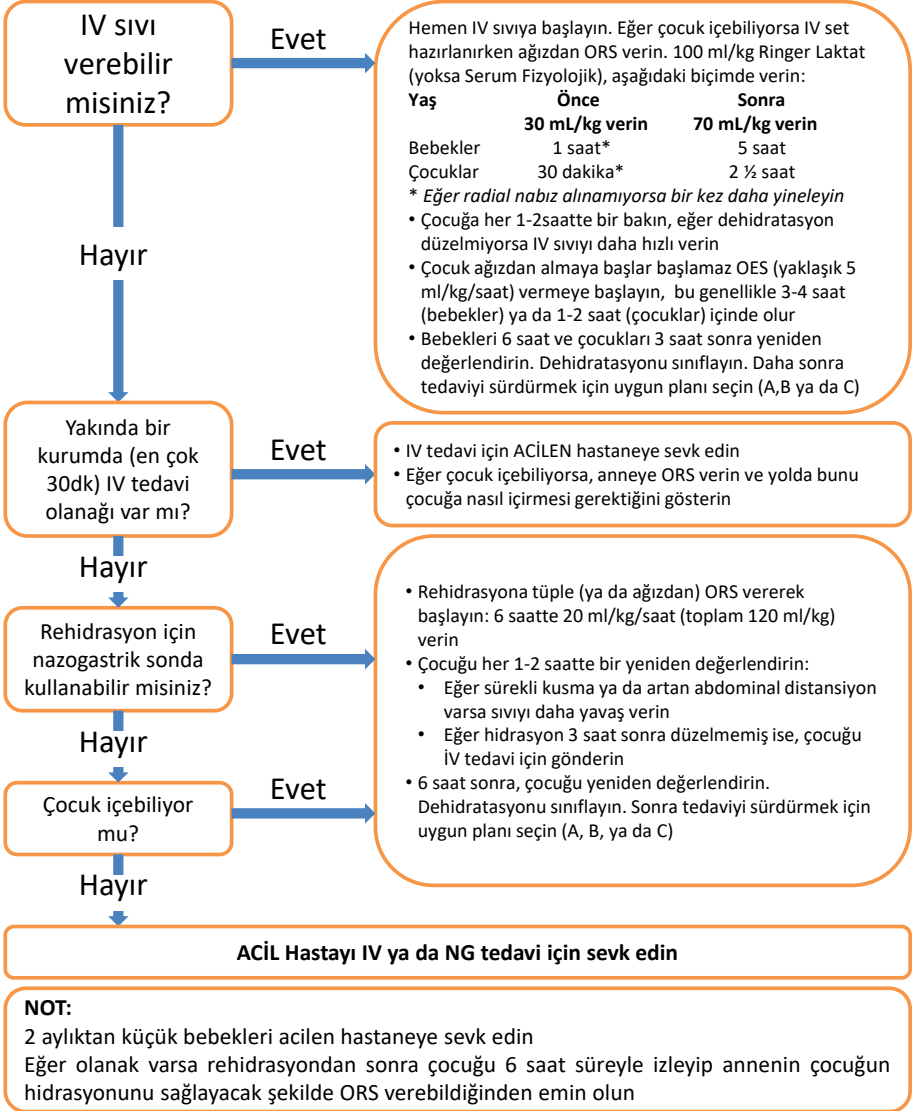
- ORS'yi evde nasıl hazırlayacağını gösterin.
- 4 saatlik rehidratasyon tedavisini tamamlamak için ne kadar ORS vermesi gerektiğini gösterin.
- Evde rehidratasyonu tamamlamaya yetecek kadar ORS paketi verin.

4 saat sonra

- Çocuğu dehidratasyon durumunu yeniden değerlendirin.
- Uygun tedavi planını belirleyin.
- Çocuğun beslenmesini kurumda başlatın.

- Eve gönderirken 2 paket ORS verin.
- Ev tedavisinin 4 kuralını açıklayın (Plan A):
 - ✓ Fazladan sıvı verilmesi
 - ✓ Çinko desteği verilmesi
 - ✓ Beslenmenin sürdürülmesi
 - ✓ Geri gelme koşulları

İshal Tedavi Planı C: Ağır dehidratasyonun hızlı tedavisi



Diğer problemler

Dışkıda kan varsa:

- Çocuğun dehidratasyonunu değerlendirin ve tedavi edin
- Bebek 2 aylıktan küçükse acilen hastaneye sevk edin ve anneye yolda emzirmesini söyleyin
- 5 gün boyunca bölgenizde shigella vakalarında önerilen bir antibiyotiği (ampisilin) kullanın, gaita kültürü yaptırın
- Anneye evde tedavinin 4 kuralını açıklayın
- 2 gün sonra kontrole çağırın. Dışkı hala kanlı ise bir diğer oral antibiyotikle tedavi edin

İshali 14 günden uzun sürmüştse:

- Çocuğun dehidratasyonunu değerlendirin ve dehidratasyonu varsa tedavi edin, ardından sevk edin
- Bebek 2 aylıktan küçükse acilen hastaneye sevk edin ve anneye yolda emzirmesini söyleyin
- Çocuğun dehidratasyonu yoksa anneye inatçı ishal beslenmesini anlatın
- 5 gün sonra kontrole çağırın

İnatçı ishal beslenmesi:

- Eğer hala emiyorsa emzirmeye daha sık, daha uzun süre, gece ve gündüz devam edin
- Eğer inek sütü veriyorsanız:
 - ✓ Bunun yerine daha sık emzirin ya da
 - ✓ Bunun yerine yoğurt, ayran gibi besinleri verin (tuz eklenmiş)
 - ✓ Bunun yerine verilen süt miktarının yarısı ile birlikte patates püresi, yoğurt, elma ve şeftali pürelere, yağsız yoğurtlu çorba ve daha fazla kaynatılmış su verin
 - ✓ Diğer besinler için çocuğun yaşına uygun beslenme önerilerine devam edin.
 - ✓ Çocuk iyileştikten sonra 1 ay süre ile çocuğun ayına göre önerilenden günde 1 öğün fazla besleyin

Eğer dehidratasyonla birlikte malnutrisyon varsa:

- Acilen hastaneye sevk edin
- Anneye yolda emzirmesini söyleyin, yolda çocuğa vermesi için ORS solüsyonu verin ve nasıl verileceğini gösterin

Eğer rehidrasyondan sonra ateş varsa:

- Bebek 2 aylıktan küçükse ateşi 38 derece ya da daha fazla ise acilen hastaneye sevk edin
- 2 aylıktan büyük ve ateşi 38 derece ya da daha fazla ise parasetamol verin

Akiş Şeması 19 (AŞ19)

2 AY-5 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUĞUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SINIFLANMASI

ANNEYE ÇOCUĞUN SORUNUNUN NE OLDUĞUNU SORUN

- Bu sorun için ilk geliş mi yoksa kontrol mü olduğunu belirleyin.
 - EĞer ilk geliş ise, çocuğu aşağıdaki gibi değerlendirin:

GENEL TEHLİKE BELİRTİLERİNE BAKIN

SORUN:

- Çocuk ağızdan alabiliyor ya da emebiliyor mu?
- Çocuk her Şeyi kusuyor mu?
- Çocuk havale geçirmiş mi?

BAKIN:

- Çocuk letarjik ya da bilinci kapalı mı?
- Çocuk Şu anda havale geçiriyor mu?

Genel tehlike belirtisi olan bir çocuğun ACİL olarak sevk edilmesi gerekmektedir; değerlendirmeyi hızla tamamlayın ve sevk öncesi gereken tedavileri uygulayın, böylece sevk gecikmeyecektir.

EĞer çocuk havale geçiriyorsa, hemen diazepam yapın. Havale durunca değerlendirmeyi tamamlayın, sevk öncesi gereken tedavileri uygulayın ve gecikmeden sevk edin.

DEĞERLENDİRME

SINIFLAMA

ÇOCUĞUN SORUN VE BELİRTİLERİNE UYAN TÜM KUTULARI KULLANARAK HASTALIGINI SINIFLAYIN.

TEDAVİNİN BELİRLENMESİ

SONRA ANA SEMPTOMLARI SORUN:

Çocuğun öksürüğü ya da zorlu solunumu var mı?

EĞER EVET İSE SORUN:

- Ne zamandan beri?
- Bir dakikadaki solunum sayısını sayın
- Burun kanadı solunuma katılıyor mu.
- Göğüs çekintisi var mı bakın
- Stridor var mı dinleyin.
- Hişiltı var mı dinleyin.

ÖKSÜRÜK ya da SOLUNUM GÜÇLÜĞÜNÜ sınıflayın

ÇOCUK SAKIN OLMALIDIR

• Bu kaçınıcı hişiltı atağı?

- Eğer hişiltı ile birlikte genel tehlike belirtisi ya da stridor ya da göğüs çekintisi varsa, hemen hızlı etkili bronkodilatatör uygulayın ve sevk edin.
- Eğer hişiltı ile birlikte genel tehlike belirtisi ya da stridor ya da göğüs çekintisi yoksa, hızlı etkili bronkodilatatör uygulayın.
- 40 dakika sonra yeniden değerlendirin.
- Sınıflayın ve tedaviyi belirleyin.

HIŞILTI ile birlikte ÖKSÜRÜK ya da SOLUNUM GÜÇLÜĞÜNÜ sınıflayın

Eğer çocuğun yaşı

- 2 aydan 12 aya kadar ise
- 12 aydan 5 yaşa kadar ise

Hızlı solunum:

- Solunum sayısı dakikada **50** ve üstü
- Solunum sayısı dakikada **40** ve üstü

BELİRTİLER	SINIFLAMA	TEDAVİ (Acil sevk öncesi gereken tedaviler/ Koyu renkle yazılmıştır.)
<ul style="list-style-type: none">• Genel tehlike belirtisi ya da• Göğüs çekintisi ya da• Sakin çocukta stridor	AGIR PNÖMONİ YA DA ÇOK AGIR HASTALIK	<ul style="list-style-type: none">> Uygun antibiyotigin ilk dozunu uygulayın.> Kan şekerinin düşmesine karşı önlem alın.> ACILEN hastaneye sevk edin.
<ul style="list-style-type: none">• Sadece hızlı solunum	PNÖMONİ	<ul style="list-style-type: none">> Uygun bir antibiyotigi 5 gün süreyle verin.> Boğazı yumuşatacak uygun bir içecek önerin.> Anneye acilen geri gelmesi gereken durumları anlatın.> 2 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.
<ul style="list-style-type: none">• PNömoni ya da ağır hastalık belirtisi yok*	PNÖMONİ YOK-ÖKSÜRÜK YA DA SOĞUK ALGINLIĞI	<ul style="list-style-type: none">> Eğer öksürük 30 günden uzun sürmüştse, ileri inceleme için sevk edin.> Boğazı yumuşatacak uygun bir içecek önerin.> Anneye acilen geri gelmesi gereken durumları anlatın.> Eğer düzelme olmazsa 5 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.
<ul style="list-style-type: none">• Genel tehlike belirtisi ya da• Göğüs çekintisi ya da• Sakin çocukta stridor	HIŞILTİ ile BİRLİKTE AGIR PNÖMONİ ya da ÇOK AGIR HASTALIK	<ul style="list-style-type: none">> Uygun antibiyotigin ilk dozunu uygulayın.> Kan şekerinin düşmesine karşı önlem alın.> Hızlı etkili bronkodilatatör verin.> ACILEN hastaneye sevk edin.
<ul style="list-style-type: none">• Hişilti ile birlikte ya da tek başına hızlı solunum	HIŞILTİ ile BİRLİKTE PNÖMONİ	<ul style="list-style-type: none">> Uygun bir antibiyotigi 5 gün süreyle verin.> Oral bronkodilatatörü 5 gün süreyle verin.> Boğazı yumuşatacak uygun bir içecek önerin.> Anneye acilen geri gelmesi gereken durumları anlatın.> 1. ve 5. günde kontrole gelmesini söyleyin.> Yineleyen hişilti atağı varsa sevk edin.
<ul style="list-style-type: none">• Hişilti (hızlı etkili bronkodilatatörden önce ya da sonra)	PNÖMONİ YOK: HIŞILTİ	<ul style="list-style-type: none">> Oral bronkodilatatörü 5 gün süreyle verin.> Anneye acilen geri gelmesi gereken durumları anlatın.> 2 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.> Yineleyen hişilti atağı varsa sevk edin.

* Sağ ve sol göğüs dinleme farkı var mı? Var ise yabancılara danışın aspirasyonu düşünün.

Çocuğun ishali var mı?

EVET İSE, SORUN: BAKIN VE HİSSEDİN:

- Ne zamandan beri?
- Çocuğun genel durumuna bakın.
- Çocuk:
 - Letarjik ya da bilinci kapalı mı?
 - Huzursuz ve iritabl mi?
- Göz külerinde çokkütlüğe bakın.
- Çocuğa su verin. Çocuk:
 - İçmiyor ya da çok az mı içebiliyor?
 - İştahla mı içiyor, susamış mı?
- Karın derisinde turgor tonus bakın. Deri klatıntısının kaybolması:
 - Çok yavaş mı?(2 saniyeden uzun)
 - Yavaş mı?

DEHİDRATASYON için

- Aşağıdaki belirtilerden ikisi:
- Letarjik ya da bilinci kapalı
 - Göz külerinde çokkütlük
 - İçenme ya da çok az içebilme
 - Deri klatıntısının çok yavaş kaybolması

AĞIR DEHİDRATASYON

- Eğer çocuğun başka bir ağır sınıflaması yoksa:
 - Ağır dehidratasyon için sıvi verin (AŞ18 Plan C).
- YA DA
- **Eğer çocuğun başka bir ağır sınıflaması varsa: ACILEN hastaneye sevk edin, annenin yolda az az sık sık ORS vermesini sağlayın.**
- **Anne emziriyorsa, yolda emzirmesini söyleyin.**

İSHALI sınıflayın

- Aşağıdaki belirtilerden ikisi:
- Huzursuzluk, iritabilite
 - Göz külerinde çokkütlük
 - İştahla içme, susuzluk
 - Deri klatıntısının yavaş kaybolması

ORTA DEHİDRATASYON

- Orta dehidratasyon için sıvi ve yiyecek verin (AŞ18 Plan B).
- **Eğer çocuğun ayrıca ağır sınıflaması da varsa - ACILEN hastaneye sevk edin.**
- **Anneye yolda az az sık sık ORS vermesini söyleyin. Anne emziriyorsa, yolda emzirmesini söyleyin.**
- Anneye ağlen geri gelmesi gereken durumlari anlatın.
- Eğer düzelmeye olmazsa 5 gün sonra kontrole gelmesini

- Belirtileri orta ya da ağır dehidratasyon olarak sınıflamak için yetersiz olması

DEHİDRATASYON YOK

- İshalin ev tedavisi için sıvi ve yiyecek önerin (AŞ18 Plan A).
- Anneye ağlen geri gelmesi gereken durumlari anlatın.
- Eğer düzelmeye olmazsa 5 gün sonra kontrole gelmesini

ve ishal 14 gün ya da daha uzun

- Dehidratasyon var

AĞIR İNATÇI İSHAL

- Başka bir ağır sınıflaması yoksa dehidratasyonu tedavi edin.
- Hastaneye sevk edin.

- Dehidratasyon yok

İNATÇI İSHAL

- Anneye İNATÇI İSHAL olan bir çocuğun beslenmesini anlatın.
- 5 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.

ve dışkıda kan varsa

- Dışkıda kan

DİZANTERİ

- **Uygun bir antibiyotikli 5 gün süreyle verin.**
- 2 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.

SONRA MALNÜTRİSYONA VE ANEMİYE BAKIN

BAKIN VE HİSSEDİN:

- Gözle görüldür belirgin zayıflama var mı bakın.
- Her iki ayakta ödem var mı. Bakın ve hissedin.
- Yaşa göre ağrılığı belirleyin.

BESLENME DURUMUNU sımfayın

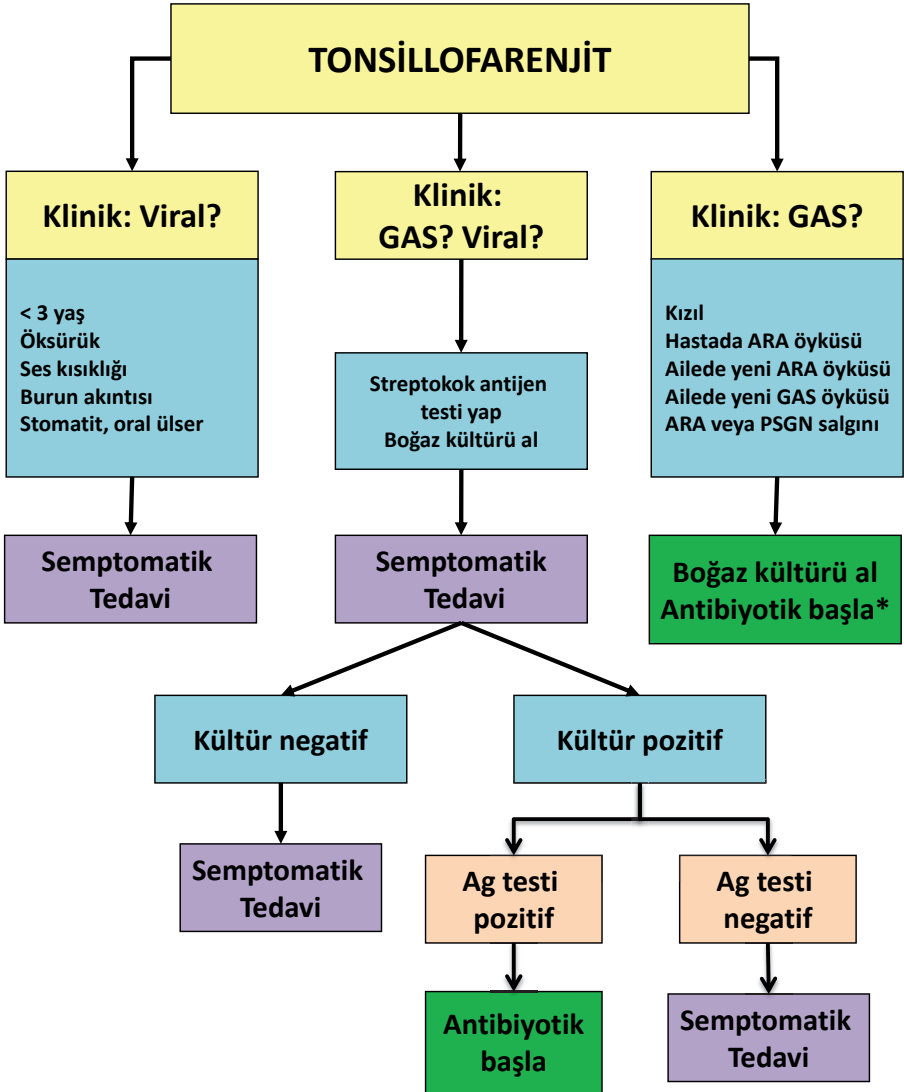
<ul style="list-style-type: none"> • Gözle görüldür belirgin zayıflama ya da • Her iki ayakta ödem 	<p>AGIR MALNÜTRİSYON</p>	<p>➢ A vitamini verin.</p> <p>➢ ACILEN hastaneye sevk edin.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Yaşa göre düşük ağrılık 	<p>DÜŞÜK AĞIRLIK</p>	<p>➢ BESLENME DURUMUNU DEĞERLENDİRİN ve ANMEYE DAMISMANLIK çizelgesindeki BESLENME ÖNERİLERİ kutusuna göre anmeye uygun beslenmeyi anlatın.</p> <p>- Eğer beslenme sorunu varsa 5 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.</p> <p>➢ Anmeyle acilen geri gelmesi gereken durumlardan anlatın.</p> <p>➢ 14 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Yaşa göre düşük ağrılık yok ve başka malnutrisyon bulgusu yok 	<p>DÜŞÜK AĞIRLIK YOK</p>	<p>➢ Eğer çocuk 2 yaşından küçükse beslenme durumunu değerlendirin ve ANMEYE DAMISMANLIK çizelgesindeki BESLENME ÖNERİLERİ kutusuna göre anmeyle uygun beslenmeyi anlatın.</p> <p>- Eğer beslenme sorunu varsa 5 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin.</p> <p>➢ Anmeyle acilen geri gelmesi gereken durumlardan anlatın.</p>

ÇOCUĞUN GENEL TEHLİKE BELİRTİSİ VARSA SEVK EDİN. Sevk öncesi uygun antibiyotik ve diğer tedavileri uygulayın.

İstisna: Plan C'ye göre rehüratasyon, genel tehlike belirtisini ortadan kaldırılabılır böylece sevk gerekmez.

Tonsillofarenjit

Antibiyotik başlama kararının verilmesi



Klinik GAS düşündürüyor ve kültür olanağı yoksa antibiyotik başla

*Boğaz kültüründe A grubu beta hemolitik streptokok üremez ise antibiyotiği kesiniz.

**GAS: Grup A Streptokok

Tonsillofarenjitin tedavisinde kullanılabilircek antibiyotikler

Antibiyotik	Doz	Doz Sayısı	Veriliş Yolu	Süre
Benzatin penisilin G	600 000 Ü (≤ 27 Kg) 1 200 000 Ü (> 27 Kg)	1	İM	Tek doz
Penisilin V	250 mg (400 000 Ü)/doz (≤ 27 Kg) 500 mg (800 000 Ü) /doz	2-3	Oral	10 gün
Amoksisilin	250 mg/doz 500 mg/doz	3-4 2	Oral	10 gün

Penisilin alerjisi olanlar için kullanılabilircek antibiyotikler

Antibiyotik	Doz	Doz Sayısı	Veriliş Yolu	Süre
Eritromisin	40 mg/kg/gün	2-4	Oral	10 gün
Klaritromisin	15 mg/kg/gün	2	Oral	10 gün
Azitromisin	12 mg/kg/gün	1	Oral	5 gün
Sefalekssin	40 mg/kg/gün	2	Oral	10 gün
Sefdinir	14 mg/kg/gün	2	Oral	10 gün
Klindamisin	21 mg/kg/gün	3	Oral	10 gün

Shulman ST et al. . Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012;55:1279–82.

Akış Şeması 20 (AŞ20)

Demir Desteğinin ve Programın Uygulanması

Demir yetersizliğine bağılı anemi (DYA) günümüzde en sık görülen halk sağığı sorunlarından birisidir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 3,5 milyar insanda demir yetersizliğine bağılı kansızlık görülmektedir.

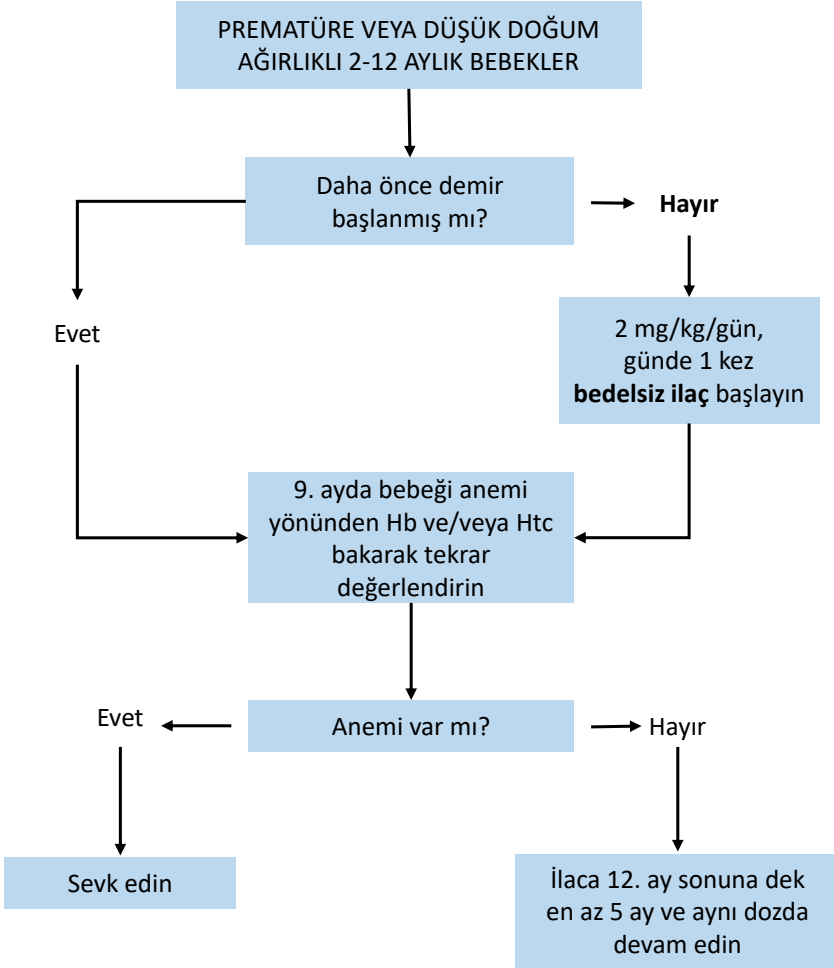
Tüm yaş grupları için yaşamsal önem taşıyan DYA özellikle doğurganlık çağıındaki kadınların sağığını etkilemekte, çalışma kapasitesini sınırlamakta, anne ve bebek ölümlerine neden olmaktadır. Anemi bebek ve çocuklarda büyümeyi etkilemekte, enfeksiyonlara direnci azaltmaktadır. Bebeklik ve küçük çocukluk döneminde demir eksikliği anemisi psikomotor ve bilişsel gelişimi geciktirip zeka düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Demir eksikliği olan 2 yaşından küçük çocuklarda uyum ve denge sorunları görülmekte bu çocuklar daha içe kapanık ve çekingen davranmaktadırlar. Bu tür etmenler çocuğun çevresiyle etkileşime geçip öğrenme yetisini engelleyebildiğı gibi zihinsel yeteneklerinin de köreltebilir. Demir yetersizliği sorunu önlenmediğinde ve kontrol altına alınmadığında sağık sistemini etkilemesi, çocuklarda bilişsel yetenekleri engellemesi, yetişkinlerde ise üretkenliği düşürmesi nedeniyle ülke ekonomisine büyük yük getirmektedir.

Doğumda bebek ilk 4-6 aya yetecek kadar demir deposuyla doğmakta ve bu andan sonra beslenmeye yönelik olarak yavaş yavaş depoları azalmaktadır.

Bebekleri ve çocukları demir yetersizliğinin olumsuz etkilerinden korumak için bebeklere demir desteğı verilmelidir. Demir desteğinin uygulanmasında aşağıdaki prensipler geçerlidir.

- 4. ayında her bebeğın aile hekimi tarafından anemi açısından değerlendirilmesi,
- Anemi düşünölmüyorsa 4-12 ay arası her bebeğe destek amacıyla 10 mg/gün dozla (+3 değerlikli demir için 4 damla/gün ve günde bir kez, +2 değerlikli demir için 9 damla/gün) ve günde bir kez 5 ay süre ile demir preparatı kullanılması,
- Destek için verilen demirin neden gerekli olduğu, olası yan etkileri (dişlerde boyanma, kabızlık, kakanın renginde değişme vb) ve kullanımı ile ilgili aileye bilgi verilmesi,
- Prematür veya 2500 gr.'ın altında ağırlıkla doğmuş bebeklere, 2. ayında daha önce başlanmamışsa (2 mg/kg/gün dozla ve günde bir kez, 5 ay süre ile) demir preparatı başlanması,
- 4-24 ay arası anemi tespit edilen her bebeğe 3 mg/kg/gün dozla ve günde bir kez üç ay süre ile demir preparatı reçetelenmesi,
- Profektik demir uygulanan bebeklere 9. ayda Hb/Htc kontrolü yapılması, anemisi varsa sevk edilmesinin yoksa profleksinin devamının sağlanması,
- Anemi tedavisi verilen bebekleri ilaç başlandıktan 1 ay sonra takip edilmesi, anemisi varsa sevk edilmesinin yoksa tedavisinin devamını sağlanması,
- Hb değeri 7 gr' dan, Htc değeri % 21' den düşük tespit edilen her küçük bebek ve çocuğun hastaneye acil sevkinin sağlanması.

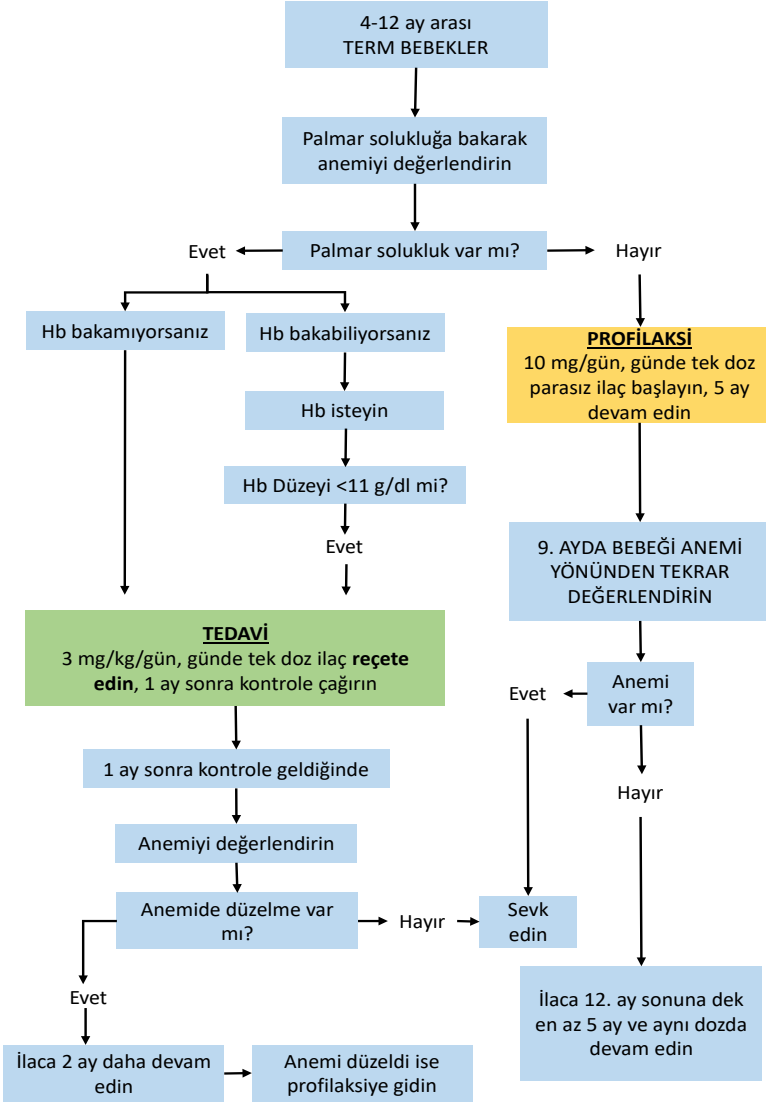
Prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı bebekler için demir desteği ve anemi tedavisi



DİKKAT!
Hb<7 gr/dl veya Htc<%21 olan
HER BEBEK ACİLEN HASTANEYE SEVK EDİLMELİDİR!

Akış Şeması 21 (AŞ21)

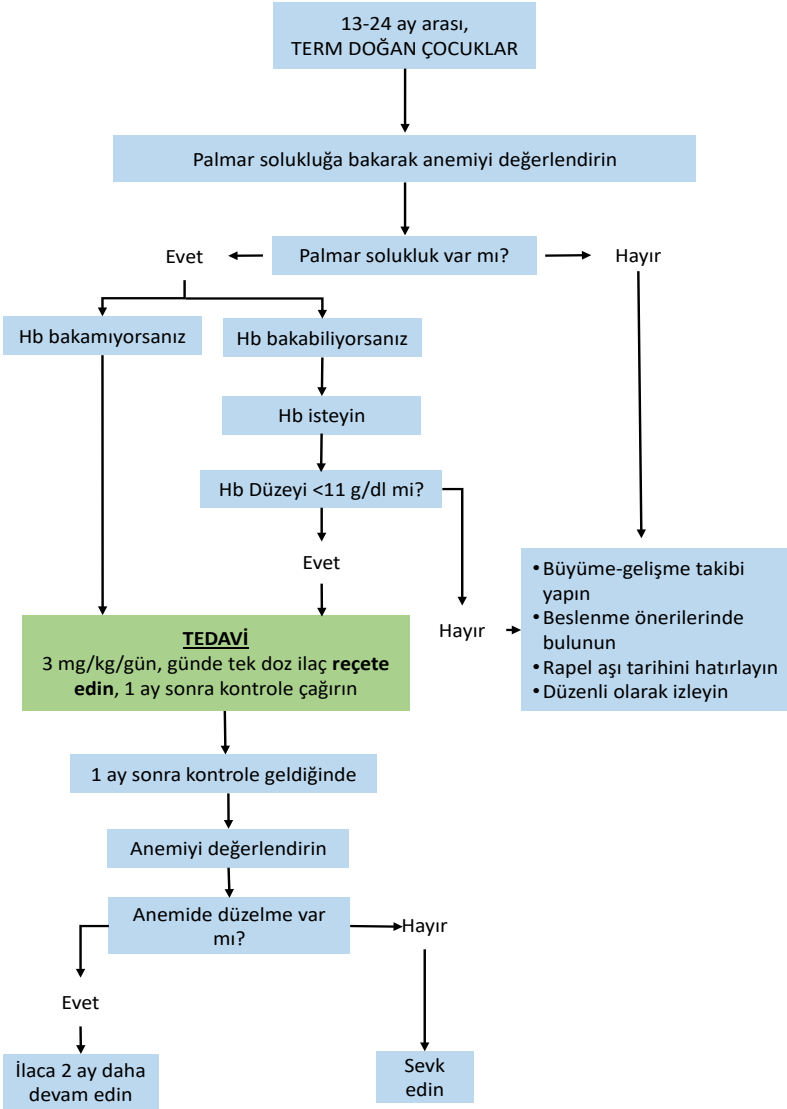
4-12 ay term bebekler için demir desteği ve anemi tedavisi



DİKKAT!
Hb<7 gr/dl veya Htc<%21 olan
HER BEBEK ACİLEN HASTANEYE SEVK EDİLMELİDİR!

Akış Şeması 22 (AŞ22)

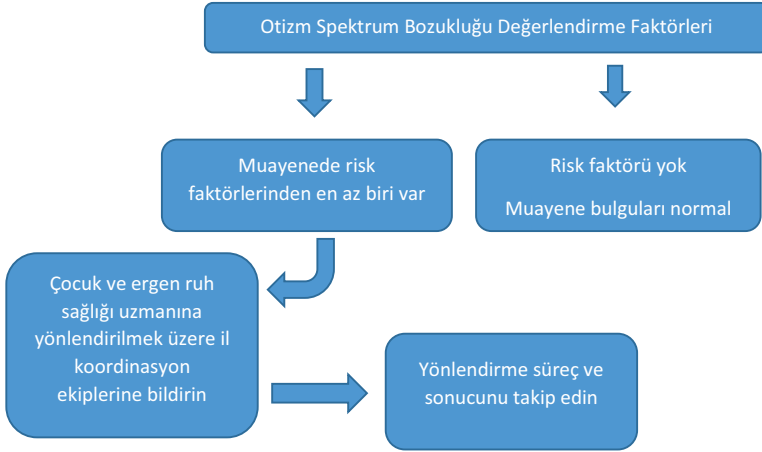
13-24 aylık çocuklar için demir desteği ve anemi tedavisi



DİKKAT!
Hb<7 gr/dl veya Htc<%21 olan
HER ÇOCUK ACİLEN HASTANEYE SEVK EDİLMELİDİR!

Akış Şeması 23 (AŞ23)

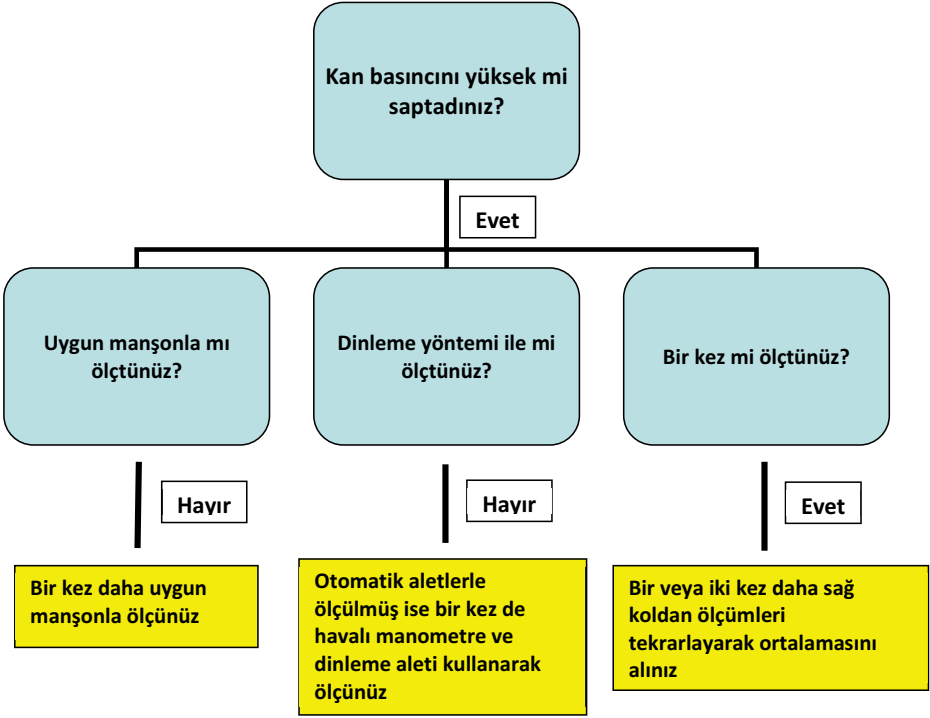
Çocuğun otizm spektrum bozukluğu değerlendirmesi ve risk durumuna göre sonraki yönlendirme planı



* Her çocuk 18. ay, 24. ay ve 3 yaşta mutlaka otizm spektrum bozukluğu yönünden değerlendirilmelidir.

Akış Şeması 24 (AŞ24)

Kan basıncı yüksek saptadığınız bir çocukta yeniden gözden geçirilmesi önerilenler



Yönergeler

Yönerge 1 (Y1)

Apgar Skoru

Apgar skoru, yeni doğmuş bebeğin doğumdan hemen sonraki durumunu gösterir ve uygun yapıldığında fetal-neonatal geçişin standart bir kayıt düzeneğini oluşturur. Bu skorlar uygun canlandırma girişimini belirlemek için kullanılmamalıdır, ayrıca deprese bebekte canlandırmaya başlamak için 1. dakika değerlendirmesi de beklenmemelidir.

Her belirtinin 0, 1 ve 2 olarak puanı vardır. Sonuçta beş değişkenin puanları toplanarak Apgar skoru bulunur. Canlandırma girişimleri Apgar skorunun bileşenlerini değiştirir; bu nedenle skorun alındığı zamanda uygulanan canlandırma işlemleri kaydedilmelidir. Doğumda doldurulmak üzere hazırlanmış bir form örneği aşağıda verilmiştir.

BULGU	0	1	2					
				1 dk	5 dk	10 dk	15 dk	20 dk
Renk	Mor ya da soluk	Akrosiyanoz	Tümüyle Pembe					
Kalp Atım Hızı	Yok	<100/dk	≥100/dk					
Refleks irritabilite	Yanıt yok	Yüz buruşturma	Ağlama					
Kas tonusu	Gevşek	Hafif fleksiyon	Aktif hareket					
Solunum	Yok	Zayıf ağlama, hipo-ventilasyon	İyi, ağlama					
TOPLAM								
Yorumlar				1 dk	5 dk	10 dk	15 dk	20 dk
			Dakika					
			Oksijen					
			PBV					
			Entübasyon					
			Göğüs kompresyonu					
			Adrenalin					

- Apgar skoru doğumdan sonra 1. ve 5. dakikalarda bakılır.
- Beşinci dakika Apgar skoru 7'den düşükse, 20 dakikaya kadar her 5 dakikada bir ek skor alınmalıdır.
- Skorlar bebeğin doğum dosyasına kaydedilmelidir. Canlandırmada gelişen olaylar, yapılan işlemlerin açıklayıcı tanımları ve zamanlamalarıyla birlikte dosyada yer almalıdır.

Yönerge 2 (Y2)

Göbek Bakımı

Bebek doğar doğmaz plasenta ile aynı ya da daha aşağı düzeyde tutulmalıdır. Canlandırma gerektirmeyen bebeklerde göbek kordonunun klemlenmesinin en az 1 dk geciktirilmesi önerilir. Böylece term bebeklerde daha yüksek hemoglobin ve ferritin düzeyleri sağlanarak demir eksikliği anemisi önlenir. Ancak fototerapi gereksimini artacağından bu bebekler sarılık açısından yakın izlenmelidir. Preterm bebeklerde ise bu uygulama ile hem kan transfüzyonu gereksimini hem de kafa içi kanama sıklığı azaltılabilir.

- Klemlerken, ilk klemp bebek tarafında 4-5 cm kalacak şekilde takın, daha sonra ikinci klemp daha ileriye takın. Tek kullanımlık steril plastik klemp, steril göbek halkası veya steril göbek bağı kullanın.
- Ondan sonra, iki klempin ortasından kesin. Bir ven iki arter bulunması kontrol edin. Kestikten sonra periyodik olarak sızıntı olup olmadığını kontrol edin.
- Sızıntı olursa, ikinci bir klemp takın.
- Bebek stabilize olduktan sonra kanama kontrolü yapın, göbek kordonunun kesik ucunu povidon iodine ile temizleyerek, steril gazlı bezle kapatın veya sargı beziyle sarın. Kuru kalması önemlidir.
- Anneyi, alt bezini göbek bağının üzerine gelecek şekilde bağlamaması ve kuru tutması, muayene bulgularınıza göre aksi gerekmedikçe herhangi başka bir şey sürmemesi konusunda uyarın. Göbek bağı normalde 7 - 14 günde düşer.
- Bu süre içerisinde bebek göbek ıslatılmadan yıkanabilir. Ancak göbek ıslatılmadan banyo yaptırmak güç olabileceğinden en güvenli yol göbek düşene dek bebeğin silinerek temizlenmesidir.

Gözlerin Bakımı

- Doğum esnasında serviks ağzında bulunabilen mikroorganizmalar bebeğin gözüne bulaşarak körlüğe neden olabilir.
- O nedenle bebek doğduktan sonra, vakit kaybetmeden, göz çevresi ve kapaklar steril distile su veya SF ile ıslatılmış pamuk veya steril gazlı bez ile dıştan içe doğru silinir.
- Göz kapakları hafifçe açılarak konjonktivaya eritromisin %0,5 göz pomadı veya %2,5 luk povidone iodine veya azitromycin göz damlası uygulanır. Damla veya merhem tek kullanımlık değilse tüpün ucuyla bulaşmasını engellemek için steril bir gazlı beze merhem tüp ucu değiştirilmeden sıkılıp bu şekilde göz kapaklarının arasına sürülür.
- Doğum travmasına bağlı olarak gözlerde subkonjunktival kanama olabilir, 10 günde kendiliğinden düzelir.

Yönerge 3 (Y3)

Beslenme durumunun antropometrik ölçümlerle değerlendirilmesi

Çocuğun büyümesinin yeterliliği, benzer yaş ve cinsteki diğerleri ile karşılaştırılması ve büyüme parametreleri (antropometrik ölçümler) arasında uyum ve zaman içinde büyüme parametrelerinin değişimi ile belirlenir. Büyüme durumunun karşılaştırılmasında referans büyüme kartları ya da tabloları kullanılır. Tek bir dönemde yapılan ölçüm ile “büyüme değerlendirilmesi”, belirli aralıklarla alınmış ölçümlerle büyüme hızı incelenerek “büyüme izlemi” yapılabilir.

Antropometrik ölçümlerin alınma yöntemleri

Baş çevresi ölçümü oksipital kemğin en çıkıntılı noktasından, kulaklar ve kaşların üzerinden geçecek şekilde esnemeyen dar bir mezür ile yapılır. Ölçümü etkileyebilecek saç bantları ve tokalarının çıkartılması gerekmektedir. Baş çevresi 0-3 yaş arasındaki çocuklarda düzenli aralıklarla izlenir. Üç yaşından büyük çocuklarda üç yaşına ait ölçüm yok ya da daha önce bir sorun saptandı ise ölçüm alınır. Ölçümler yaşa ve cinsine özgü standart tablo ya da grafikler yardımı ile değerlendirilir.

Boy ölçümü: Ölçüme başlamadan önce ölçümü etkileyebilecek nesnelere (saç tokası, topuklu ayakkabı gibi) çıkartılır. İki yaşın altındaki çocuklarda ölçüm “baş-ayak tahtası” ile yatar pozisyonda yapılır. Bu düzeneğin baş parçası sabit, ayak tahtası hareketlidir. Hastanın başı (verteks) “baş tahtası”na sıkıca değecek şekilde yerleştirilir (Şekil 1). Hastanın bakış doğrultusu zemin ile 90° açı yapmalıdır. Dizler ekstansiyonda ve ayak bilek eklemi 90° fleksiyonda iken hareketli “ayak tahtası” ile sıkıca temas ettirilir. Hareketli ayak tahtasının bulunduğu hizada mezürün gösterdiği uzunluk okunur. Bebeklerin boylarını ölçerken dizlerine bastırılmaması gereklidir. Bu durum bebeğin kalça sorunu yaşamasına neden olabilir. İki yaşın üstündeki çocuklarda ölçüm çocuk ayakta dururken yapılır. Düz bir duvara tespit edilmiş cetvel üzerinde hareketli bir “baş tahtası” sistemi kullanılır. Başın arkada en çıkıntılı bölgesi, omuzlar, gluteal bölge, bacakların arka yüzü ve topuklar arkadaki duvara değdirilir. Topuklar birbirine bitişik durumda olmalı ve çocuğun bakış doğrultusu ile arkadaki düzlem arasında 90°'lik açı bulunmalıdır. Boyun ayakta ölçümü, yatarak ölçüme göre daha kısadır. Bu nedenle, çocuğun yatarak ya da ayakta ölçümü dikkate alınarak uygun büyüme kartlarına işaretlenir.

“YENİ DOĞAN BEBEKLERDE” dizlere çok fazla baskı uygulanmaz, bastırılmaz, bebeğin doğal pozisyonu çok zorlanmaz, bebeğe zarar verilebilir. Bu nedenle minimum baskı uygulanır.

Ağırlık ölçümü: Süt çocuklarının ağırlıkları yaşına göre yatarak ya da oturarak bebek terazilerinde, daha büyük ve ayakta durabilen çocuklarda ise normal basküllerde ölçülebilir. Ağırlık ölçümü çocuğun giysileri çıkarılarak, sadece iç çamaşırları ile yapılmalıdır. Ölçüm öncesi terazi ayarı sıfırlanmalıdır.

Göğüs çevresi ölçümü dar, kıvrılabilir, esnemeyen bir mezürle meme hattından ve midinspirasyon fazında yapılır.

Üst orta kol çevresi ölçümü: Ölçüm genellikle sol koldan yapılır. Sol kol, dirsek ekleminden fleksiyona getirilir. Akromion-olekranon arasındaki mesafe ölçülür ve orta noktası işaretlenir. Sol kol yeniden ekstansiyona getirilir ve vücudun yan tarafında serbestçe dururken, işaretlenen orta noktadan esnemeyen, kolu sıkıca kavramayan ve çok da gevşek olmayacak şekilde yerleştirilmiş bir mezür ile ölçülür.

Kulaç ölçümü: Çocuk düz bir duvarın önünde ayakta dururken kollarını horizontal olarak tutar ve iki elin orta parmaklarının uç noktaları arasındaki mesafe ölçülür. Orantılı ve orantısız boy kısalığının ayırıcı tanısında önemlidir. Kulaç uzunluğu boy uzunluğu farkının ± 5 cm olması gereklidir.

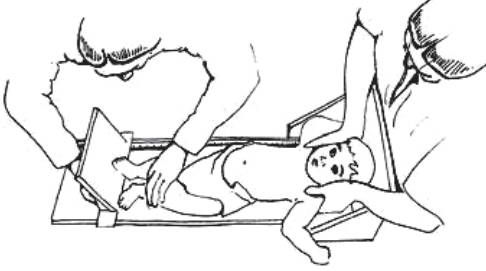
Beden kitle indeksi (BKİ) ağırlığın (kg) boyun (m) karesine bölümü ile hesaplanır;

$$BKİ = \text{Ağırlık (kg)} \div \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$$

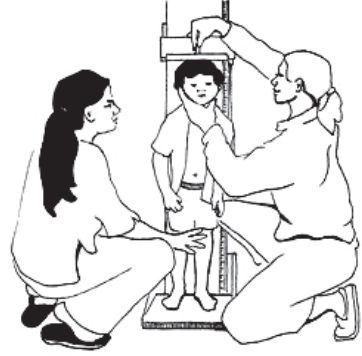
CDC eğrilerinde BKİ'nin 95 persentil ve üstünde olması şişman, 85-94 persentil arasında olması fazla kilolu olarak tanımlanmıştır.

DSÖ Çocuk Büyüme Standartlarında "+1 z" skorunun üstü fazla kilolu, "+2 z" skorunun üstü obezite, "+3 z" skorunun üstü morbid obes olarak belirlenmiştir. Tüm yaş grubunda "-2 z" skorunun altı zayıf, "-3" z skorunun altı ciddi zayıflık olarak tanımlanmıştır.

Boy ölçümü



Yatar pozisyonda boy ölçümü



Ayakta boy ölçümü

Büyümenin değerlendirilmesi

Çocukların çoğu genetik olarak belirlenmiş persentili takip ettiği için daha önce stabil olan büyüme eğrisinden önemli sapmalar araştırılmalıdır. Büyüme yetersizliği, izlem suresi içinde kilo kaybının ya da ardışık iki kontrolde **kilo alamamanın** ya da düşük kilo alım hızının (0-3 aylık iken <20 g/gün, 3-6 aylık iken <9 g/gün) gözlenmesidir. Çocuğun herhangi bir zaman dilimi içinde bulunduğu persentili koruması istenir. Büyüme yetersizliği demek için **bulunduğu persentilden iki majör persentil düşme olması gerekmektedir**. Vakanın 75. persentilde iken 10. persentile düşmesi ya da vakanın büyüme eğrisinin iki majör persentili keserek aşağı inmesi örnek olarak verilebilir. Sadece tek ölçümle değerlendirilen ve 25. persentilde bulunan bir çocuk, o andaki büyümenin değerlendirilmesi ile **"normal"** olarak değerlendirilir. Aynı çocuk, büyüme hızına göre izlenirken daha önceki ölçümü 90 persentil ise **"büyüme duraklaması (büyüme yetersizliği)"** tanısı alır. Böylece, büyüme duraklamasının tedavisi erkenden verilerek çocuğun malnutrisyona girmesi önlenir.

0-5 Yaş -Yaşa Göre Boy Kız - WHO 2007

Hafta	Persentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
0	44,8	45,6	46,1	46,8	47,2	47,9	49,1	50,4	51,1	51,5	52,2	52,7	53,5	43,6	45,4	47,3	49,1	51,0	52,9	54,7
1	45,9	46,8	47,2	47,9	48,4	49,1	50,3	51,6	52,3	52,7	53,4	53,9	54,7	44,7	46,6	48,4	50,3	52,2	54,1	56
2	47,1	47,9	48,4	49,1	49,5	50,2	51,5	52,8	53,5	54,0	54,6	55,1	55,9	45,8	47,7	49,6	51,5	53,4	55,3	57,2
3	48,0	48,8	49,3	50,0	50,5	51,2	52,5	53,8	54,5	54,9	55,6	56,1	56,9	46,7	48,6	50,5	52,5	54,4	56,3	58,2
4	48,9	49,7	50,2	50,9	51,4	52,1	53,4	54,7	55,4	55,9	56,6	57,0	57,9	47,5	49,5	51,4	53,4	55,3	57,3	59,2
5	49,7	50,5	51,0	51,7	52,2	52,9	54,2	55,6	56,3	56,8	57,5	57,9	58,8	48,3	50,3	52,3	54,2	56,2	58,2	60,1
6	50,4	51,3	51,8	52,5	53,0	53,7	55,1	56,4	57,1	57,6	58,3	58,8	59,7	49,1	51,1	53,1	55,1	57,1	59,0	61
7	51,2	52,1	52,5	53,3	53,8	54,5	55,8	57,2	57,9	58,4	59,1	59,6	60,5	49,8	51,8	53,8	55,8	57,8	59,9	61,9
8	51,9	52,8	53,2	54,0	54,5	55,2	56,6	57,9	58,7	59,2	59,9	60,4	61,3	50,5	52,5	54,6	56,6	58,6	60,6	62,6
9	52,5	53,4	53,9	54,7	55,2	55,9	57,3	58,7	59,4	59,9	60,6	61,1	62,0	51,2	53,2	55,2	57,3	59,3	61,4	63,4
10	53,2	54,1	54,6	55,3	55,8	56,6	57,9	59,3	60,1	60,6	61,3	61,8	62,7	51,8	53,8	55,9	57,9	60,0	62,1	64,1
11	53,8	54,7	55,2	55,9	56,4	57,2	58,6	60,0	60,7	61,2	62,0	62,5	63,4	52,4	54,4	56,5	58,6	60,7	62,7	64,8
12	54,3	55,3	55,8	56,5	57,0	57,8	59,2	60,6	61,4	61,9	62,6	63,1	64,1	52,9	55,0	57,1	59,2	61,3	63,4	65,5
13	54,9	55,8	56,3	57,1	57,6	58,4	59,8	61,2	62,0	62,5	63,2	63,7	64,7	53,5	55,6	57,7	59,8	61,9	64,0	66,1

0-5 Yaş -Yaşa Göre Boy Kız - WHO 2007

AY	Percentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
3	54,9	55,8	56,3	57,1	57,6	58,4	59,8	61,2	62,0	62,5	63,3	63,8	64,7	53,5	55,6	57,7	59,8	61,9	64,0	66,1
4	57,1	58,0	58,5	59,3	59,8	60,6	62,1	63,5	64,3	64,9	65,7	66,2	67,1	55,6	57,8	59,9	62,1	64,3	66,4	68,6
5	58,9	59,9	60,4	61,2	61,7	62,5	64,0	65,5	66,3	66,9	67,7	68,2	69,2	57,4	59,6	61,8	64,0	66,2	68,5	70,7
6	60,5	61,5	62,0	62,8	63,4	64,2	65,7	67,3	68,1	68,6	69,5	70,0	71,0	58,9	61,2	63,5	65,7	68,0	70,3	72,5
7	61,9	62,9	63,5	64,3	64,9	65,7	67,3	68,8	69,7	70,3	71,1	71,6	72,7	60,3	62,7	65,0	67,3	69,6	71,9	74,2
8	63,2	64,3	64,9	65,7	66,3	67,2	68,7	70,3	71,2	71,8	72,6	73,2	74,3	61,7	64,0	66,4	68,7	71,1	73,5	75,8
9	64,5	65,6	66,2	67,0	67,6	68,5	70,1	71,8	72,6	73,2	74,1	74,7	75,8	62,9	65,3	67,7	70,1	72,6	75,0	77,4
10	65,7	66,8	67,4	68,3	68,9	69,8	71,5	73,1	74,0	74,6	75,5	76,1	77,2	64,1	66,5	69,0	71,5	73,9	76,4	78,9
11	66,9	68,0	68,6	69,5	70,2	71,1	72,8	74,5	75,4	76,0	76,9	77,5	78,6	65,2	67,7	70,3	72,8	75,3	77,8	80,3
12	68,0	69,2	69,8	70,7	71,3	72,3	74,0	75,8	76,7	77,3	78,3	78,9	80,0	66,3	68,9	71,4	74,0	76,6	79,2	81,7
13	69,1	70,3	70,9	71,8	72,5	73,4	75,2	77,0	77,9	78,6	79,5	80,2	81,3	67,3	70,0	72,6	75,2	77,8	80,5	83,1
14	70,1	71,3	72,0	72,9	73,6	74,6	76,4	78,2	79,2	79,8	80,8	81,4	82,6	68,3	71,0	73,7	76,4	79,1	81,7	84,4
15	71,1	72,4	73,0	74,0	74,7	75,7	77,5	79,4	80,3	81,0	82,0	82,7	83,9	69,3	72,0	74,8	77,5	80,2	83,0	85,7
16	72,1	73,3	74,0	75,0	75,7	76,7	78,6	80,5	81,5	82,2	83,2	83,9	85,1	70,2	73,0	75,8	78,6	81,4	84,2	87
17	73,0	74,3	75,0	76,0	76,7	77,7	79,7	81,6	82,6	83,3	84,4	85,0	86,3	71,1	74,0	76,8	79,7	82,5	85,4	88,2
18	74,0	75,2	75,9	77,0	77,7	78,7	80,7	82,7	83,7	84,4	85,5	86,2	87,5	72,0	74,9	77,8	80,7	83,6	86,5	89,4
19	74,8	76,2	76,9	77,9	78,7	79,7	81,7	83,7	84,8	85,5	86,6	87,3	88,6	72,8	75,8	78,8	81,7	84,7	87,6	90,6
20	75,7	77,0	77,7	78,8	79,6	80,7	82,7	84,7	85,8	86,6	87,7	88,4	89,7	73,7	76,7	79,7	82,7	85,7	88,7	91,7
21	76,5	77,9	78,6	79,7	80,5	81,6	83,7	85,7	86,8	87,6	88,7	89,4	90,8	74,5	77,5	80,6	83,7	86,7	89,8	92,9

0-5 Yaş -Yaşa Göre Boy Kız - WHO 2007

AY	Persentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
22	77,3	78,7	79,5	80,6	81,4	82,5	84,6	86,7	87,8	88,6	89,7	90,5	91,9	75,2	78,4	81,5	84,6	87,7	90,8	94
23	78,1	79,6	80,3	81,5	82,2	83,4	85,5	87,7	88,8	89,6	90,7	91,5	92,9	76,0	79,2	82,3	85,5	88,7	91,9	95
24	78,2	79,6	80,4	81,6	82,4	83,5	85,7	87,9	89,1	89,9	91,0	91,8	93,2	76,7	80,0	83,2	86,4	89,6	92,9	96,1
25	79,0	80,4	81,2	82,4	83,2	84,4	86,6	88,8	90,0	90,8	92,0	92,8	94,2	76,8	80,0	83,3	86,6	89,9	93,1	96,4
26	79,7	81,2	82,0	83,2	84,0	85,2	87,4	89,7	90,9	91,7	92,9	93,7	95,2	77,5	80,8	84,1	87,4	90,8	94,1	97,4
27	80,4	81,9	82,7	83,9	84,8	86,0	88,3	90,6	91,8	92,6	93,8	94,6	96,1	78,1	81,5	84,9	88,3	91,7	95,0	98,4
28	81,1	82,6	83,5	84,7	85,5	86,8	89,1	91,4	92,7	93,5	94,7	95,6	97,1	78,8	82,2	85,7	89,1	92,5	96,0	99,4
29	81,8	83,4	84,2	85,4	86,3	87,6	89,9	92,2	93,5	94,4	95,6	96,4	98,0	79,5	82,9	86,4	89,9	93,4	96,9	100,3
30	82,5	84,0	84,9	86,2	87,0	88,3	90,7	93,1	94,3	95,2	96,5	97,3	98,9	80,1	83,6	87,1	90,7	94,2	97,7	101,3
31	83,1	84,7	85,6	86,9	87,7	89,0	91,4	93,9	95,2	96,0	97,3	98,2	99,8	80,7	84,3	87,9	91,4	95,0	98,6	102,2
32	83,8	85,4	86,2	87,5	88,4	89,7	92,2	94,6	95,9	96,8	98,2	99,0	100,6	81,3	84,9	88,6	92,2	95,8	99,4	103,1
33	84,4	86,0	86,9	88,2	89,1	90,4	92,9	95,4	96,7	97,6	99,0	99,8	101,5	81,9	85,6	89,3	92,9	96,6	100,3	103,9
34	85,0	86,7	87,5	88,9	89,8	91,1	93,6	96,2	97,5	98,4	99,8	100,6	102,3	82,5	86,2	89,9	93,6	97,4	101,1	104,8
35	85,6	87,3	88,2	89,5	90,5	91,8	94,4	96,9	98,3	99,2	100,5	101,4	103,1	83,1	86,8	90,6	94,4	98,1	101,9	105,6
36	86,2	87,9	88,8	90,2	91,1	92,5	95,1	97,6	99,0	99,9	101,3	102,2	103,9	83,6	87,4	91,2	95,1	98,9	102,7	106,5
37	86,8	88,5	89,4	90,8	91,7	93,1	95,7	98,3	99,7	100,7	102,1	103,0	104,7	84,2	88,0	91,9	95,7	99,6	103,4	107,3
38	87,4	89,1	90,0	91,4	92,4	93,8	96,4	99,0	100,5	101,4	102,8	103,7	105,5	84,7	88,6	92,5	96,4	100,3	104,2	108,1
39	87,9	89,7	90,6	92,0	93,0	94,4	97,1	99,7	101,2	102,1	103,6	104,5	106,3	85,3	89,2	93,1	97,1	101,0	105,0	108,9
40	88,5	90,3	91,2	92,6	93,6	95,1	97,7	100,4	101,9	102,9	104,3	105,2	107,0	85,8	89,8	93,8	97,7	101,7	105,7	109,7

0-5 Yaş -Yaşa Göre Boy Kız - WHO 2007

AY	Persentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
41	89,0	90,8	91,8	93,2	94,2	95,7	98,4	101,1	102,6	103,6	105,0	106,0	107,8	86,3	90,4	94,4	98,4	102,4	106,4	110,5
42	89,6	91,4	92,4	93,8	94,8	96,3	99,0	101,8	103,3	104,3	105,7	106,7	108,5	86,8	90,9	95,0	99,0	103,1	107,2	111,2
43	90,1	92,0	92,9	94,4	95,4	96,9	99,7	102,4	103,9	104,9	106,4	107,4	109,2	87,4	91,5	95,6	99,7	103,8	107,9	112
44	90,7	92,5	93,5	95,0	96,0	97,5	100,3	103,1	104,6	105,6	107,1	108,1	110,0	87,9	92,0	96,2	100,3	104,5	108,6	112,7
45	91,2	93,0	94,0	95,6	96,6	98,1	100,9	103,7	105,3	106,3	107,8	108,8	110,7	88,4	92,5	96,7	100,9	105,1	109,3	113,5
46	91,7	93,6	94,6	96,1	97,2	98,7	101,5	104,4	105,9	107,0	108,5	109,5	111,4	88,9	93,1	97,3	101,5	105,8	110,0	114,2
47	92,2	94,1	95,1	96,7	97,7	99,3	102,1	105,0	106,6	107,6	109,2	110,2	112,1	89,3	93,6	97,9	102,1	106,4	110,7	114,9
48	92,7	94,6	95,6	97,2	98,3	99,8	102,7	105,6	107,2	108,3	109,8	110,8	112,8	89,8	94,1	98,4	102,7	107,0	111,3	115,7
49	93,2	95,1	96,2	97,8	98,8	100,4	103,3	106,3	107,8	108,9	110,5	111,5	113,4	90,3	94,6	99,0	103,3	107,7	112,0	116,4
50	93,7	95,7	96,7	98,3	99,4	100,9	103,9	106,9	108,4	109,5	111,1	112,1	114,1	90,7	95,1	99,5	103,9	108,3	112,7	117,1
51	94,2	96,2	97,2	98,8	99,9	101,5	104,5	107,5	109,1	110,1	111,8	112,8	114,8	91,2	95,6	100,1	104,5	108,9	113,3	117,7
52	94,7	96,7	97,7	99,3	100,4	102,0	105,0	108,1	109,7	110,8	112,4	113,4	115,4	91,7	96,1	100,6	105,0	109,5	114,0	118,4
53	95,2	97,2	98,2	99,9	101,0	102,6	105,6	108,6	110,3	111,4	113,0	114,1	116,1	92,1	96,6	101,1	105,6	110,1	114,6	119,1
54	95,6	97,6	98,7	100,4	101,5	103,1	106,2	109,2	110,9	112,0	113,6	114,7	116,7	92,6	97,1	101,6	106,2	110,7	115,2	119,8
55	96,1	98,1	99,2	100,9	102,0	103,6	106,7	109,8	111,5	112,6	114,3	115,3	117,4	93,0	97,6	102,2	106,7	111,3	115,9	120,4
56	96,6	98,6	99,7	101,4	102,5	104,2	107,3	110,4	112,1	113,2	114,9	116,0	118,0	93,4	98,1	102,7	107,3	111,9	116,5	121,1
57	97,0	99,1	100,2	101,9	103,0	104,7	107,8	111,0	112,6	113,8	115,5	116,6	118,6	93,9	98,5	103,2	107,8	112,5	117,1	121,8
58	97,5	99,6	100,7	102,4	103,5	105,2	108,4	111,5	113,2	114,4	116,1	117,2	119,3	94,3	99,0	103,7	108,4	113,0	117,7	122,4
59	97,9	100,0	101,1	102,8	104,0	105,7	108,9	112,1	113,8	114,9	116,7	117,8	119,9	94,7	99,5	104,2	108,9	113,6	118,3	123,1
60	98,4	100,5	101,6	103,3	104,5	106,2	109,4	112,6	114,4	115,5	117,2	118,4	120,5	95,2	99,9	104,7	109,4	114,2	118,9	123,7

0-5 Yaş - Yaşa Göre Boy -Erkek - WHO 2007

Hafta	Persentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
0	45,5	46,3	46,8	47,5	47,9	48,6	49,9	51,2	51,8	52,3	53,0	53,4	54,3	44,2	46,1	48,0	49,9	51,8	53,7	55,6
1	46,7	47,5	48,0	48,7	49,1	49,8	51,1	52,4	53,1	53,6	54,2	54,7	55,5	45,4	47,3	49,2	51,1	53,0	54,9	56,8
2	47,9	48,8	49,2	49,9	50,4	51,1	52,3	53,6	54,3	54,8	55,5	55,9	56,8	46,6	48,5	50,4	52,3	54,3	56,2	58,1
3	48,9	49,8	50,2	50,9	51,4	52,1	53,4	54,7	55,4	55,9	56,6	57,0	57,9	47,6	49,5	51,5	53,4	55,3	57,2	59,2
4	49,9	50,7	51,2	51,9	52,4	53,1	54,4	55,7	56,4	56,9	57,6	58,0	58,9	48,6	50,5	52,4	54,4	56,3	58,3	60,2
5	50,8	51,7	52,1	52,8	53,3	54,0	55,3	56,7	57,4	57,8	58,6	59,0	59,9	49,5	51,4	53,4	55,3	57,3	59,2	61,2
6	51,7	52,5	53,0	53,7	54,2	54,9	56,2	57,6	58,3	58,8	59,5	59,9	60,8	50,3	52,3	54,3	56,2	58,2	60,2	62,1
7	52,5	53,4	53,8	54,5	55,0	55,7	57,1	58,4	59,1	59,6	60,3	60,8	61,7	51,1	53,1	55,1	57,1	59,1	61,0	63
8	53,3	54,1	54,6	55,3	55,8	56,5	57,9	59,2	60,0	60,4	61,2	61,6	62,5	51,9	53,9	55,9	57,9	59,9	61,9	63,9
9	54,0	54,9	55,4	56,1	56,6	57,3	58,7	60,0	60,7	61,2	61,9	62,4	63,3	52,6	54,6	56,6	58,7	60,7	62,7	64,7
10	54,7	55,6	56,1	56,8	57,3	58,0	59,4	60,7	61,5	62,0	62,7	63,2	64,1	53,3	55,4	57,4	59,4	61,4	63,4	65,4
11	55,4	56,3	56,8	57,5	58,0	58,7	60,1	61,5	62,2	62,7	63,4	63,9	64,8	54,0	56,0	58,1	60,1	62,1	64,1	66,2
12	56,0	56,9	57,4	58,2	58,7	59,4	60,8	62,1	62,9	63,4	64,1	64,6	65,5	54,7	56,7	58,7	60,8	62,8	64,8	66,9
13	56,6	57,6	58,0	58,8	59,3	60,0	61,4	62,8	63,5	64,0	64,8	65,2	66,2	55,3	57,3	59,4	61,4	63,4	65,5	67,5

0-5 yaş -Yaş Göre Boy -Erkek - WHO 2007

AY	Percentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
3	56,7	57,6	58,1	58,8	59,3	60,1	61,4	62,8	63,5	64,0	64,8	65,3	66,2	55,3	57,3	59,4	61,4	63,5	65,5	67,6
4	59,0	60,0	60,5	61,2	61,7	62,5	63,9	65,3	66,0	66,6	67,3	67,8	68,7	57,6	59,7	61,8	63,9	66,0	68,0	70,1
5	61,0	61,9	62,4	63,2	63,7	64,5	65,9	67,3	68,1	68,6	69,4	69,9	70,8	59,6	61,7	63,8	65,9	68,0	70,1	72,2
6	62,6	63,6	64,1	64,9	65,4	66,2	67,6	69,1	69,8	70,4	71,1	71,6	72,6	61,2	63,3	65,5	67,6	69,8	71,9	74
7	64,1	65,1	65,6	66,4	66,9	67,7	69,2	70,6	71,4	71,9	72,7	73,2	74,2	62,7	64,8	67,0	69,2	71,3	73,5	75,7
8	65,5	66,5	67,0	67,8	68,3	69,1	70,6	72,1	72,9	73,4	74,2	74,7	75,7	64,0	66,2	68,4	70,6	72,8	75,0	77,2
9	66,8	67,7	68,3	69,1	69,6	70,5	72,0	73,5	74,3	74,8	75,7	76,2	77,2	65,2	67,5	69,7	72,0	74,2	76,5	78,7
10	68,0	69,0	69,5	70,4	70,9	71,7	73,3	74,8	75,6	76,2	77,0	77,6	78,6	66,4	68,7	71,0	73,3	75,6	77,9	80,1
11	69,1	70,2	70,7	71,6	72,1	73,0	74,5	76,1	77,0	77,5	78,4	78,9	80,0	67,6	69,9	72,2	74,5	76,9	79,2	81,5
12	70,2	71,3	71,8	72,7	73,3	74,1	75,7	77,4	78,2	78,8	79,7	80,2	81,3	68,6	71,0	73,4	75,7	78,1	80,5	82,9
13	71,3	72,4	72,9	73,8	74,4	75,3	76,9	78,6	79,4	80,0	80,9	81,5	82,6	69,6	72,1	74,5	76,9	79,3	81,8	84,2
14	72,3	73,4	74,0	74,9	75,5	76,4	78,0	79,7	80,6	81,2	82,1	82,7	83,8	70,6	73,1	75,6	78,0	80,5	83,0	85,5
15	73,3	74,4	75,0	75,9	76,5	77,4	79,1	80,9	81,8	82,4	83,3	83,9	85,0	71,6	74,1	76,6	79,1	81,7	84,2	86,7
16	74,2	75,4	76,0	76,9	77,5	78,5	80,2	82,0	82,9	83,5	84,5	85,1	86,2	72,5	75,0	77,6	80,2	82,8	85,4	88
17	75,1	76,3	76,9	77,9	78,5	79,5	81,2	83,0	84,0	84,6	85,6	86,2	87,4	73,3	76,0	78,6	81,2	83,9	86,5	89,2
18	76,0	77,2	77,8	78,8	79,5	80,4	82,3	84,1	85,1	85,7	86,7	87,3	88,5	74,2	76,9	79,6	82,3	85,0	87,7	90,4
19	76,8	78,1	78,7	79,7	80,4	81,4	83,2	85,1	86,1	86,8	87,8	88,4	89,7	75,0	77,7	80,5	83,2	86,0	88,8	91,5
20	77,7	78,9	79,6	80,6	81,3	82,3	84,2	86,1	87,1	87,8	88,8	89,5	90,7	75,8	78,6	81,4	84,2	87,0	89,8	92,6
21	78,4	79,7	80,4	81,5	82,2	83,2	85,1	87,1	88,1	88,8	89,9	90,5	91,8	76,5	79,4	82,3	85,1	88,0	90,9	93,8

0-5 yaş -Yaşa Göre Boy -Erkek - WHO 2007

Ay	Persentil (cm)										Z-skor (cm)									
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
22	79,2	80,5	81,2	82,3	83,0	84,1	86,0	88,0	89,1	89,8	90,9	91,6	92,9	77,2	80,2	83,1	86,0	89,0	91,9	94,9
23	80,0	81,3	82,0	83,1	83,8	84,9	86,9	89,0	90,0	90,8	91,9	92,6	93,9	78,0	81,0	83,9	86,9	89,9	92,9	95,9
24	80,0	81,4	82,1	83,2	83,9	85,1	87,1	89,2	90,3	91,0	92,1	92,9	94,2	78,0	81,0	84,1	87,1	90,2	93,2	96,3
25	80,7	82,1	82,8	84,0	84,7	85,9	88,0	90,1	91,2	92,0	93,1	93,8	95,2	78,6	81,7	84,9	88,0	91,1	94,2	97,3
26	81,4	82,8	83,6	84,7	85,5	86,7	88,8	90,9	92,1	92,9	94,0	94,8	96,2	79,3	82,5	85,6	88,8	92,0	95,2	98,3
27	82,1	83,5	84,3	85,5	86,3	87,4	89,6	91,8	93,0	93,8	94,9	95,7	97,1	79,9	83,1	86,4	89,6	92,9	96,1	99,3
28	82,8	84,2	85,0	86,2	87,0	88,2	90,4	92,6	93,8	94,6	95,8	96,6	98,1	80,5	83,8	87,1	90,4	93,7	97,0	100,3
29	83,4	84,9	85,7	86,9	87,7	88,9	91,2	93,4	94,7	95,5	96,7	97,5	99,0	81,1	84,5	87,8	91,2	94,5	97,9	101,2
30	84,0	85,5	86,3	87,6	88,4	89,6	91,9	94,2	95,5	96,3	97,5	98,3	99,9	81,7	85,1	88,5	91,9	95,3	98,7	102,1
31	84,6	86,2	87,0	88,2	89,1	90,3	92,7	95,0	96,2	97,1	98,4	99,2	100,7	82,3	85,7	89,2	92,7	96,1	99,6	103
32	85,2	86,8	87,6	88,9	89,7	91,0	93,4	95,7	97,0	97,9	99,2	100,0	101,5	82,8	86,4	89,9	93,4	96,9	100,4	103,9
33	85,8	87,4	88,2	89,5	90,4	91,7	94,1	96,5	97,8	98,6	99,9	100,8	102,4	83,4	86,9	90,5	94,1	97,6	101,2	104,8
34	86,4	88,0	88,8	90,1	91,0	92,3	94,8	97,2	98,5	99,4	100,7	101,5	103,2	83,9	87,5	91,1	94,8	98,4	102,0	105,6
35	86,9	88,5	89,4	90,7	91,6	93,0	95,4	97,9	99,2	100,1	101,4	102,3	103,9	84,4	88,0	91,8	95,4	99,1	102,7	106,4
36	87,5	89,1	90,0	91,3	92,2	93,6	96,1	98,6	99,9	100,8	102,2	103,1	104,7	85,0	88,7	92,4	96,1	99,8	103,5	107,2
37	88,0	89,7	90,6	91,9	92,8	94,2	96,7	99,3	100,6	101,5	102,9	103,8	105,5	85,5	89,2	93,0	96,7	100,5	104,2	108
38	88,5	90,2	91,1	92,5	93,4	94,8	97,4	99,9	101,3	102,2	103,6	104,5	106,2	86,0	89,8	93,6	97,4	101,2	105,0	108,8
39	89,1	90,8	91,7	93,1	94,0	95,4	98,0	100,6	102,0	102,9	104,3	105,2	106,9	86,5	90,3	94,2	98,0	101,8	105,7	109,5
40	89,6	91,3	92,2	93,7	94,6	96,0	98,6	101,3	102,7	103,6	105,0	105,9	107,7	87,0	90,9	94,7	98,6	102,5	106,4	110,3

0-5 yaş -Yaşa Göre Boy -Erkek - WHO 2007

AY	Persentil (cm)										Z-skor (cm)									
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
41	90,1	91,9	92,8	94,2	95,2	96,6	99,2	101,9	103,3	104,3	105,7	106,6	108,4	87,5	91,4	95,3	99,2	103,2	107,1	111
42	90,6	92,4	93,3	94,8	95,7	97,2	99,9	102,5	104,0	104,9	106,4	107,3	109,1	88,0	91,9	95,9	99,9	103,8	107,8	111,7
43	91,1	92,9	93,9	95,3	96,3	97,7	100,4	103,1	104,6	105,6	107,0	108,0	109,8	88,4	92,4	96,4	100,4	104,5	108,5	112,5
44	91,6	93,4	94,4	95,9	96,8	98,3	101,0	103,8	105,2	106,2	107,7	108,6	110,4	88,9	93,0	97,0	101,0	105,1	109,1	113,2
45	92,1	93,9	94,9	96,4	97,4	98,9	101,6	104,4	105,8	106,8	108,3	109,3	111,1	89,4	93,5	97,5	101,6	105,7	109,8	113,9
46	92,6	94,4	95,4	96,9	97,9	99,4	102,2	105,0	106,5	107,5	109,0	109,9	111,8	89,8	94,0	98,1	102,2	106,3	110,4	114,6
47	93,1	94,9	95,9	97,4	98,5	100,0	102,8	105,6	107,1	108,1	109,6	110,6	112,4	90,3	94,4	98,6	102,8	106,9	111,1	115,2
48	93,6	95,4	96,4	98,0	99,0	100,5	103,3	106,2	107,7	108,7	110,2	111,2	113,1	90,7	94,9	99,1	103,3	107,5	111,7	115,9
49	94,0	95,9	96,9	98,5	99,5	101,0	103,9	106,7	108,3	109,3	110,8	111,8	113,7	91,2	95,4	99,7	103,9	108,1	112,4	116,6
50	94,5	96,4	97,4	99,0	100,0	101,6	104,4	107,3	108,9	109,9	111,5	112,5	114,4	91,6	95,9	100,2	104,4	108,7	113,0	117,3
51	95,0	96,9	97,9	99,5	100,5	102,1	105,0	107,9	109,5	110,5	112,1	113,1	115,0	92,1	96,4	100,7	105,0	109,3	113,6	117,9
52	95,5	97,4	98,4	100,0	101,1	102,6	105,6	108,5	110,1	111,1	112,7	113,7	115,7	92,5	96,9	101,2	105,6	109,9	114,2	118,6
53	95,9	97,9	98,9	100,5	101,6	103,2	106,1	109,1	110,7	111,7	113,3	114,3	116,3	93,0	97,4	101,7	106,1	110,5	114,9	119,2
54	96,4	98,4	99,4	101,0	102,1	103,7	106,7	109,6	111,2	112,3	113,9	115,0	116,9	93,4	97,8	102,3	106,7	111,1	115,5	119,9
55	96,9	98,8	99,9	101,5	102,6	104,2	107,2	110,2	111,8	112,9	114,5	115,6	117,6	93,9	98,3	102,8	107,2	111,7	116,1	120,6
56	97,3	99,3	100,4	102,0	103,1	104,7	107,8	110,8	112,4	113,5	115,2	116,2	118,2	94,3	98,8	103,3	107,8	112,3	116,7	121,2
57	97,8	99,8	100,9	102,5	103,6	105,3	108,3	111,4	113,0	114,1	115,8	116,8	118,8	94,7	99,3	103,8	108,3	112,8	117,4	121,9
58	98,3	100,3	101,4	103,0	104,1	105,8	108,9	111,9	113,6	114,7	116,4	117,4	119,5	95,2	99,7	104,3	108,9	113,4	118,0	122,6
59	98,7	100,8	101,9	103,5	104,7	106,3	109,4	112,5	114,2	115,3	117,0	118,1	120,1	95,6	100,2	104,8	109,4	114,0	118,6	123,2
60	99,2	101,2	102,3	104,0	105,2	106,8	110,0	113,1	114,8	115,9	117,6	118,7	120,7	96,1	100,7	105,3	110,0	114,6	119,2	123,9

0-5 Yaş -Yaşa Göre Ağırlık -Kız - WHO 2007

Hafta	Percentil (kg)															Z-skor (kg)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
1	2,3	2,5	2,6	2,8	2,9	3,0	3,3	3,7	3,9	4,0	4,2	4,4	4,6	2,1	2,5	2,9	3,3	3,9	4,4	5,1
2	2,5	2,7	2,8	3,0	3,1	3,2	3,6	3,9	4,1	4,3	4,5	4,6	4,9	2,3	2,7	3,1	3,6	4,1	4,7	5,4
3	2,7	2,9	3,0	3,2	3,3	3,5	3,8	4,2	4,4	4,6	4,8	5,0	5,3	2,5	2,9	3,3	3,8	4,4	5,0	5,7
4	2,9	3,1	3,3	3,4	3,5	3,7	4,1	4,5	4,7	4,9	5,1	5,3	5,6	2,7	3,1	3,6	4,1	4,7	5,4	6,1
5	3,1	3,3	3,5	3,6	3,8	4,0	4,3	4,8	5,0	5,2	5,4	5,6	5,9	2,9	3,3	3,8	4,3	5,0	5,7	6,5
6	3,3	3,5	3,7	3,8	4,0	4,2	4,6	5,0	5,3	5,4	5,7	5,9	6,2	3,0	3,5	4,0	4,6	5,2	6,0	6,8
7	3,5	3,7	3,8	4,0	4,2	4,4	4,8	5,2	5,5	5,7	5,9	6,1	6,5	3,2	3,7	4,2	4,8	5,5	6,2	7,1
8	3,7	3,9	4,0	4,2	4,4	4,6	5,0	5,5	5,7	5,9	6,2	6,4	6,7	3,3	3,8	4,4	5,0	5,7	6,5	7,3
9	3,8	4,1	4,2	4,4	4,5	4,7	5,2	5,7	5,9	6,1	6,4	6,6	7,0	3,5	4,0	4,6	5,2	5,9	6,7	7,6
10	4,0	4,2	4,3	4,5	4,7	4,9	5,4	5,8	6,1	6,3	6,6	6,8	7,2	3,6	4,1	4,7	5,4	6,1	6,9	7,8
11	4,1	4,3	4,5	4,7	4,8	5,1	5,5	6,0	6,3	6,5	6,8	7,0	7,4	3,8	4,3	4,9	5,5	6,3	7,1	8,1
12	4,2	4,5	4,6	4,8	5,0	5,2	5,7	6,2	6,5	6,7	7,0	7,2	7,6	3,9	4,4	5,0	5,7	6,5	7,3	8,3
13	4,3	4,6	4,7	5,0	5,1	5,4	5,8	6,4	6,7	6,9	7,2	7,4	7,8	4,0	4,5	5,1	5,8	6,6	7,5	8,5

0-5 Yaş -Yaşa Göre Ağırlık -Kız - WHO 2007

AY	Percentil (kg)															Z-skor (kg)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
3	4,4	4,6	4,7	5,0	5,1	5,4	5,8	6,4	6,7	6,9	7,2	7,4	7,8	4,0	4,5	5,2	5,8	6,6	7,5	8,5
4	4,8	5,1	5,2	5,5	5,6	5,9	6,4	7,0	7,3	7,5	7,9	8,1	8,6	4,4	5,0	5,7	6,4	7,3	8,2	9,3
5	5,2	5,5	5,6	5,9	6,1	6,4	6,9	7,5	7,8	8,1	8,4	8,7	9,2	4,8	5,4	6,1	6,9	7,8	8,8	10
6	5,5	5,8	6,0	6,2	6,4	6,7	7,3	7,9	8,3	8,5	8,9	9,2	9,7	5,1	5,7	6,5	7,3	8,2	9,3	10,6
7	5,8	6,1	6,3	6,5	6,7	7,0	7,6	8,3	8,7	8,9	9,4	9,6	10,2	5,3	6,0	6,8	7,6	8,6	9,8	11,1
8	6,0	6,3	6,5	6,8	7,0	7,3	7,9	8,6	9,0	9,3	9,7	10,0	10,6	5,6	6,3	7,0	7,9	9,0	10,2	11,6
9	6,2	6,6	6,8	7,0	7,3	7,6	8,2	8,9	9,3	9,6	10,1	10,4	11,0	5,8	6,5	7,3	8,2	9,3	10,5	12
10	6,4	6,8	7,0	7,3	7,5	7,8	8,5	9,2	9,6	9,9	10,4	10,7	11,3	5,9	6,7	7,5	8,5	9,6	10,9	12,4
11	6,6	7,0	7,2	7,5	7,7	8,0	8,7	9,5	9,9	10,2	10,7	11,0	11,7	6,1	6,9	7,7	8,7	9,9	11,2	12,8
12	6,8	7,1	7,3	7,7	7,9	8,2	8,9	9,7	10,2	10,5	11,0	11,3	12,0	6,3	7,0	7,9	8,9	10,1	11,5	13,1
13	6,9	7,3	7,5	7,9	8,1	8,4	9,2	10,0	10,4	10,8	11,3	11,6	12,3	6,4	7,2	8,1	9,2	10,4	11,8	13,5
14	7,1	7,5	7,7	8,0	8,3	8,6	9,4	10,2	10,7	11,0	11,5	11,9	12,6	6,6	7,4	8,3	9,4	10,6	12,1	13,8
15	7,3	7,7	7,9	8,2	8,5	8,8	9,6	10,4	10,9	11,3	11,8	12,2	12,9	6,7	7,6	8,5	9,6	10,9	12,4	14,1
16	7,4	7,8	8,1	8,4	8,7	9,0	9,8	10,7	11,2	11,5	12,1	12,5	13,2	6,9	7,7	8,7	9,8	11,1	12,6	14,5
17	7,6	8,0	8,2	8,6	8,8	9,2	10,0	10,9	11,4	11,8	12,3	12,7	13,5	7,0	7,9	8,9	10,0	11,4	12,9	14,8
18	7,8	8,2	8,4	8,8	9,0	9,4	10,2	11,1	11,6	12,0	12,6	13,0	13,8	7,2	8,1	9,1	10,2	11,6	13,2	15,1
19	7,9	8,3	8,6	8,9	9,2	9,6	10,4	11,4	11,9	12,3	12,9	13,3	14,1	7,3	8,2	9,2	10,4	11,8	13,5	15,4
20	8,1	8,5	8,7	9,1	9,4	9,8	10,6	11,6	12,1	12,5	13,1	13,5	14,4	7,5	8,4	9,4	10,6	12,1	13,7	15,7
21	8,2	8,7	8,9	9,3	9,6	10,0	10,9	11,8	12,4	12,8	13,4	13,8	14,6	7,6	8,6	9,6	10,9	12,3	14,0	16

0-5 yaş -Yaşa Göre Ağırılık -Kız - WHO 2007

Ay	Persentil (kg)										Z-skor (kg)									
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
22	8,4	8,8	9,1	9,5	9,8	10,2	11,1	12,0	12,6	13,0	13,6	14,1	14,9	7,8	8,7	9,8	11,1	12,5	14,3	16,4
23	8,5	9,0	9,2	9,7	9,9	10,4	11,3	12,3	12,8	13,3	13,9	14,3	15,2	7,9	8,9	10,0	11,3	12,8	14,6	16,7
24	8,7	9,2	9,4	9,8	10,1	10,6	11,5	12,5	13,1	13,5	14,2	14,6	15,5	8,1	9,0	10,2	11,5	13,0	14,8	17
25	8,9	9,3	9,6	10,0	10,3	10,8	11,7	12,7	13,3	13,8	14,4	14,9	15,8	8,2	9,2	10,3	11,7	13,3	15,1	17,3
26	9,0	9,5	9,8	10,2	10,5	10,9	11,9	12,9	13,6	14,0	14,7	15,2	16,1	8,4	9,4	10,5	11,9	13,5	15,4	17,7
27	9,2	9,6	9,9	10,4	10,7	11,1	12,1	13,2	13,8	14,3	15,0	15,4	16,4	8,5	9,5	10,7	12,1	13,7	15,7	18
28	9,3	9,8	10,1	10,5	10,8	11,3	12,3	13,4	14,0	14,5	15,2	15,7	16,7	8,6	9,7	10,9	12,3	14,0	16,0	18,3
29	9,5	10,0	10,2	10,7	11,0	11,5	12,5	13,6	14,3	14,7	15,5	16,0	17,0	8,8	9,8	11,1	12,5	14,2	16,2	18,7
30	9,6	10,1	10,4	10,9	11,2	11,7	12,7	13,8	14,5	15,0	15,7	16,2	17,3	8,9	10,0	11,2	12,7	14,4	16,5	19
31	9,7	10,3	10,5	11,0	11,3	11,9	12,9	14,1	14,7	15,2	16,0	16,5	17,6	9,0	10,1	11,4	12,9	14,7	16,8	19,3
32	9,9	10,4	10,7	11,2	11,5	12,0	13,1	14,3	15,0	15,5	16,2	16,8	17,8	9,1	10,3	11,6	13,1	14,9	17,1	19,6
33	10,0	10,5	10,8	11,3	11,7	12,2	13,3	14,5	15,2	15,7	16,5	17,0	18,1	9,3	10,4	11,7	13,3	15,1	17,3	20
34	10,1	10,7	11,0	11,5	11,8	12,4	13,5	14,7	15,4	15,9	16,8	17,3	18,4	9,4	10,5	11,9	13,5	15,4	17,6	20,3
35	10,3	10,8	11,1	11,6	12,0	12,5	13,7	14,9	15,7	16,2	17,0	17,6	18,7	9,5	10,7	12,0	13,7	15,6	17,9	20,6
36	10,4	11,0	11,3	11,8	12,1	12,7	13,9	15,1	15,9	16,4	17,3	17,8	19,0	9,6	10,8	12,2	13,9	15,8	18,1	20,9
37	10,5	11,1	11,4	11,9	12,3	12,9	14,0	15,3	16,1	16,7	17,5	18,1	19,3	9,7	10,9	12,4	14,0	16,0	18,4	21,3
38	10,6	11,2	11,6	12,1	12,5	13,0	14,2	15,6	16,3	16,9	17,8	18,4	19,6	9,8	11,1	12,5	14,2	16,3	18,7	21,6
39	10,8	11,4	11,7	12,2	12,6	13,2	14,4	15,8	16,6	17,1	18,0	18,6	19,9	9,9	11,2	12,7	14,4	16,5	19,0	22
40	10,9	11,5	11,8	12,4	12,8	13,4	14,6	16,0	16,8	17,4	18,3	18,9	20,2	10,1	11,3	12,8	14,6	16,7	19,2	22,3

0-5 yaş -Yaşa Göre Ağırlık -Kız - WHO 2007

AY	Persentil (kg)															Z-skor (kg)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
41	11,0	11,6	12,0	12,5	12,9	13,5	14,8	16,2	17,0	17,6	18,6	19,2	20,5	10,2	11,5	13,0	14,8	16,9	19,5	22,7
42	11,1	11,8	12,1	12,7	13,1	13,7	15,0	16,4	17,3	17,9	18,8	19,5	20,8	10,3	11,6	13,1	15,0	17,2	19,8	23
43	11,3	11,9	12,2	12,8	13,2	13,9	15,2	16,6	17,5	18,1	19,1	19,7	21,1	10,4	11,7	13,3	15,2	17,4	20,1	23,4
44	11,4	12,0	12,4	13,0	13,4	14,0	15,3	16,8	17,7	18,3	19,3	20,0	21,4	10,5	11,8	13,4	15,3	17,6	20,4	23,7
45	11,5	12,1	12,5	13,1	13,5	14,2	15,5	17,0	17,9	18,6	19,6	20,3	21,7	10,6	12,0	13,6	15,5	17,8	20,7	24,1
46	11,6	12,3	12,6	13,2	13,7	14,3	15,7	17,3	18,2	18,8	19,9	20,6	22,0	10,7	12,1	13,7	15,7	18,1	20,9	24,5
47	11,7	12,4	12,8	13,4	13,8	14,5	15,9	17,5	18,4	19,1	20,1	20,8	22,3	10,8	12,2	13,9	15,9	18,3	21,2	24,8
48	11,8	12,5	12,9	13,5	14,0	14,7	16,1	17,7	18,6	19,3	20,4	21,1	22,6	10,9	12,3	14,0	16,1	18,5	21,5	25,2
49	11,9	12,6	13,0	13,7	14,1	14,8	16,3	17,9	18,9	19,5	20,6	21,4	22,9	11,0	12,4	14,2	16,3	18,8	21,8	25,5
50	12,1	12,8	13,2	13,8	14,3	15,0	16,4	18,1	19,1	19,8	20,9	21,7	23,2	11,1	12,6	14,3	16,4	19,0	22,1	25,9
51	12,2	12,9	13,3	13,9	14,4	15,1	16,6	18,3	19,3	20,0	21,2	22,0	23,5	11,2	12,7	14,5	16,6	19,2	22,4	26,3
52	12,3	13,0	13,4	14,1	14,5	15,3	16,8	18,5	19,5	20,3	21,4	22,2	23,9	11,3	12,8	14,6	16,8	19,4	22,6	26,6
53	12,4	13,1	13,5	14,2	14,7	15,4	17,0	18,7	19,8	20,5	21,7	22,5	24,2	11,4	12,9	14,8	17,0	19,7	22,9	27
54	12,5	13,2	13,7	14,3	14,8	15,6	17,2	18,9	20,0	20,8	22,0	22,8	24,5	11,5	13,0	14,9	17,2	19,9	23,2	27,4
55	12,6	13,4	13,8	14,5	15,0	15,8	17,3	19,1	20,2	21,0	22,2	23,1	24,8	11,6	13,2	15,1	17,3	20,1	23,5	27,7
56	12,7	13,5	13,9	14,6	15,1	15,9	17,5	19,3	20,4	21,2	22,5	23,3	25,1	11,7	13,3	15,2	17,5	20,3	23,8	28,1
57	12,8	13,6	14,0	14,8	15,3	16,1	17,7	19,6	20,7	21,5	22,7	23,6	25,4	11,8	13,4	15,3	17,7	20,6	24,1	28,5
58	12,9	13,7	14,2	14,9	15,4	16,2	17,9	19,8	20,9	21,7	23,0	23,9	25,7	11,9	13,5	15,5	17,9	20,8	24,4	28,8
59	13,1	13,8	14,3	15,0	15,5	16,4	18,0	20,0	21,1	21,9	23,3	24,2	26,0	12,0	13,6	15,6	18,0	21,0	24,6	29,2
60	13,2	14,0	14,4	15,2	15,7	16,5	18,2	20,2	21,3	22,2	23,5	24,4	26,3	12,1	13,7	15,8	18,2	21,2	24,9	29,5

0-5 yaş -Yaş Göre Ağırlık -Erkek - WHO 2007

Hafta	Percentil (kg)															Z-skor (kg)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
0	2,3	2,5	2,6	2,8	2,9	3,0	3,3	3,7	3,9	4,0	4,2	4,3	4,6	2,1	2,5	2,9	3,3	3,9	4,4	5
1	2,4	2,6	2,7	2,9	3,0	3,2	3,5	3,8	4,0	4,2	4,4	4,5	4,8	2,2	2,6	3,0	3,5	4,0	4,6	5,3
2	2,7	2,8	3,0	3,1	3,2	3,4	3,8	4,1	4,3	4,5	4,7	4,9	5,1	2,4	2,8	3,2	3,8	4,3	4,9	5,6
3	2,9	3,1	3,2	3,4	3,5	3,7	4,1	4,5	4,7	4,8	5,1	5,2	5,5	2,6	3,1	3,5	4,1	4,7	5,3	6
4	3,2	3,4	3,5	3,7	3,8	4,0	4,4	4,8	5,0	5,2	5,4	5,6	5,9	2,9	3,3	3,8	4,4	5,0	5,7	6,4
5	3,4	3,6	3,7	3,9	4,1	4,3	4,7	5,1	5,3	5,5	5,8	5,9	6,3	3,1	3,5	4,1	4,7	5,3	6,0	6,8
6	3,6	3,8	4,0	4,2	4,3	4,5	4,9	5,4	5,6	5,8	6,1	6,3	6,6	3,3	3,8	4,3	4,9	5,6	6,3	7,2
7	3,8	4,1	4,2	4,4	4,5	4,8	5,2	5,6	5,9	6,1	6,4	6,5	6,9	3,5	4,0	4,6	5,2	5,9	6,6	7,5
8	4,0	4,3	4,4	4,6	4,7	5,0	5,4	5,9	6,2	6,3	6,6	6,8	7,2	3,7	4,2	4,8	5,4	6,1	6,9	7,8
9	4,2	4,4	4,6	4,8	4,9	5,2	5,6	6,1	6,4	6,6	6,9	7,1	7,4	3,8	4,4	5,0	5,6	6,4	7,2	8
10	4,4	4,6	4,8	5,0	5,1	5,4	5,8	6,3	6,6	6,8	7,1	7,3	7,7	4,0	4,5	5,2	5,8	6,6	7,4	8,3
11	4,5	4,8	4,9	5,2	5,3	5,6	6,0	6,5	6,8	7,0	7,3	7,5	7,9	4,2	4,7	5,3	6,0	6,8	7,6	8,5
12	4,7	4,9	5,1	5,3	5,5	5,7	6,2	6,7	7,0	7,2	7,5	7,7	8,1	4,3	4,9	5,5	6,2	7,0	7,8	8,8
13	4,8	5,1	5,2	5,5	5,6	5,9	6,4	6,9	7,2	7,4	7,7	7,9	8,3	4,4	5,0	5,7	6,4	7,2	8,0	9

0-5 yaş -Yaşa Göre Ağırlık -Erkek - WHO 2007

AY	Percentil (kg)															Z-skor (kg)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
3	4,8	5,1	5,2	5,5	5,6	5,9	6,4	6,9	7,2	7,4	7,7	7,9	8,3	4,4	5,0	5,7	6,4	7,2	8,0	9
4	5,4	5,6	5,8	6,0	6,2	6,5	7,0	7,6	7,9	8,1	8,4	8,6	9,1	4,9	5,6	6,2	7,0	7,8	8,7	9,7
5	5,8	6,1	6,2	6,5	6,7	7,0	7,5	8,1	8,4	8,6	9,0	9,2	9,7	5,3	6,0	6,7	7,5	8,4	9,3	10,4
6	6,1	6,4	6,6	6,9	7,1	7,4	7,9	8,5	8,9	9,1	9,5	9,7	10,2	5,7	6,4	7,1	7,9	8,8	9,8	10,9
7	6,4	6,7	6,9	7,2	7,4	7,7	8,3	8,9	9,3	9,5	9,9	10,2	10,7	5,9	6,7	7,4	8,3	9,2	10,3	11,4
8	6,7	7,0	7,2	7,5	7,7	8,0	8,6	9,3	9,6	9,9	10,3	10,5	11,1	6,2	6,9	7,7	8,6	9,6	10,7	11,9
9	6,9	7,2	7,4	7,7	7,9	8,3	8,9	9,6	10,0	10,2	10,6	10,9	11,4	6,4	7,1	8,0	8,9	9,9	11,0	12,3
10	7,1	7,5	7,7	8,0	8,2	8,5	9,2	9,9	10,3	10,5	10,9	11,2	11,8	6,6	7,4	8,2	9,2	10,2	11,4	12,7
11	7,3	7,7	7,9	8,2	8,4	8,7	9,4	10,1	10,5	10,8	11,2	11,5	12,1	6,8	7,6	8,4	9,4	10,5	11,7	13
12	7,5	7,8	8,1	8,4	8,6	9,0	9,6	10,4	10,8	11,1	11,5	11,8	12,4	6,9	7,7	8,6	9,6	10,8	12,0	13,3
13	7,6	8,0	8,2	8,6	8,8	9,2	9,9	10,6	11,1	11,4	11,8	12,1	12,7	7,1	7,9	8,8	9,9	11,0	12,3	13,7
14	7,8	8,2	8,4	8,8	9,0	9,4	10,1	10,9	11,3	11,6	12,1	12,4	13,0	7,2	8,1	9,0	10,1	11,3	12,6	14
15	8,0	8,4	8,6	9,0	9,2	9,6	10,3	11,1	11,6	11,9	12,3	12,7	13,3	7,4	8,3	9,2	10,3	11,5	12,8	14,3
16	8,1	8,5	8,8	9,1	9,4	9,8	10,5	11,3	11,8	12,1	12,6	12,9	13,6	7,5	8,4	9,4	10,5	11,7	13,1	14,6
17	8,3	8,7	8,9	9,3	9,6	10,0	10,7	11,6	12,0	12,4	12,9	13,2	13,9	7,7	8,6	9,6	10,7	12,0	13,4	14,9
18	8,4	8,9	9,1	9,5	9,7	10,1	10,9	11,8	12,3	12,6	13,1	13,5	14,2	7,8	8,8	9,8	10,9	12,2	13,7	15,3
19	8,6	9,0	9,3	9,7	9,9	10,3	11,1	12,0	12,5	12,9	13,4	13,7	14,4	8,0	8,9	10,0	11,1	12,5	13,9	15,6
20	8,7	9,2	9,4	9,8	10,1	10,5	11,3	12,2	12,7	13,1	13,6	14,0	14,7	8,1	9,1	10,1	11,3	12,7	14,2	15,9
21	8,9	9,3	9,6	10,0	10,3	10,7	11,5	12,5	13,0	13,3	13,9	14,3	15,0	8,2	9,2	10,3	11,5	12,9	14,5	16,2

0-5 yaş -Yaşa Göre Ağırlık -Erkek - WHO 2007

Ay	Persentil (kg)															Z-skor (kg)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
22	9,0	9,5	9,8	10,2	10,5	10,9	11,8	12,7	13,2	13,6	14,2	14,5	15,3	8,4	9,4	10,5	11,8	13,2	14,7	16,5
23	9,2	9,7	9,9	10,3	10,6	11,1	12,0	12,9	13,4	13,8	14,4	14,8	15,6	8,5	9,5	10,7	12,0	13,4	15,0	16,8
24	9,3	9,8	10,1	10,5	10,8	11,3	12,2	13,1	13,7	14,1	14,7	15,1	15,9	8,6	9,7	10,8	12,2	13,6	15,3	17,1
25	9,5	10,0	10,2	10,7	11,0	11,4	12,4	13,3	13,9	14,3	14,9	15,3	16,1	8,8	9,8	11,0	12,4	13,9	15,5	17,5
26	9,6	10,1	10,4	10,8	11,1	11,6	12,5	13,6	14,1	14,6	15,2	15,6	16,4	8,9	10,0	11,2	12,5	14,1	15,8	17,8
27	9,7	10,2	10,5	11,0	11,3	11,8	12,7	13,8	14,4	14,8	15,4	15,9	16,7	9,0	10,1	11,3	12,7	14,3	16,1	18,1
28	9,9	10,4	10,7	11,1	11,5	12,0	12,9	14,0	14,6	15,0	15,7	16,1	17,0	9,1	10,2	11,5	12,9	14,5	16,3	18,4
29	10,0	10,5	10,8	11,3	11,6	12,1	13,1	14,2	14,8	15,2	15,9	16,4	17,3	9,2	10,4	11,7	13,1	14,8	16,6	18,7
30	10,1	10,7	11,0	11,4	11,8	12,3	13,3	14,4	15,0	15,5	16,2	16,6	17,5	9,4	10,5	11,8	13,3	15,0	16,9	19
31	10,3	10,8	11,1	11,6	11,9	12,4	13,5	14,6	15,2	15,7	16,4	16,9	17,8	9,5	10,7	12,0	13,5	15,2	17,1	19,3
32	10,4	10,9	11,2	11,7	12,1	12,6	13,7	14,8	15,5	15,9	16,6	17,1	18,0	9,6	10,8	12,1	13,7	15,4	17,4	19,6
33	10,5	11,1	11,4	11,9	12,2	12,8	13,8	15,0	15,7	16,1	16,9	17,3	18,3	9,7	10,9	12,3	13,8	15,6	17,6	19,9
34	10,6	11,2	11,5	12,0	12,4	12,9	14,0	15,2	15,9	16,3	17,1	17,6	18,6	9,8	11,0	12,4	14,0	15,8	17,8	20,2
35	10,7	11,3	11,6	12,2	12,5	13,1	14,2	15,4	16,1	16,6	17,3	17,8	18,8	9,9	11,2	12,6	14,2	16,0	18,1	20,4
36	10,8	11,4	11,8	12,3	12,7	13,2	14,3	15,6	16,3	16,8	17,5	18,0	19,1	10,0	11,3	12,7	14,3	16,2	18,3	20,7
37	11,0	11,6	11,9	12,4	12,8	13,4	14,5	15,8	16,5	17,0	17,8	18,3	19,3	10,1	11,4	12,9	14,5	16,4	18,6	21
38	11,1	11,7	12,0	12,6	12,9	13,5	14,7	15,9	16,7	17,2	18,0	18,5	19,6	10,2	11,5	13,0	14,7	16,6	18,8	21,3
39	11,2	11,8	12,2	12,7	13,1	13,7	14,8	16,1	16,9	17,4	18,2	18,7	19,8	10,3	11,6	13,1	14,8	16,8	19,0	21,6
40	11,3	11,9	12,3	12,8	13,2	13,8	15,0	16,3	17,1	17,6	18,4	19,0	20,1	10,4	11,8	13,3	15,0	17,0	19,3	21,9

0-5 yaş -Yaşa Göre Ağırlık -Erkek - WHO 2007

AY	Persentil (kg)															Z-skor (kg)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
41	11,4	12,1	12,4	13,0	13,4	14,0	15,2	16,5	17,3	17,8	18,6	19,2	20,3	10,5	11,9	13,4	15,2	17,2	19,5	22,1
42	11,5	12,2	12,5	13,1	13,5	14,1	15,3	16,7	17,5	18,0	18,9	19,4	20,6	10,6	12,0	13,6	15,3	17,4	19,7	22,4
43	11,7	12,3	12,7	13,2	13,6	14,3	15,5	16,9	17,7	18,2	19,1	19,7	20,8	10,7	12,1	13,7	15,5	17,6	20,0	22,7
44	11,8	12,4	12,8	13,4	13,8	14,4	15,7	17,1	17,9	18,4	19,3	19,9	21,1	10,8	12,2	13,8	15,7	17,8	20,2	23
45	11,9	12,5	12,9	13,5	13,9	14,6	15,8	17,3	18,1	18,6	19,5	20,1	21,3	10,9	12,4	14,0	15,8	18,0	20,5	23,3
46	12,0	12,7	13,0	13,6	14,1	14,7	16,0	17,4	18,3	18,9	19,8	20,4	21,6	11,0	12,5	14,1	16,0	18,2	20,7	23,6
47	12,1	12,8	13,2	13,8	14,2	14,9	16,2	17,6	18,5	19,1	20,0	20,6	21,9	11,1	12,6	14,3	16,2	18,4	20,9	23,9
48	12,2	12,9	13,3	13,9	14,3	15,0	16,3	17,8	18,7	19,3	20,2	20,9	22,1	11,2	12,7	14,4	16,3	18,6	21,2	24,2
49	12,3	13,0	13,4	14,0	14,5	15,2	16,5	18,0	18,9	19,5	20,4	21,1	22,4	11,3	12,8	14,5	16,5	18,8	21,4	24,5
50	12,4	13,1	13,5	14,2	14,6	15,3	16,7	18,2	19,1	19,7	20,7	21,3	22,6	11,4	12,9	14,7	16,7	19,0	21,7	24,8
51	12,5	13,3	13,7	14,3	14,7	15,4	16,8	18,4	19,3	19,9	20,9	21,6	22,9	11,5	13,1	14,8	16,8	19,2	21,9	25,1
52	12,6	13,4	13,8	14,4	14,9	15,6	17,0	18,6	19,5	20,1	21,1	21,8	23,2	11,6	13,2	15,0	17,0	19,4	22,2	25,4
53	12,7	13,5	13,9	14,6	15,0	15,7	17,2	18,8	19,7	20,3	21,4	22,1	23,4	11,7	13,3	15,1	17,2	19,6	22,4	25,7
54	12,9	13,6	14,0	14,7	15,2	15,9	17,3	19,0	19,9	20,6	21,6	22,3	23,7	11,8	13,4	15,2	17,3	19,8	22,7	26
55	13,0	13,7	14,1	14,8	15,3	16,0	17,5	19,2	20,1	20,8	21,8	22,5	24,0	11,9	13,5	15,4	17,5	20,0	22,9	26,3
56	13,1	13,8	14,3	14,9	15,4	16,2	17,7	19,3	20,3	21,0	22,1	22,8	24,2	12,0	13,6	15,5	17,7	20,2	23,2	26,6
57	13,2	13,9	14,4	15,1	15,6	16,3	17,8	19,5	20,5	21,2	22,3	23,0	24,5	12,1	13,7	15,6	17,8	20,4	23,4	26,9
58	13,3	14,1	14,5	15,2	15,7	16,5	18,0	19,7	20,7	21,4	22,5	23,3	24,8	12,2	13,8	15,8	18,0	20,6	23,7	27,2
59	13,4	14,2	14,6	15,3	15,8	16,6	18,2	19,9	20,9	21,6	22,8	23,5	25,0	12,3	14,0	15,9	18,2	20,8	23,9	27,6
60	13,5	14,3	14,7	15,5	16,0	16,7	18,3	20,1	21,1	21,9	23,0	23,8	25,3	12,4	14,1	16,0	18,3	21,0	24,2	27,9

Yönerge 4 (Y4)

Yenidoğan Refleksleri

1. Moro refleksi (Sıçrama);

Sırt üstü yatan bebeğin başı biraz kaldırılarak baş arkaya doğru bırakılır veya bebeğin iki elinden tutularak vücut hafif kaldırıldıktan sonra kollar aniden bırakılır. Elle güdültü çıkarma, ani ses veya fotoğraf makinesi flaşı bile refleksin ortaya çıkmasını sağlayabilir.

Moro 4 kısımdan oluşur:

1. Kollar omuzlardan itibaren gövdeden uzaklaşır.
2. Kollar dirseklerden itibaren düz bir şekilde uzatılır.
3. Kollar dirseklerden bükülür.
4. Kollar tekrar gövdeye yaklaşarak sakin duruma geçer. Bu hareketler sırasında parmaklar açılır ve genellikle bebek irkilerek ağlar.

Moro 28. gebelik haftasında belirmeye başlar ve 32. haftada yanıt normal yenidoğan gibidir. Genellikle 3 aya kaybolur. Pozitiflik 6 aya kadar sürebilir.

Refleksin kendi kendine ortaya çıkması ağır beyin lezyonunu, refleksin hiç alınmaması santral sinir sisteminin zedelenmesi veya ağır bir hastalık tarafından baskılanmasını, tek taraflı olarak alınması refleksin alınmadığı ters taraftaki kol siniri felcini, köprücük kemiği kırıklarını, uzun sürmesi beyin hasarını düşündürür.

2. Emme-Arama refleksi;

Bebeğin dudaklarının üzerine veya yanağına dokunulduğunda bebeğin ağız ile o objeyi aradığı, başını o tarafa doğru çevirdiği ve yakalansa emmeğe başladığı görülür. 32-34. gebelik haftalarında bebek bu hareketleri düzenleyecek olgunluğa erişmiştir. Emme refleksi uyanık durumda 4. aya, uykuda 7. aya kadar devam eder.

Bu refleksin doğumda olmaması beyin sapının doğuştan bozuklukları, oksijensizlik, travma veya sinir sistemini de içine alabilen ağır enfeksiyon hallerini işaret edebilir. Uzun süre devam etmesi ise ağır beyin hasarını gösterebilir.

3. Yakalama refleksi;

Bebeğin el ayası veya ayak tabanına dokunulduğunda objeyi sıkıca yakaladığı ve bırakmadığı izlenir. 28. gebelik haftasında yakalama başlar, 36. haftadan büyük bebekler muayene eden kişinin elini sıkıca kavrar ve gövdesini öne doğru kaldırabilir.

İstemli yakalamanın başlaması ile 2. ayda elde yakalama refleksi kaybolurken ayakta 10. aya kadar devam edebilir.

Refleksin alınmaması beyin zedelenmesi veya sinirlerde bozukluğun sonucu olabilir.

4. Tonik Boyun refleksi;

Bebeğin başı bir yöne doğru çevrildiğinde kasların kasılmasının artarak başın çevrildiği taraftaki kol ve bacağın düz bir hatta kalması, karşı taraftaki kol ve bacağın dirsek ve dizden kıvrılması şeklinde görülür (eskrimci pozisyonu). Doğuştan 3-4 hafta sonra daha belirgin olur. Bu pozisyonun uzun sürmesi, tek taraflı olarak alınması ve 5-6 aydan sonra izlenmesi patolojiktir.

5. Basma ve Otomatik Yürüme refleksi;

Bebek koltuk altlarından tutularak düz bir yüzeye ayakları değdirilirse adım atma hareketleri yapabilir. Zamanında doğanlar genellikle ayak tabanları, erken doğan bebekler ise ayakuçları ile basma eğilimindedirler. Bu refleks 6-7. ayda kaybolur.

Bahsi geçen reflekslerin dışında öğürme, yutkunma, başını kaldırma gibi reflekslerde yenidoğan bebeğin dış ortama adaptasyonunda önemli bir koruma görevi görürler.

Yönerge 5 (Y5)

Ateş

Ateş vücudun genel savunma amaçlı cevabıdır. 37,5 °C üstü subfebril, 38 °C üstü ateştir. Yeni doğmuş bebeklerde ateş ayrıca vücudun su kaybetmesi ya da sıcak iklimlerde bebeğin sıcakta fazla kalması dolayısıyla da ortaya çıkar.

- Ateş çeşitli şekillerde ölçülebilir:
 - Koltuk altı ya da
 - Timpanik (kulaktan) ölçüm tercih edilir
- Ölçümlerde hangi yöntemin uygulanacağı çocuğun yaşına göre belirlenebilir.
- Koltuk altından ateş ölçebilmek için, derecenin ucu bebeğin koltukaltına yerleştirilir. Bebeğin koltuk altı kuru olmalıdır ve derece konduktan sonra 4-5 dakika kadar koltuk altı kapalı tutulmalıdır.

Yönerge 6 (Y6)

Yenidoğan Tarama Programı için kan alma yönergesi

Tarama programı kapsamında doğan her bebekten doğumu takiben 48 saat sonra (oral beslenmenin ardından) topuk kanı örneği alınması esastır. Ancak mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda topuk kanı örneği alınmalı, eğer bu örnek bebek yeterince oral beslenmeden alınmışsa hastaya ilk hafta içinde aile hekimlerine ya da en yakın sağlık kurumuna başvurarak yeni topuk kanı örneği aldırması gerektiği söylenmelidir.

Birinci basamak (ASM, TSM) hizmetlerinden faydalanmak üzere gelen her yeni doğan bebeğin, daha önce hastanede topuk kanı alınıp alınmadığı, alındı ise ne zaman alındığı ve kan alımı öncesi bebeğin beslenip beslenmediği yönünden ayrıntılı olarak sorgulanması gerekmektedir. Daha önce topuk kanı alınmadıysa veya topuk kanı bebekten 48 saat dolmadan ya da emzirilmeden önce alındıysa mutlaka mükerrer kan örneği alınmalıdır. Bebeklerden sadece bir kez mükerrer kan örneği alınmalıdır.

Yenidoğan servislerinde yatırılarak izlenen hasta bebeklerden tarama için ilk 48 saat içinde topuk kanı örneğinin alınmalı ve web sistemine girişleri yapılmalıdır. Bebek oral beslenmeye geçtikten sonra mutlaka mükerrer numunesinin alınması sağlanmalıdır. Nakli söz konusu olan bebeklerin topuk kanı örneğinin alındığının hastaneden verilen çıkış özetinde belirtilmesi gerekmektedir. Hasta bebeğin nakledildiği hastanede önce çıkış özeti kontrol edilmeli, topuk kanı örneğinin alındığına dair bir ibare yoksa mutlaka tarama için topuk kanı örneği alınmalı ve bebek hastaneden taburcu edilirken çıkış özetinde örnek alındığı belirtilmelidir.

Yeni numunede test sonucu "şüpheli" çıkmış ise tekrar kan örneği alınarak şüpheli olan test için "tekrar numune" alınmalıdır.

Kan alımı ile kayıt arasında geçen sürede kan örneklerinin saklanma şartları analiz sonucunu etkileyebilmekte olup uygun kan alma ve saklama ortamı sağlanmalıdır.

Program kapsamında yapılan çalışmalarda laboratuvarla uyumlu hale getirilen akış şemaları esas alınmalı, il düzeyinde başka bir düzenleme yapılmamalıdır.

Sonucu şüpheli çıkan bebeklerin sevk işlemleri yapılırken ekte yer alan ve her hastalık için ayrı hazırlanmış olan sevk formları ve Yenidoğan Tarama Programı Web uygulamasında yer alan laboratuvar sonucunu içeren çıktı kullanılmalıdır.

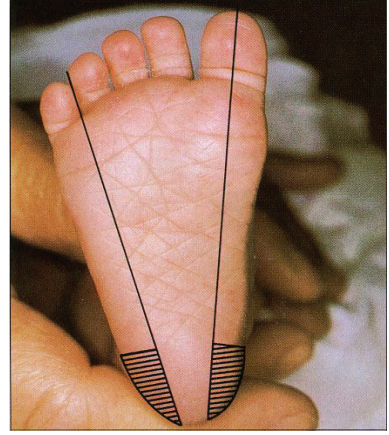
Kan örneği alınacak filtre kağıdının doldurulması;

- Kan alma işlemine başlamadan önce mutlaka filtre kağıdı üzerinde yer alan kişisel bilgiler eksiksiz doldurulmalıdır.
- Hatalı kayıtların önüne geçmek için özellikle annenin T.C. Kimlik Numarası başta olmak üzere bebeğe ulaşmak için gerekli zorunlu alanların tümünün eksiksiz ve doğru (mümkünse nüfus cüzdanından kontrol edilerek) doldurulmasına dikkat edilmelidir.
- Bebeğin annesi T.C. vatandaşı değilsebabasının kimlik bilgilerine yer verilerek bu durum belirtilmelidir.
- Filtre kağıdının arkasında yer alan "Ebeveyn Rıza" Beyanı bölümü de mutlaka kanı alınan veya alınamayan her bebek için doldurularak ailelere imzalatılmalıdır.

- Filtre kağıdı üzerinde yer alan kan örneği alınacak bölgenin el veya başka maddeler ile temasından kaçınılmalıdır.

Kan alma;

- Numune alınması için kullanılacak Guthrie kağıdı üzerinde bulunan formda yer alan bilgiler tam ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır. Çoğul bebeklerde (ikiz, üçüz vb) kaçınıcı bebek olduğu formun üzerine yazılmalıdır. Formlar, elle, okunaklı olarak ve tükenmez kalem ile doldurulmalıdır.



- Kan alınması için bebeklerin topuğunun plantar (taban) yüzlerinin medial (iç) veya lateral (dış) kısımları kullanılmalıdır.
- Kan akışını arttırmak için, kan alınan bölge ılık bir havlu veya avuç içi ile ısıtılabilir. Topuğun ısıtılması kanlanmayı artırır ve kan akışını hızlandırarak örnek almayı kolaylaştırır. Aynı şekilde, bebeğin bacağı kalp seviyesinin altında tutmak venöz kan akışını arttıracaktır.
- Kan almadan önce deri % 70'lik izopropil alkol ile temizlenmeli, daha sonra kuruması beklenmeli veya steril bir gazlı bez ile kurulanmalıdır.
- Kan alma işlemi her bebek için tek bir steril lanset kullanılarak yapılmalı, ilk kan damlası silinmelidir. Daha sonra, Guthrie kağıdının tek yüzüne ve işaretli alanın tamamını kaplayacak şekilde kan örneği alınmalıdır. Kan alma kağıdının her iki yüzünden de eşit büyüklükte kan lekesi izlenecek şekilde kan örneği alınmalıdır. Bu şekilde her beş işaretli alan doldurulmalıdır.
- Kan alımı sırasında, kan alma kağıdı bastırılmamalıdır. Kanın hemoliz olmaması veya doku sıvısıyla dilüe olmaması (seyrelmemesi) için topuk sağılmamalı veya aşırı derecede sıkılmamalıdır.
- Tüm topuk kanı örnekleri 5'li daire içeren standart kan örneği kağıdına alınacaktır. Şüpheli durumlarda alınacak tekrar kan örnekleri de aynı kurala tabidir.

Kan alındıktan sonra;

- Kan alındıktan sonra, Guthrie kağıdı üzerindeki kan damlalarına dokunulmamalı, birbirleri ya da ıslak yüzeylerle temas ettirilmemeli ve kan diğer yerlere bulaştırılmamalıdır.
- Kan alındıktan sonra kuruması için düz bir zemin üzerinde oda sıcaklığında (18-22°C) 2-3 saat bekletilmelidir. Bu esnada kan damlasının doğrudan ısı ve ışık ile teması engellenmelidir.
- Alınan kan numunelerinin sağlık kuruluşlarından toplanması ve tarama merkezlerine gönderilinceye kadar kilitli naylon torbalar içinde buzdolabında (2-8°C'de) saklanması gereklidir.

Yönerge 7 (Y7)

Çocukluk Çağı Aşı Takvimi

Aşı uygulamalarında Sağlık Bakanlığı'nın aşı yapıldığı anki güncel aşılama şeması kullanılmalıdır.

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Su çiçeği						I				
DaBT-İPA-Hib: Difteri, Asellüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip b aşısı (Beşli Karma Aşı) KPA: Konjuge Pnömonok Aşısı KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı DaBT-İPA : Difteri, Asellüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı) OPA : Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı) Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı R: Rapel (Pekiştirme) Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.										

HBsAg (+) olan anne bebeğinin ilk 12 saat içerisinde, aşılması ve en kısa sürede hepatit B immunoglobulin (aşıyı takip eden 7 gün içerisinde) uygulanması gereklidir.

Ülkemizde akraba evliliği ve konjenital immün yetmezliklerin sıklığı düşünüldüğünde canlı aşı – BCG uygulaması öncesi, erken ölen kardeş hikayesi, ailede immün yetmezlik hikayesini sorgulamak uygun olacaktır. Bu tür bir şüphe olması halinde, bebeği bir uzmanın görmesi sağlanmalıdır.

Yönerge 8 (Y8)

İşitme Taraması

1. Her yenidoğan bebek mutlaka işitme taramasına yönlendirilmeli ve tarama yapılması sağlanmalıdır.
2. Ayrıca bebek ve çocukların rutin muayenesi sırasında doğum öncesi doğum ve doğum sonrasına ilişkin öykü alınmalıdır. Aşağıdaki durumlar işitme kaybı için risk faktörüdür.
 - a. Annenin hamilelik döneminde aşağıdaki enfeksiyonları geçirmesi:
 - Toksoplazma
 - Rubella
 - Sitomegalovirüs
 - Herpes
 - Sifilis
 - b. Eğer çocuk/bebekte aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) varsa;
 - Prematürite (<37 hafta)
 - Düşük doğum ağırlığı (<1500gr)
 - 5 günden daha fazla YDYBÜ'de kalma
 - 10 gün veya daha fazla solunum desteği alma
 - 7 gün veya daha fazla ototoksik ilaç kullanımı (örn: gentamisin, tobramisin, loop diüretikler -furosemid, lasix-)
 - Hiperbilirubinemi
 - Bakteriyel menenjit
 - Ekstrakorpeal membran oksijenizasyon (ECMO): Bir makine yardımıyla kanın vücut dışında oksijenlendirilmesi
 - İlerleyici işitme kaybı ile birliktelik gösteren sendromik hastalıklar (Usher gibi)
 - Aşağıdaki vücut bölümlerini de içeren kraniyofasiyal anomaliler:
 - Kulak kepçesi anomalileri
 - Kulak kanalı anomalileri
 - Ear tag (kulakta et benisi)
 - Ear pit (kulak kepçesi önünde delik)
 - Temporal kemik anomalileri
 - Yarı damak/dudak anomalileri
 - c. Ailede işitme kaybı olması

İşitmenin değerlendirilmesi

Yaşına göre işitsel uyarıya cevabı değerlendirilmelidir:

YAŞ	CEVAP
0-4 Ay	Göz kırpma Göz açma Uykudan uyanma
4-7 Ay	Baş çevirme
7 Ay ve üzeri	Sesin doğrudan lokalizasyonu

0-3 ay arası bebekler: Anne sesini tanır ve sakinleşir.

3-6 ay arası bebekler: Gürültüde uyanır, çevresindeki seslerin nereden geldiğini bulmak için sesin kaynağına döner.

6-12 ay arası bebekler: Da da, ba ba gibi sesleri algılar, adı söylenince tepki verir, çingirak sesi gibi oyuncak seslerinden hoşlanır.

12-18 ay arası çocuklar: Da da, ba ba gibi sesleri çıkarır, sevdiği oyuncakların, eşyaların adı söylenince işaretle gösterir, uzaktan seslenildiğinde bakar.

18-24 ay arası çocuklar: 20 ye yakın kelimeyi söyler. İki kelimelik cümleler kurar. Basit komutları yerine getirir.

24 ay-3 yaş arası çocuklar: 24 aylıkken 270, 3 yaşında 1000 kadar kelime hazinesi vardır. İsteklerini genellikle sözel bildirir. Basit cümlelerle konuşur. Farklı sesleri ayırt eder. Kendisine söylenenleri anlar.

Yönerge 9a (Y9a)

Çocuk göz sağlığı taramasında kullanılması önerilen yöntemler

MUAYENE DÖNEMİ	YAPILMASI GEREKLİ MUAYENELER	SEVK KRİTERİ
TÜM YAŞ GRUPLARI (YENİDOĞAN-18 YAŞ)		Serebral palsi, Down sendromu, metabolik hastalık, nörolojik hastalık sensorinöral işitme kaybı gibi vücut genelinde engel oluşturan herhangi bir hastalık varlığı
YENİDOĞAN-3 AY	Hikâye	Doğum ağırlığı < 1500gr ve 32 haftanın altında doğan bebekler (prematüre retinopati riski) Ailede konjenital katarakt, retinoblastom, metabolik veya genetik hastalık öyküsü Ailenin gözde kayma fark etmesi
	Göz, göz kapağı ve çevresinin inspeksiyonu	Yapısal bozukluk (örn: pitoz), tümörler (örn: dermoid kist, hemanjiom)
	Görme değerlendirmesi; fiksasyon testi*, fiksasyon ve takip testi **, göze ani yaklaşıldığında göz kırpması (2 ay ve üzeri)	3 aylık olmasına rağmen fiksasyon ve takip yapamıyorsa
	Gözlerin inspeksiyonu	Fotofobi, kronik göz yaşarması, çapaklanma
	Kayma muayenesi (Kornea ışık refleksi ve örtme testi)	Şaşılık, nistagmus varlığı
	Göz hareketleri	Hareket kısıtlılığı (paralizi veya mekanik kısıtlılıklar), ekstraoküler kas dengesizliği
	Pupil muayenesi (30 hafta ve üzerinde)	Düzensiz pupil, zayıf reaksiyon veya ışık reaksiyonunun olmaması
	Kırmızı refle testi	Yok, beyaz donuk veya asimetrik
3 AY- 3 YAŞ (36 AY)	Hikâye	Doğum ağırlığı< 1500gr ve 32 haftanın altında doğan bebekler (prematüre retinopati riski) Ailede konjenital katarakt, retinoblastom, metabolik veya genetik hastalık öyküsü Ailenin gözde kayma fark etmesi
	Görme değerlendirmesi; iyi gelişmiş fiksasyon ve takip, oyuncuğa veya yemeğe uzanma	Bunları yapamıyorsa
	Göz, göz kapağı ve çevresi inspeksiyonu	Yapısal bozukluk (örn: pitoz), tümörler (örn: dermoid kist, hemanjiom)
	Gözlerin inspeksiyonu	Fotofobi, kronik göz yaşarması, çapaklanma
	Kayma muayenesi (Kornea ışık refleksi – Hirschberg ve örtme testi)	Şaşılık, nistagmus varlığı Baş eğme, baş çevirme, baş sallama
	Göz hareketleri	Hareket kısıtlılığı (paralizi veya mekanik kısıtlılıklar)
	Pupil muayenesi	Düzensiz pupil, yavaş reaksiyon veya reaksiyon olmaması
	Kırmızı refle testi	Yok, beyaz donuk veya asimetrik
	Fundus muayenesi (oftalmoskopi)	Optik sinir, makula, periferik retina patolojileri (örn: optik atrofi)

Yönerge 9a (Y9a)- devam

MUAYENE DÖNEMİ	YAPILMASI GEREKLİ MUAYENELER	SEVK KRİTERİ
3 YAŞ (36 AY)- 5 YAŞ	Hikâye	
	Göz, göz kapağı ve çevresi inspeksiyonu	
	Görme değerlendirmesi: Lea sembolleri ile görme keskinliği değerlendirilmesi	Her iki gözde ayrı ayrı görmeler 0.5 in altında ise Gözler arasında 2 sıra görme farkı (görme keskinliği ne olursa olsun)
	Gözlerin inspeksiyonu	Oküler hastalık varlığı
	Kayma muayenesi (Kornea ışık refleksi – Hirschberg ve örtme testi)	Şaşılık, nistagmus varlığı Baş eğme, baş çevirme, baş sallama
	Göz hareketleri	Hareket kısıtlılığı (paralizi veya mekanik kısıtlılıklar)
	Pupil muayenesi	Düzensiz pupil, yavaş reaksiyon veya reaksiyon olmaması
	Kırmızı refle testi	Yok, beyaz donuk veya asimatrik
6 YAŞ-10 YAŞ	Hikâye	
	Göz, göz kapağı ve çevresi inspeksiyonu	
	Görme değerlendirmesi: Lea sembolleri ile görme keskinliği değerlendirilmesi	Her iki gözde ayrı ayrı görmeler 0.7 ve altında ise Gözler arasında 2 sıra görme farkı (görme keskinliği ne olursa olsun)
	Gözlerin inspeksiyonu	Oküler hastalık varlığı
	Kayma muayenesi (Kornea ışık refleksi – Hirschberg ve örtme testi)	Şaşılık, nistagmus varlığı Baş eğme, baş çevirme, baş sallama
	Göz hareketleri	Hareket kısıtlılığı (paralizi veya mekanik kısıtlılıklar)
	Pupil muayenesi	Düzensiz pupil, yavaş reaksiyon veya reaksiyon olmaması
	Kırmızı refle testi	Yok, beyaz donuk veya asimatrik
	Fundus muayenesi (oftalmoskopi)	Optik sinir, makula, periferik retina patolojileri

***Fiksasyon testi:** Bebeklerde görme fonksiyonunun (fiksasyon varlığının) değerlendirilmesi için bakılır. Doğumdan sonra 3. haftadan itibaren olması gereken ve beklenen fiksasyon refleksinin değerlendirilmesi için gözler tek tek kapatılarak ışık kaynağına, tercihen ses çıkarmayan küçük oyuncığa veya doktorun kendi yüzüne fiksasyon yapıp yapmadığı değerlendirilir. Ebeveynlere odaya giren kişiyi (doktor veya anne) farketme sorulabilir veya değerlendirilebilir. Ayrıca bebeğin kuvvetli ışık kaynağı tutulduğunda gözlerini kapatarak cevap vermesi veya bir obje bebeğin yüzüne doğru yaklaştırıldığında göz kırpmaya veya kaçınma tepkisi verip vermediği değerlendirilir.

****Fiksasyon ve yumuşak takip (smooth pursuit testi) :** Bebeklerde fiksasyonun santral (makuler) olup olmadığını değerlendirmek için yapılır. Gözler tek tek kapatılarak açıkta kalan gözün önünde ışık kaynağı, küçük oyuncak veya doktorun yüzü sağa sola hareket ettirilir ve takip fonksiyonu değerlendirilir. Bebeğin 2. aydan sonra, her iki gözü ile teker teker bu takibi yapması beklenir.

Yönerge 9b (Y9b)

Çocukluk çağındaki normal görme gelişimi

Yaş	Normal Görme Gelişiminde Görme Yanıtları ve Kapasitesi
1-3 ay	<ul style="list-style-type: none">• Ortamdaki ışık değişikliklerini fark eder• Her iki gözle ayrı ayrı fiksasyon ve takip yapar
3- 7 ay	<ul style="list-style-type: none">• Objeyi devamlı takip edebilme gelişir• Objelere doğru uzanmaya çalışır• Çevreyi inceler• Bildiği yüzleri ve objeleri tanır• Görme sahasına giren objeleri algılar ve takip eder• Yüzüne gelen objeye karşı göz kırpmaya refleksi gelişir
7- 12 ay	<ul style="list-style-type: none">• Göz hareketleri ve yakına uyumu daha iyidir• Gözleri paraleldir
1-3 yaş	<ul style="list-style-type: none">• Uzaktaki objeleri gözüyle inceler• Diğer kişilerin hareketlerini taklit eder• Renkleri ve şekilleri ayırıştırır• Görsel hafıza süresi artmıştır• Objeleri renklerine göre ayırıştırır• Geometrik şekilleri birbiriyle birleştirir• Boyutlarına göre benzer şekilli objeleri eşleştirir
3-5 yaş	<ul style="list-style-type: none">• Sözel olarak görme keskinliği ölçülebilir• Her iki gözde ayrı ayrı görme keskinliği 0,5 ve üzerindedir• Derinlik hissi ve renk algısı gelişmiştir
6-10 yaş	<ul style="list-style-type: none">• Sözel olarak görme keskinliği ölçülebilir• Her iki gözde ayrı ayrı görme keskinliği 0,8 ve üzerindedir• Derinlik hissi ve renk algısı gelişmiştir

Yönerge 10 (Y10)

Bebek Bakımı

Bebeğin Yaşadığı Odanın Isısı ve Havası

Kişilerin ısı algıları ve dayanıklılıkları değişebilir. Soğuk havada bebeğin bulunduğu odanın ısı gündüz 20-22°C, gece 16-18°C arasında olursa üşümez. Eğer ısı bunun üzerine çıkarsa kuru ve ısınmış hava burun mukozasını kurutur ve mukoza mikroorganizmalara daha duyarlı hale gelir.

Bebeklerin sigara dumanı ile direkt ve dolaylı (başka bir odada içilmesi, içen biri ile yakın teması) temas etmemesi konusunda aile mutlaka uyarılmalıdır.

Bebeğin Giysileri

Yenidoğan döneminde annesinden bir kat fazla giyinmelidir. Bebeğin üşüyüp üşümediğinin kontrolü için el ve ayaklara bakılması yanıltıcı olabilir, bebeklerin dolaşım sistemi yeterince olgunlaşmadığından el ve ayaklar vücudun diğer yerlerinden daha soğuktur. Bebeğin hapsirmesi da üşüdüğünü göstermez. Ensesi ve giysilerin altında kalan bölgeler yeterince sıcak ve bebek de huzurlu ise ortam ısı ve giysileri yeterli demektir. Bebeklere soğuk havada tek kat kalın bir giysi giydirilmesinden önce birkaç kat hafif giysi giydirilmesi daha koruyucudur. Terleyip ısılan bebekleri daha az giydirmek gereklidir. Bebekler için kolay giydirip çıkartılabilecek yakası geniş, kolları bol, önden açılan ya da her iki bacağının yanlarından düğmeli ürünler kullanılabilir. Kurdele ya da bağları olan ürünler bebeğin boynuna dolanıp boğulmaya yol açabileceği için sakıncalıdır.

Bebek yürüyene dek ayakkabı gereksinimi yoktur ancak soğuktan korumak ya da giysisini tamamlamak için hafif ve hava geçirebilir özellikte (deri ya da bez ancak plastik değil) ve tabanları yumuşak patikler önerilebilir. Ayakkabı seçiminde dikkat edilmesi gerekenler şöyle özetlenebilir: Parmaklar arasında boşluk kalabilmesi için dört köşeli olmalı, ayağın doğal hareketlerine izin verebilmesi için tabanı esnek olmalı, iki-üç yaşlarında koşarken ayağından çıkarmaması için bileğin üstüne kadar uzanmalı, ayağın hava almasına ve serbest hareketine olanak tanınması için delikli ve esnek üstü olan deri, bez ya da kanvas ayakkabılar seçilmeli, topuksuz ve düz tabanlı, tabanı lastik ya da tırtıklı kösele olmalı, topuğun arkası bükülmez arkalı olmalı, rahat olmalı, parmakla ayakkabının önüne basıldığında boşluk olmalı, arkasında da küçük parmak girecek kadar boşluk olmalı ama yürürken topuk çıkmamalıdır. Çocuğun ayağında kızarıklıklar olması ayakkabının küçüldüğünü gösterir. Ayakkabı kadar içine giyilen çorap da önemlidir. Çorap hava almayı sağlayan ve teri emen yapıda olmalıdır. Sıkı çoraplar ayağın gelişimini engellerken çok büyük çoraplar da kıvrılıp çocuğu rahatsız edebilir.

Kundaklama

Kundaklama işlemi ile bebeklerin kalça eklemine verilen addüksiyon ve ektansiyon pozisyonu gelişimsel kalça displazisi oluşum riskini artırır. Isı kontrolü ve uyku süresini arttırmak için aile kundaklama yapmak istiyorsa kalça ve dizlerin fleksiyonuna izin verecek şekilde örtü gevşek sarılmalı, ayaklar serbest şekilde hareket edebilmelidir

Bkz. <http://hipdysplasia.org/developmental-dysplasia-of-the-hip/hip-healthy-swaddling/>

Bebeğin Banyosu

Bebeklerin hergün ya da gūnaşırı yıkanması önerilmektedir. Banyo suyu ısısı banyo termometresi ile kontrol edilebilir. Suyun sıcaklığının 37- 38°C arasında olması uygundur.

Gaz çıkarma tekniği

Bebeğini besledikten sonra anneye uygun gaz çıkarma teknikleri anlatılmalıdır:

1. Anne dik bir şekilde oturmalı ve bebeğini arkadan bir eliyle destekleyerek çenesini omzuna yerleştirmeli Diğer eliyle sırtını sıvazlamalıdır. Bu yaparken aynı zamanda sallanan bir sandalyeye oturup hafifçe sallanması gazı çıkarmasına yardımcı olur.
2. Anne bebeği kucağında göbeği üzerinde uzandırmalı, bebeğin başı göğüs seviyesinden yukarda olmalıdır. Anne bu pozisyonda bebeğin sırtını sıvazlamalıdır.

Emzik Kullanımı

Emzik ilk ay içinde başlandığında hem “tek başına anne sūtü” alma süresini hem de toplam emzirilme süresini kısaltmaktadır. Emzik kullanımı bebeklik döneminde enfeksiyon hastalıkları riskini arttırmaktadır. Emziđin bir yıldan uzun süreli kullanımında da otitis media sıklığını artırdığı ve diř/çene yapısında bozukluklara yol ağtığı bildirilmiştir. Emzik kullanımı sadece iki durumda yararlı saptanmıştır; uyku sırasında kullanıldığında ani bebek ölümü sendromu riskini azalttığı ve küçük prematüre bebeklerde emme fonksiyonunun gelişimini desteklediği görölmüştür. Bu nedenle ailede ani bebek ölümü sendromu açısından risk olduğu durumlarda ve küçük prematürelere önerilebilir. Emzik kullanan bebeklerin bir yaşına geldiklerinde emzik bırakmaları sağlanmalıdır.

Yönerge 11 (Y11)

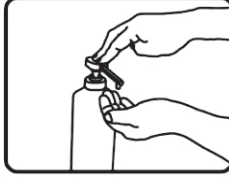
Bilgi notu- El temizliği

Anneye bebeğinin sağlığı için el temizliğinin önemi her zaman hatırlatılmalıdır.

“Ellerinize Sağlık Kampanyası” broşürünü kullanarak doğru el yıkama anlatılmalıdır.



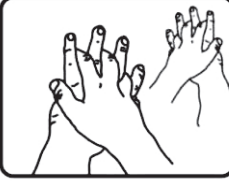
1. Ellerinizi akan suyun altında ıslatın.



2. Yeterli miktarda sıvı sabun elinize alın.



3. Sabunu elinize sürün.



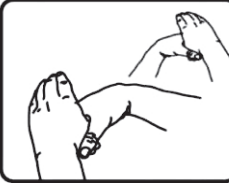
4. Sağ elinizle sol elinizin, sol elinizle sağ elinizin sırtını ovalayın.



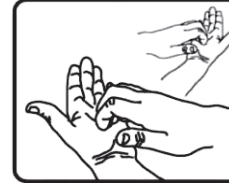
5. Avuç içlerini parmak aralarını da temizleyecek şekilde ovalayın.



6. Parmak sırtlarını diğer elin avucunun içine sürerek temizleyiniz.



7. Her iki elinizin başparmağını diğer elinizle ovalayın.



8. Tırnak uçlarını temizlemeyi unutmayın.



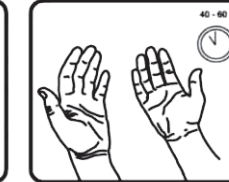
9. Ellerinizi su ile durulayın.



10. Tek kullanımlık kağıt havlu ile kurulayın.



11. Musluğu kapatmak için kağıt havluyu kullanın.



12. Bu işlemin sonunda (40-60 saniye) yeterli el hijyeni sağlanmış olur.

Yönerge 12a (Y12a)

Çocuklarda yaralanmaya neden olan kazalar

Kazaların nedenleri yaşa bağlı olarak değişir. Süt çocukluğu ve oyun çocukluğu döneminde çocukların temel yaşam alanları ev ve ev çevresi olduğu için ev kazaları özel bir önem taşımaktadır. Okul çağı çocuklarının ise ev dışında, yollarda, parklarda ve okul ortamında yaralanma riski daha yüksektir. Evde karşılaşılan kazaların tipleri yaşa göre değişmektedir. İlk 5 yaş içindeki çocuklarda en sık görülen yaralanmalar düşme, yanma ve zehirlenme nedeniyle olmaktadır.

Çocukların yaşlarına göre sık görülen kaza tipleri

Yaş grubu	Kaza tipleri
1 yaş altı	Yanma, Düşme, Zehirlenme
1 yaş	Yanma, Düşme, Yabancı cisim, Zehirlenme
2 yaş	Zehirlenme, Düşme, Yanma
3 yaş	Düşme, Yanma
4 yaş	Düşme, Trafik kazası
5 yaş	Düşme, Çarpma, Trafik kazası

Çocukların Kazalardan Korunması

Çocukların kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının emniyetinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır. Doktorların ve sağlık personelinin kazaların ve yaralanmaların engellenmesi ve uygun girişim yapılması için önemli görevleri vardır. Bu görevlerin en önemlilerinden biri ailelerin ve çocukların eğitimidir.

*Ani bebek ölüm riskini azaltmak için ilk aylarda bebeğin yalnızca sırt üstü yatırılması (yüzüstü ve yan yatırılmaması), yatağının yumuşak olmaması, yatak içinde yumuşak battaniye, oyuncak ve benzeri bulundurulmaması, yatak içinde farklı bebek pozisyonlayıcıları ve yastık kullanılmaması, bebeğin yattığı odanın aşırı sıcak olmasının önlenmesi, sigara içilmemesi ve bebekle annenin aynı odada ancak farklı yataklarda yatması sağlanmalıdır.

Talk pudrası kullanılmamalı, bebeğin yatağında ya da giysisinde uzun ip, kurdela vb bulundurulmamalıdır.

Bebeğin başı hızlı hoplatıp zıplatılmamalı, hareket halindeyken başı ve boynu sürekli desteklenmelidir.

1- DÜŞME

Fiziksel çevrenin düzenlenmesi	Gözetim-alışkanlıklar	Çocuğun eğitimi
<ul style="list-style-type: none">• Pencere ve kapılara emniyet kilitleri konulması• Merdiven başlarına emniyet kapaşı konulması• Çocuk karyolası ve ranzasında parmaklık olması• Eğer çatı ve terasta yatılıyorsa, buralara korkuluk konulması• Sehpa ve masaların keskin kenarlarının kapatılması, yerlerinin değiştirilmesi veya çocuklar büyüyene kadar tamamen ortadan kaldırılmaları• Mobilyaların pencerelerden uzağa yerleştirilmeleri• Televizyon, müzik seti gibi elektronik eşyalara ulaşım kendisine zarar vermemesi için gerekli önlemler alınmalı, yerde kablo vb olmalı• Cam kapıların renkli yapıtırmalar ile görünür hale getirilmesi• Yürüteç kullanılmaması• Banyoda duş veya küvet zemininde kaymayı engelleyen özel malzeme kullanılması• Duş veya küvet içinde çocuğun boyunca uygun tutunma demirinin kullanılması• Balçe kapısına emniyet kilidi konması, kapının her zaman kapalı tutulması• Toplanabilecek veya kayabilecek tipteki küçük halı ve kilimlerin altına kaymasını engelleyecek materyallerin konulması• Koridorların yeterli aydınlatılması• Balkon çevrelerinin kapalı veya çocukların ulaşamayacağı yükseklikte olması• Banyo başta olmak üzere tüm oda kapı kilitlerinin çocukların kontrol edemeyeceği yerde/şekilde olması veya kilitlenmeyecek/dışarıdan da açılacak şekilde olması	<p>Yalnız bırakılmaması</p> <ul style="list-style-type: none">• Yatakta• Balkonda• Banyoda• Mutfakta• Bezini değiştirirken• Yürüteçte• Bahçede, salıncakta, kaydırakta• Mümkünse hiçbir yerde <p>Alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Bebeklerin düşmeyecekleri yerlere konması• Ana kucacağının yer seviyesinden yükseğe konmaması• Bebeğin bezinin yerde değiştirilmesi• Banyoda kapıların kapalı tutulması• Klozet kapağının kapalı tutulması• Duş veya küvet zemininde sabun veya şampuan bırakılmaması• Evde, bahçede oyuncakların ve küçük ev ve bahçe aletlerinin ortadan kaldırılması• Yere dökülen sıvıların hemen silinmesi• Merdivenler üzerinde oyuncak, kaygan maddeler bulundurulmaması	<p>Öğretilecekler</p> <ul style="list-style-type: none">• Yatakların üzerinde oyun oynanmaması ve zıplanmaması gerektiği• Mutfak, banyo ve tuvalette oyun oynanmayacağı• Makas ve bıçak gibi kesici aletlerle oynanmaması gerektiği• Bardak ile koşmanın tehlikeleri• Merdivenlerde koşulmayacağı• Evin bahçesinde oyun oynamak için uygun olan yerlerin neresi olduğu• Bahçedeki oyuncaklarla oynarken risk alınması tehlikeleri• Bisiklete binmenin, paten kaymanın nasıl güvenli kılınabileceği• Bindikleri bisiklet, paten ya da kayak gibi oyuncakların yaşlarına ve gelişimlerine uygun büyüklükte olması

DÜŞMELERDE İLK YARDIM

- Sıyrıklar antiseptik çözeltili ile temizlenir. Temiz bir gazlı bez ile kapatılır.
- Kırık olduğundan şüphelenilen kol ve bacak hareket ettirilmemelidir.
- Kırık olduğundan şüphelenilen kol üçgen askı yapılarak hastaneye götürülür.
- Bacak kırığı şüphesinde hasta sırtüstü yatırılır, bacaklar arasına bir battaniye veya katlanmış çarşaf yerleştirilerek eşarpla birbirine bağlanır.
- Yerde yatar durumda bulunan kazazede acil yardım ekibi gelene kadar hareket ettirilmemeli ve kımıldatılmamalıdır. Boyunluk takılarak hastaneye götürülmelidir.

Yaralının acil servise götürülmesini gerektiren Kafa Yaralanması durumları:

- Bilinç kaybı, kaza ile ilgili hafıza kaybı veya nöbet geçirme
- Görmede bozukluk
- Göz, kulak veya ağızdan kan gelmesi
- Uykulama, huzursuzluk veya baygınlık
- Burundan veya kulaktan sıvı gelmesi
- Tekrarlayan kusma
- Çocuğun 2 yaşından küçük olması
- Çocuğun bir başkası tarafından istismar edilmiş olması kuşkusu
- Açık yaralanma durumunda

2- YANMA

Fiziksel çevrenin düzenlenmesi	Gözetim-alışkanlıklar	Çocuğun eğitimi
<ul style="list-style-type: none">• Soba ve şömine çevresine engelleyici bariyer konması• Mobil ısıtıcıların yol üstüne konmaması• ısıtıcıların uyurken çocuğun odasında bırakılmaması• Mutfak tüpü ve mobil tüp gazlarının kilitli dolapta tutulması• Şofben veya termosifonun yükseğe monte edilmesi• Tezgâh seviyesi üzerine yerleştirilen fırınların tercih edilmesi• Yatak odaları ve oturma odasına yangın dedektörleri yerleştirilmesi• Musluktan akan sıcak suyun en çok 50°C olacak şekilde ayarlanması	<p>Yalınız bırakılmaması</p> <ul style="list-style-type: none">• Soba, şömine yanında• Mutfakta sıcak fırın yanında• Mutfakta ocakta yemek yaparken• Banyoda akan sıcak su yanında <p>Ulaşılamaz yerlerde tutulması</p> <ul style="list-style-type: none">• Kibrit, çakmak, mum, kandil• Mobil ısıtıcıların, ütünün ve su ısıtıcıların elektrikli kabloları <p>Alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Sıcak bir şeyler içerken veya taşırken bebeğin kucaқта tutulmaması• Çocuğun kolayca çekebileceği masa örtüsü yerine kaymayan servis peçetelerinin kullanılması• Sıcak içecek ve yiyecek bulduran kapların ve çaydanlığın masa, sehpa ve tezgâhın köşelerinden uzağa konması• Çocukların oynadığı yerlerde elde sıcak içecek ile dolaşımaması (Örneğin; çocukların olduğu ortamda misafirlere soğuk içecekler ikram edip çay servisi için çocukların uyumasının beklenmesi)• Yemek pişirenken ocağın arka kısmının kullanılması ve sıcak kapların saplarının arka tarafa çevrilmesi• Sıcak içecek ve yiyeceklerin çocuklar tarafından taşınmasına izin verilmemesi• Çocukların otomobilde tek başına bırakılmaması (özellikle sıcak havalarda)	<p>Öğretilecekler</p> <ul style="list-style-type: none">• Sıcakın ne olduğu• Isıtan her şeyin yakabileceği• Çakmağın oynuncak olmadığı• Güneşe çıkarken şapka ve güneş gözlüğü takılması, güneşten koruyucu kremlerin sürülmesi• Yangın durumunda neler yapılması gerektiği

YANGIN DURUMUNDA YAPILMASI GEREKENLER

- İtfaiye aranarak evin yeri tarif edilmeli ve karşıdan tam anlaşıldığı belirtilene kadar telefon kapatılmamalı
- Yangın odanın dışında ise sürünerek kapiya yaklaşmalı
- Kapının kolu çok sıcaksa veya kenarlarından duman sızıyorsa başka bir çıkışa yönlenebilir
- Eğer giysiler tutuşmuşsa durmalı, yere yatmalı, yerde yuvarlanarak yanmakta olan bölge söndürülmeye çalışılmalı,
- Bu arada bağırlarak yardım istenmeli
- Yanan binaya tekrar dönülmemeli

YANGIN ORTAMINDA KALAN VE AŞAĞIDAKİ ÖZELLİKLERDEN HERHANGİ BİRİNİ TAŞIYANLAR MUTLAKA ACİL SERVİSE GÖTÜRÜLMELİDİR

- Yaralı güçlükle soluk alıp veriyorsa
- Orta-ağır derecede yanıklarda
- Çocuk bir yaşından küçük ise
- Vücudun herhangi bir yerindeki derin yanıklar varlığında
- Yanık vücudun birden çok parçasını etkiledi ise
- Yanık baş, boyun, eller, ayaklar veya cinsel bölgede ise
- Yangın kimyasal patlama ya da elektrik kontağı nedeniyle çıkmışsa

YANIKLARDA İLK YARDIM

Hafif yanıklar evde tedavi edilebilir.

- Yanan bölge akan musluk suyunun altında 15 dakika süre ile ve bebek ağlamasını kesinceye kadar tutulur.
- Yanan bölge üzerine buz uygulanmaz.
- Yanan bölgeye elle dokunulmamalıdır.
- Yanan bölge üzerine hiçbir madde (diş macunu, yağ, sabun, yoğurt, salça, merhem vb) sürülmez.
- Yanığın üzerine temiz ve kuru bir gazlı bez örtülebilir. İçi su dolu kabarcıklar oluşmuşsa patlatılmamalıdır

Orta ve ağır derecedeki yanıklar hastanede tedavi edilmelidir.

- Yanan bölgenin üzerine hiçbir madde sürülmez.
- Yanan bölgenin üzerindeki giysiler çıkartılmaya çalışılmaz.
- Hemen hastaneye götürülür.

3- ELEKTRİK ÇARPMASI

Fiziksel çevrenin düzenlenmesi	Gözetim-alışkanlıklar	Çocuğun eğitimi
<ul style="list-style-type: none">• Prizlere emniyet tıkaçları veya kapakları konması• Zarar görmüş veya yıpranmış elektrik kordonlarının değiştirilmesi• Üçlü prizlerin kullanılmaması• Elektrik kordonlarının ortada ve ulaşılabilir olmaması, halının altından dolaştırılmaması• Uzatma kordonlarının bağlı oldukları aleti taşıyabilecek güçte olması• Tüm gece lambalarının yataklardan ve perdelerden uzağa yerleştirilmesi• Elektrikli aletlerin banyoda bulundurulmaması• Islak ortamda elektrikli cihaz çalıştırılmaması	<p>Yalnız bırakılmaması</p> <ul style="list-style-type: none">• Elektrikli aletlerin kullanımında olduğu alanlarda <p>Ulaşılacak yerlerde tutulması</p> <ul style="list-style-type: none">• Ütünün ve diğer elektrikli aletlerin kabloları• Cep telefonlarının, oyuncakların şarj aletleri <p>Alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Kullanılmayan elektrikli aletlerin kablolarının fişten çekilmesi• Elektrikli aletlerin ve mobil ısıtıcıların kendilerinin ve kablolarının oyun alanlarında bırakılmaması• Sigorta kutusunun yerinin bilinmesi, kolaylıkla ulaşılabilmesi ve kapatmanın bilinmesi• Yedekte sigorta bulundurulması• Evin elektrik işleri için profesyonel elektrikçilerden yardım istenmesi	<p>Öğretilecekler</p> <ul style="list-style-type: none">• Elektrik prizleri ile oynanmaması• Şarj aletlerinin oyuncak olmadığı• Elektrikli aletlerin ıslak elle tutulmayacağı• Televizyon, video ve müzik setinin oyuncak olmadıkları• Fişleri prizden çekerken kablusunun değil fişin kendisinin tutulması gerektiği• Yanan lambalardaki ampullerin sıcak olduğu• Sokakta oynarken gerilim hatlarından uzak durulması

ELEKTRİK ÇARPMASINDA İLK YARDIM

- Çocuğa dokunmadan elektrik panelinden elektrik kesilmelidir.
- Kalın bir tahta ya da kalın, kuru bir kumaş yardımıyla kişi elektrik kaynağından uzaklaştırılır
- En kısa zamanda hastaneye götürülmelidir.
- **Bütün elektrik çarpmaları hastaneye sevk edilmelidir.**

4- ZEHİRLENME

Fiziksel çevrenin düzenlenmesi	Gözetim-alışkanlıklar	Çocuğun eğitimi
<ul style="list-style-type: none"> • Temizlik malzemelerinin saklandığı dolaplara emniyet kilitleri konması • İlaçların saklandığı dolaplara emniyet kilitleri konması • Duvarların dökülen boya ve sıvalar yönünden kontrol edilmesi ve tamiri • Sakı çiçekleri çocukların ulaşamayacağı yerlere konmalı • Oksijen eksilme sensörü bulunmayan sobalar ve pıknık tüplerine takılan ısıtıcılar evlerde ve işyerlerinde kesinlikle kullanılmamalı, doğalgazlı evlerde sensör bulunmalı • Soba kurulmadan önce baca temizliği yapılmalı, fazla dırsek kullanılmaktan kaçınılmalı • Soba kurarken profesyonel destek almalı, sobalar duvarlardan en az 1-1.5 metre uzak olmalı • Sobalar günlük temizlenmeli, kaliteli odun ve kömür seçilmeli. Sobanın ve kombinin kurulu olduğu odada yatılmamalı; yatmak gerekiyor ise soba ve kombi söndürülmeli, yatmak gerekiyorsa da oda kapısı aralık bırakılmalı • Kapalı ortamlarda temiz havanın içeri gireceği ve kirlenmiş havanın gelen temiz hava ile karışmadan dışarı atılacağı bir havalandırma sistemi mutlaka sağlanmalı • Özellikle lodoslu havalarda soba veya kombi kullanılmamalı 	<p>Yalnız bırakılmaması</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temizlik malzemeleri kullanılırken • Başka evler, özellikle yaşlı hasta kimseler ziyaret edildiğinde yatak başında ortalıkta bulunabilen ilaçlar varsa <p>Ulaşılamaz yerlerde tutulması</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temizlik malzemelerinin, çamaşır suyu, tuz ruhu gibi yakıcı maddelerin • Fare, böcek zehiri, sinek ilacı ve tarım ilaçlarının • Deodorant ve makyaj malzemelerinin • Ayakkabı boyaları ve cilalarının • İlaçların <p>Alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temizlik malzemelerinin orijinal kutularında tutulması, boş kutuların atılması, boşalmış kutuların, şişelerin içine başka malzemeler konmaması • Sıvı ürünler yerine toz ürünlerin tercih edilmesi • Emniyet kapağı olan ürünlerin tercih edilmesi • Toz deterjanların makinelere en son konması ve makinenin hemen çalıştırılması • İlaçların çocuklar etrafına değilken kullanılması, ilaçların yatağın yanında ortada bırakılmaması • Süresi geçmiş veya yarım kalmış ilaçların atılması • Bir çocuğa ilaç verirken diğer çocuğun ulaşabileceği bir yerde olmamasına dikkat edilmesi • Çocuğunuza her ilaç verişte adına tekrar bakılması ve dozajına dikkat edilmesi 	<p>Öğretilecekler</p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaçların şeker olmadığı • Yalnızca hasta olduğunda ve büyükler verdiği zaman ilaçların alınabileceği • Bulaşık ve çamaşır makinelere deterjan koyup makineyi çalıştırmamanın büyüklerin işi olduğu • Üzerinde etiket olmayan şişelerden bir şey içmemesi ve bunlarla oynamaması gerektiği

5- BOĞULMA

Fiziksel çevrenin düzenlenmesi	Gözetim-alışkanlıklar	Çocuğun eğitimi
<p>Suda boğulma</p> <ul style="list-style-type: none"> Banyo ve tuvalet kapılarının her zaman kapalı tutulması Bahçede havuzun çevresine koruyucu bariyer yapılması Varsa su kuyularının çevresine koruyucu bariyer yapılması ya da kapatılması 	<p>Yalnız bırakılmaması</p> <ul style="list-style-type: none"> Banyoda Havuz kenarında, denizde Dolu kova ve küvet yanında <p>Alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> Banyo küvetine önce soğuk suyun konması Banyo sırasında telefona bakılmaması Banyo sonrasında küvetin hemen boşaltılması Banyo sırasında başka, büyük bir çocuğa gözetim için güvenilmemesi Çocuk havuzda yüzerken, oynarken mutlaka erişkin gözetiminde olması 	<p>Öğretilecekler</p> <ul style="list-style-type: none"> Uygun yaşa geldiğinde yüzmeye (5 yaştan itibaren) Yüzme bilse bile erişkin gözetimi altında değilse havuzda ve denizde oyun oynamaması Çocukların güvensiz/uygunsuz su kaynaklarında (kanal, kanalet, gölet, dere, baraj gölü, süs havuzu vb) oynaması/yüzmesinin tehlikelerinin öğretilmesi
<p>ip, kordon ile asılma, boğulma</p> <ul style="list-style-type: none"> Bebek karyolarında uzun ipli, kurdeleli süsler kullanılmaktan kaçınılması Bebek karyolarının perde kordonlarından, elektrik kablo ve prizlerinden uzağa yerleştirilmesi Bir yaşından küçük çocukların yatak ve yorganlarında kullanılan malzemenin çocuğun ağzını kapatabilecek şekilde ve çok yumuşak olmaması 	<p>Alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> Perde kordonlarının düğümlenerek yüksekte tutulması Çocukların giysilerinde uzun sarkık ipler, kurdeleler, süsler olmamasına dikkat edilmesi Özellikle oyun oynayacağı zaman çocuklara sade giysiler giydirilmesi Bebek arabasına veya karyolasına balon bağlanmaması Balon iplerinin 30 cm'den kısa olması veya ipli değil kısa çubuklu balonların tercih edilmesi Bebegin uyurken sırtüstü pozisyonda yatırılması 	<p>Öğretilecekler</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolye, tespih gibi eşyaların oyuncak olmadığı

5- BOĞULMA -devam

Fiziksel çevrenin düzenlenmesi	Gözetim-alışkanlıklar	Çocuğun eğitimi
<p>Küçük cisimler ile boğulma (Sert besinler, küçük oyuncak parçaları, plastik torbalar vb.)</p> <ul style="list-style-type: none">• Çocuğun yaşadığı ortamda yalnızca yaşına uygun oyuncakların bulundurulması• Oyuncakların çocuğun erişirliği ve boyu dikkate alınarak seçilmesi• Küçük çocuğu olan ailelerin küçük parçalı veya parçalanabilen oyuncaklar almamaları• Büyük çocuklar için tasarlanmış oyuncakların küçük çocukların ulaşamayacakları yerlerde saklanması• Çocuğun oyuncaklarının kırık parçalar, yıpranmış sivri yüzeyler ve ayrılabilen küçük parçalar yönünden sürekli kontrol edilmesi• Çocuk oyuncaklarının ambalajlarında bulunan plastik torba, tel şeritler ve yapıştırıcı bantların odasında bırakılmaması• İğne, bozuk para, düğme, pil, çivi ve plastik torbaların saklandığı çekmecelere emniyet kilidi konması	<p>Yalnız bırakılmaması</p> <ul style="list-style-type: none">• Yemek yerken <p>Ulaşılabilir yerlerde tutulması</p> <ul style="list-style-type: none">• Fındık-fıstık gibi kuruyemişler• İğne, bozuk para, düğme, pil, çivi• Plastik torbalar• Küçük parçalı oyuncaklar <p>Alışkanlıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Havuç ve elmanın rendelenerek, ezilerek veya pişirilerek çocuğa verilmesi• Çocuklara etin küçük parçalara bölünerek ve küçük kemikleri özenle ayıklanarak verilmesi• Küçük çocuğu daha büyük bir çocuğun beslememesi• Oyuncakların çocuğun yaşına uygun seçilmesi• Küçük parçalı oyuncakların 3 yaşın altında çocuklara verilmemesi• Büyük çocuğun oyuncaklarının küçük çocuğun ulaşamayacağı yerlerde tutulması• Plastik torbaların ortadan bir düğüm atarak saklanması veya atılması	<p>Öğretilecekler</p> <ul style="list-style-type: none">• Yerken ve içerken oturmaları ve yutarken konuşmaması• Bazı oyuncakların büyük çocuklar için, bazı oyuncakların küçük çocuklar için uygun olduğu• Plastik torbaların oyuncak olmadığı• Büyük çocuklar için patlamış balon parçalarından tekrar balon yapmanın tehlikeleri

BOĞULMALARDA İLK YARDIM

- Solunum yoluna kaçan cisimlerle boğulma durumunda olay yerinde Heimlich manevrası uygulanır.
- Manevra sonucunda ağız içine gelen cisim işaret parmağı yardımıyla temizlenir ve çocuk sırtüstü yatırılır.
- Çene yukarı kaldırılarak solunum yolunun açık kalması sağlanır.
- Acil yardım istenir.
- Hastaneye götürülür.

EVDE BULUNDURULMASI GEREKEN İLK YARDIM MALZEMELERİ

- Steril ve steril olmayan gazlı bez ve tampon
- Elastik sargı bezleri
- Antiseptik çözelti (örn:batticon)
- Yara bandı
- Antibiyotikli merhem
- Üçgen sargı
- Makas
- Flaster
- Termometre
- Eldiven
- Plastik örtü
- Büyük enjektör
- Çengelli iğne
- Liste

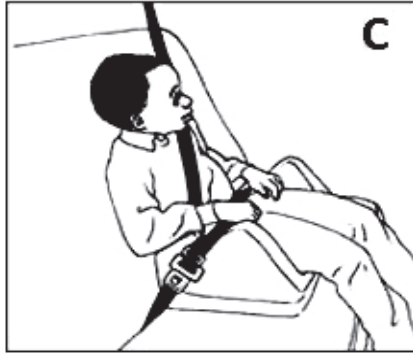
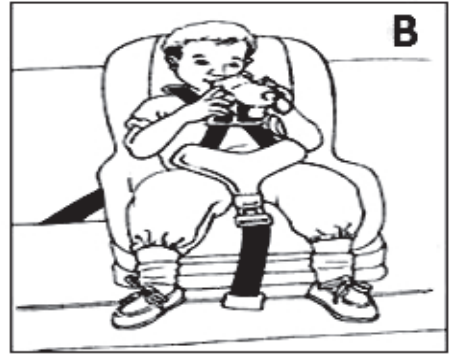
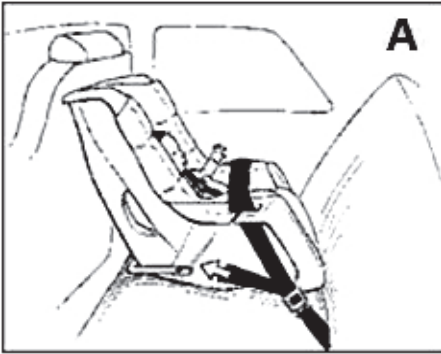
Yönerge 12b (Y12b)

Taşıt güvenliği

Doğru şekilde yerleştirilen çocuk koruma sistemi ölümcül yaralanmaları %75 azaltır. Bütün çocuklar için boy ve kilolarına uygun koltuk ya da yükseltici kullanılmalıdır.

Öneriler

- Bebek < 2 yaş ise yüzü arkaya bakacak şekilde araba koltuğunda tespit edilmelidir (A)
- Çocuk 2-4 yaş arasında ise yüzü öne bakacak şekilde araba koltuğunda tespit edilmelidir (B)
- Çocuk 5-8 yaş arasında ise araba koltuğu ya da yükseltici ile tespit edilmelidir (C)
- Çocuk 9-12 yaş arasında ya da boyu 145 cm ise yetişkin tipi emniyet kemeri ile tespit edilebilir
- ≤12 yaşındaki çocuklar ön koltukta oturmamalıdır
- Bebek ve çocuklar arabada yalnız bırakılmamalıdır
- Bebek ve çocuklar taşıt içinde yetişkinlerin kucağında seyahat etmemelidir
- Çocuklar bisiklet, paten, kaykay, scooter vb araçları kullanırken gerekli güvenlik önlemleri (kask, dizlik, dirseklilik) alınmalı ve bu araçlar uygun yaşlarda kullanılmalıdır



Yönerge 13 (Y13)

Hasta-hekim iletişimi

Hasta-hekim iletişiminin başarılı olması, hastada hekime karşı güven duygusu geliştirerek hekimin hastadan doğru bilgi almasını, doğru tanı koymasını ve hastanın tedaviye uyumunu sağlar. Bu şekilde hasta memnuniyeti sağlandığı gibi hekimin de mesleki doyuma ulaşması sağlanır.

Hasta-hekim ilişkisinde önemli noktalar:

- Anneyi ve çocuğu nazik bir şekilde karşılayın
- Gerekli mahremiyeti sağlayın
- Kendinizi tanıttın, annenin ve çocuğun adını öğrenin ve kullanın
- Anne ile göz teması kurun
- Her aşamada soru sorabileceğini belirtin
- Olumlu beden dili kullanın
- Etkin dinleme yapın

Etkin dinleme basamakları

- Hım hım, sessizlik
- Duygu yansıtması
- Duygu ve içerik yansıtma
- Kapı aralayıcılar (eee, örneğin vb)
- Açık uçlu sorular (ne, neler, nasıl)
- Büyük çocukların yakınmasını kendisinden dinleyin
- Dinleme yanlışları yapmayın (Dinleme yanlışları: Papağanlık, abartmak, eklemek, acele etmek, yorum getirmek, geri kalmak vb)
- İletişim engellerini kullanmayın

İletişim engelleri

- Emretme
- Uyarma
- Ahlak dersi verme
- Yargılama
- Övme
- Alay etme
- Teselli etme
- Konu değiştirme vb
- Ben dili kullanmayın
- İletişimde uygun vites değiştirme yöntemlerini kullanın
- Çatışmaları iletişim becerilerine uygun şekilde çözün

Yönerge 14 (Y14)

Bebeklerin Gün İçinde Uyku Süreleri

Sağlıklı yeni doğan bebekler günde 15-18 saat uyurlar bunun 6 saat kadarı gündüz uykusudur. Prematürelerin uyku süreleri miadında bebeklere göre daha kısa ve uyku uyanıklık mekanizmaları daha düzensizdir. Yeni doğan sonrası dönemde uyku özellikle gündüzleri gittikçe azalarak 6 ay dolaylarında günde 12-14 saate iner bunun ancak 2-3 saatini gündüz uyurlar. Bebekler ilk 4 aydan sonra beslenmek için geceleri hiç uyanmayabilecekleri gibi 1-2 kez meme emmek için uyanabilir ancak kısa sürede uykuya dalarlar. Anne sütü alan bebekler diğer besinleri alan bebeklere göre daha sık uyanabilirler. Bazı bebekler uyanmalarına bile kendi kendilerini yatıştırıp yeniden uykuya dalabilirler. Uykuya dönmeye böyle kendi iç mekanizmalarını kullanma yeteneği genellikle 3-4 aylıkken gelişir Erken çocuklukta uyku süreleri genellikle 4-5 saattir, 6 aylık bebeklerin gece uykuları 8-10 saat bile olabilir. Buna ek olarak sabahla öğlen arasında ve öğleden sonra yaklaşık birer saatlik uykular uyurlar. İlk yıl boyunca geceleri daha uzun uyuma alışkanlığı kazanıldıktan sonra 9-11 aylar arasında yeniden bir uyanıklık dönemi yaşanabilir. 15 aydan sonra genellikle bir saatlik bir öğlen uykusu yeterli olur, 4 yaştan sonra da gündüz uyumazlar. 6-12 aylık bebeklerin % 25-50'sinde gece uyanmaları görülür.

Bebeklerde Uyku Düzensizliği

Organik nedenler: Daha önce uykuları düzenli olan bir bebekte uyku sorunları ortaya çıkmışsa önce organik nedenleri ayırt etmek gerekir; burun tıkanıklığı, idrar yolu enfeksiyonu, böbrek taşları, raşitizm, demir eksikliği anemisi, barsak parazitleri, inek sütü allerjisi, gastro-özofageal reflü, diş çıkarma, tıkaçıcı uyku apnesi sendromu ve üst hava yolları direnç sendromu, atopik dermatit.

Organik olmayan nedenler: Oldukça sıktır; ana baba ve bebeğin gün içinde aşırı yorgunluğu, stres yaratan durumlar, ailenin bebeği uyutma alışkanlıkları, ana babaların bebeğin REM uyku dönemindeki kısa uyanıklık sürelerini yanlış algılamaları, gece sık beslemeler ve uzun süreli ilgi. (Ana babalara zaman zaman uyanmanın normal bir şey olduğu anlatılmalıdır) Yolculuk ve hastalık gibi geçici değişiklikler daha önceki uyku düzenini bozabilir.

Bebeği Nasıl Uyutmalı?

- Bebeklerin ilk 6 ay aile ile aynı odada, daha sonra kendi odasında ve kendi yatağında yatmalı,
- Bebekleri uyuturken oda loş bir ışıkla aydınlatılmalı,
- Sevilen bir battaniye, örtü ya da yumuşak bir oyuncak gibi geçiş nesnelere kullanılmalı
- Bebeği farklı yerlerde uyutmak yerine hep aynı yatakta uyutulmalı (Son aklında kalan görüntüler yatağı ve oradaki sürekli duran oyuncak, örtüleri, vb. gibi yatağa ilişkin görüntüler olmalıdır)
- Uykusu gelmiş bebek yatağına konulmalı ve ee..ee, piş piş vb. gibi uyku sesleri çıkararak uykuya geçmesi sağlanmalı
- Uyku pozisyonu bebeğin rahat uykuya dalabildiği ve uyumayı sürdürebildiği biçimde olmalı (sırtüstü yatmalı)

Bebeklerde Uyku Bozukluğu Nasıl Düzeliir?

- Uykusu bozulmuş bebekte organik bir neden bulunmuşsa tedavi edilmelidir.
- Organik neden yoksa:
 - Bebeğin gündüz uyku süresinin ardışık 3-4 saatle kısıtlanması,
 - Her defasında bebeğin kendi karyolasında uyutulması,
 - Karyolaya koyma zamanında bebeğin uyanık ama uykulu olması,
 - Yatağına onu sakinleştirici bir uyku nesnesi (oyuncak, sevdiği battaniye) konması,
 - Bebek ses çıkarır çıkarmaz koşmayıp uykuya yeniden dalma fırsatı verilmesi,
 - Bebek iyice uyanır yanına gitmek gerekirse kucağa alıp yataktan çıkarılmaması,
 - Onu yatakta tutup uyuturken yapılan alışıldık davranışların yinelenmesi,
 - Gece beslenme miktarı ve süresinin yavaş yavaş azaltılması,
 - Huzursuz bebeği yatağından tümüyle çıkartarak gezdirilmemesi,
 - Hastalık sırasındaki düzen bozulmalarının sürüp gitmesine izin verilmemesi

Yönerge 15 (Y15)

Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) Uygulama Kılavuzu

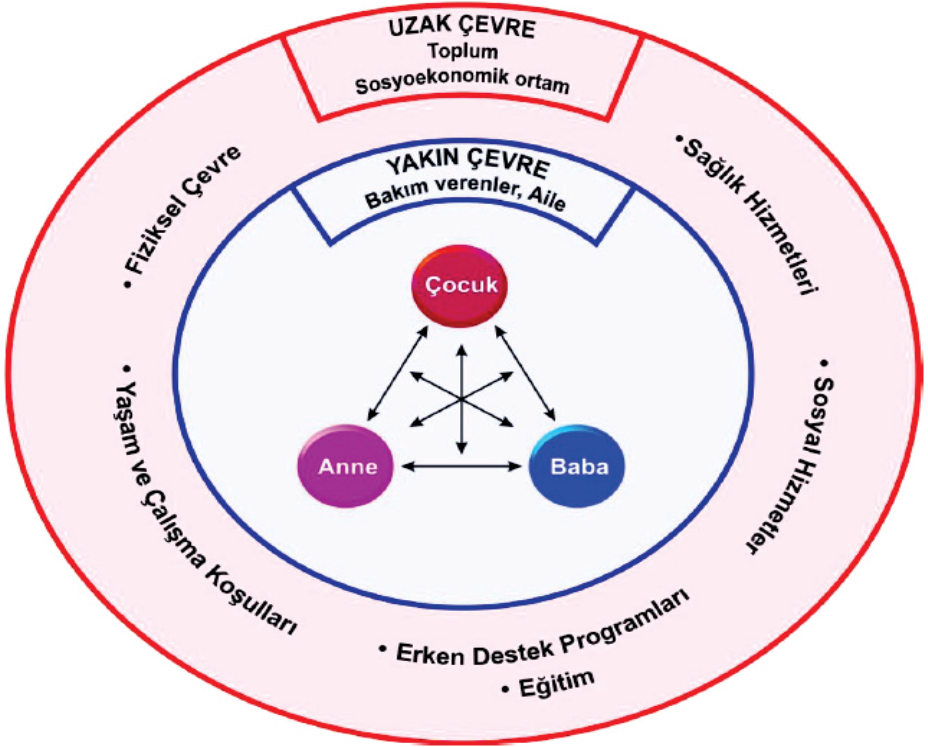
Gelişimin izlenmesi ve desteklenmesinin temel ilkeleri

Gelişim, duygusal, bilişsel, alıcı dil ve ifade dili, kişiler arası ilişkiler, ince ve kaba hareket, özbakım ve toplumsal alanlarda bireyin doğumdan ölüme kadar değişimini ifade eder. Beyin gelişimi, nöronlararasıda özellikle bebeklik ve erken çocuklukta hızla gelişen sinaptogenez ve myelinizasyon ile olmaktadır. İnsan yavrusu tek başına gelişemez. Gelişim, olumlu biyolojik koşullar yanında çocuğa özgün, ona yanıt veren şefkatli, duyarlı bakım ve ilişkiler; ayrıca gelişimin tüm alanlarını destekleyen uygun uyaranlar ile sağlanır. Çocuk bu süreç içinde edilgen değildir; ailesinden, ona en yakın bakım verenlerden talepleri, onlara verdiği yanıtlar ile gelişimsel süreci şekillendirir. Yapılan araştırmalar özetle, bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimle ilgili sağlık çalışanları için önemli üç noktayı vurgulamaktadır:

- Bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim diğer yaş gruplarına göre çok daha hızlıdır;
- Beynin “esnekliği” (plasticity) erken tanınan sorunların sağaltımını kolaylaştırır;
- Buna karşılık, bu yaş döneminde olumsuz bakım koşulları ve uyaran uygunsuzluğu/yetersizliği olduğunda beynin yapılanması kalıcı olarak bozulabilir.

Sağlık çalışanları bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuğa ve ailesine en yakın olan ve hatta onlara ulaşabilen uzmanlar olmaları nedeni ile gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi açısından önemli rol üstlenirler. Gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi, gelişimsel sorunların erken tanısı ancak uygun araç kullanımı ile mümkün olmaktadır. Kullanılacak araç beş temel ilkeyi karşılamalıdır:

1. Şekil-1 ile özetlenen Bronfenbrenner’in biyoekolojik kuramı aracın temel felsefesinde yer almalıdır. Bu kuramda, gelişimin çocuğun doğası, biyolojisi, genetik yapısı olduğu kadar, aynı zamanda, içinde büyüdüğü yaşam koşulları tarafından etkilendiği vurgulanır. Yalnızca çocuğun yapısına, yapabildiği gelişim basamaklarına odaklanan araçlar onun yakın ve uzak çevresi ile etkileşimini, içinde bulunduğu yaşam koşullarını yansıtmadığından yetersiz kalacaktır. Benzer şekilde kullanılacak araç gelişimin bir bölümüne (örneğin ilişki ya da duygusal gelişim ya da hareket gelişimi) odaklanmış olmamalı, gelişimi bir bütün olarak değerlendirmelidir. Bu kuram çerçevesinde hekim/sağlık çalışanı-aile ilişkisi çocuğun gelişimini etkileyecektir. Bu nedenle araç hekim/sağlık çalışanı-aile ilişkisini pekiştirmeli, hekim/sağlık çalışanının gelişim konusunda aile ile güven ilişkisi ve “ortaklık” oluşturmaya yardımcı olabilmelidir.
2. Yenidoğan döneminde ya da daha sonraki yaşlarda tarama yöntemleri ile belirlenen örneğin fenilketonüri, anemi gibi hastalıkların aksine gelişim “tarama” kavramına değil “izleme” kavramına uyan bir süreçtir. Ayrıca, gelişimin desteklenmeden izlenmesi etik bir yaklaşım olmayacağından, gelişimi tarayan değil, izleyen ve beraberinde destekleyen araçlar kullanılmalıdır.



Şekil-1: Urie Bronfenbrenner'in biyoekolojik kuramı. Biyoekolojik kuram şeması: Ertem IO, Pruett K.Rudolph Textbook of Pediatrics 2010

3. Kullanılacak araç işlevi belirsiz gelişim basamaklarına değil (örneğin iki küpü üst üste koymak), konuşma, kendini besleme, oyun oynama gibi işlevlere, etkinliklere ve yaşama katılıma odaklanmalıdır.
4. Gelişimin desteklenmesi için risk yaratan biyolojik ve psikososyal sorunların bilinmesi ve azaltılması, bunun yanında çocuk ve ailenin güçlü, dayanıklı özelliklerinin fark edilerek pekiştirilmesi gerekmektedir. Kullanılacak olan araç, gelişimsel riskleri ve güçlü yönleri belirlemelidir.
5. Gelişimi izleme, destekleme ve gelişimsel sorunları erken tanıma amacı ile kullanılacak olan her aracın uygulayıcılar arası güvenilirliği ve altın standart değerlendirme yöntemleri ile karşılaştırılmış duyarlılık, özgünlük, pozitif ve negatif yordama değerini içeren geçerliliği yüksek olmalıdır.

Gelişimsel sorunlar yaklaşık %15 sıklıkta, 6 çocuktan bir tanesinde görülmekte ve çocukluk döneminde en sık rastlanan kronik morbidite grubunu oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar, hekimlerin çocukların gelişimlerini yalnızca klinik izlenimleri ile değerlendirdiklerinde gelişimsel sorunları saptamada ancak yaklaşık %30 oranında başarılı olduklarını göstermektedir. Bu nedenle gelişimin izlenmesi, gelişimsel sorunların erken tanısı için mutlaka yukarıda sayılan kıstaslara uygun bir araç kullanılması gerekmektedir. Çocuk bazı yetilerini sağlık hizmeti sunan ortam içinde göstermeyebilir. Çocuğun gösterdikleri ise evde gerçekten yaptığı işlevsel yetileri temsil

etmeyebilir. Bu nedenle çocuğun yetilerinin “test” edilerek gözlemlenmesi uygun bir yöntem değildir. Yetilerin aileye kapalı uçlu sorularla sorulması (örneğin “çocuğunuz konuşuyor mu?”) ise sıklıkla beklenen, olumlu yanıtı getireceğinden yine uygun değildir. İşlevsel yetileri belirlemenin en uygun yöntemi bu alanların aileye açık uçlu sorular ile sorulmasıdır. Bu sayede hekimlikte en değerli tanı aracı olan anamnez ve iyi bir anamnez için en değerli olan açık uçlu soru tekniği gelişimsel sorunların tanısında kullanılmış olacaktır.

Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR)

Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR), sağlık sistemi içinde uygulanma amacı ile ülkemizde Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı’nda geliştirilmiş, uluslararası alanyazına kazandırılmış, uluslararası standardizasyonu tamamlanma aşamasında olan, ilk üç yaştaki çocukların gelişimlerinin tüm alanlarda izlenmesini, desteklenmesini, gelişimsel gecikmelerin erken saptanmasını sağlayan, yukarıdaki 1-5 kısıtı karşılayan, kolay öğrenilen, kolay ve hızlı uygulanan, maliyetsiz bir araçtır. GİDR’nin Türk çocuklarında standardizasyon, güvenilirlik, geçerlilik araştırmaları 2008 yılında tamamlanmış, uluslararası literatürde yer almıştır. Sağlık izlem protokollerinde yer alan GİDR’nin uygulanabilirlik araştırması 2003–2006 yılları arasında “Sağlık Bakanlığı Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Programı” kapsamında beş ilde yapılmış, kısa eğitimler sonrası kolay, hızlı ve güvenilir olarak uygulandığı ve bir yıl sonraki değerlendirmede doğru kullanıldığı belirlenmiştir. Uluslararası kullanımı gerçekleşmiş olan GİDR’nin Amerika Birleşik Devletleri, Arjantin, Avustralya, Azerbaycan, Bhutan, Brezilya, Bulgaristan, Güney Afrika, Gürcistan, Hırvatistan, Hindistan, İtalya, Kazakistan, Kırgızistan, Nepal, Pakistan, Sırbistan, Türkmenistan, Yunanistan gibi ülkelerde kullanım çalışmaları mevcuttur. Uluslararası GİDR’nin geliştirilmesi için Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institute of Health-NIH) tarafından desteklenen, 2010 yılında başlayan beş yıllık bir araştırma ile Türkiye, Arjantin, Güney Afrika ve Hindistan olmak üzere 4 farklı ülkede, üç aşamada toplam 20,100 çocuğun katıldığı standardizasyon, geçerlilik ve etkinlik araştırması sürmektedir. Uluslararası araştırmanın sonunda, GİDR’nin ülkelerde yeniden standardizasyonu gerekmeyen evrensel bir araç olarak Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF’in katkıları ile yaygınlaştırılması planlanmaktadır. GİDR’nin “Gelişimi Destekleme Bölümü” ise T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İzlem Protokolleri içinde ve ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından büyüme eğrileri ile birlikte yaygınlaştırılmaktadır.

GİDR Destekleme bölümünün hazırlanmasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı tarafından, dünyada erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi için geliştirilen UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, yaygınlaştırılan Gelişim için Bakım Girişimi (Care for Child Development), Portage, Küçük Adımlar, Healthy Steps (Sağlıklı Adımlar), BrightFutures (Parlak Gelecekler), Reach Out and Read (Ulaş ve Oku), European Early Intervention Project (Avrupa Erken Destek Projesi), Nurse Family Partnership (Hemşire Aile Ortaklığı) gibi programlar ve ülkemizdeki ailelerin bebeklik ve erken çocukluk gelişimi hakkındaki bilgi deneyimleri gözden geçirilmiş, evrensel olarak her ailenin bilmesi gereken en temel mesajlar harmanlanmış, özetlenmiş GİDR Destekleme Kartına aktarılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü/UNICEF Gelişim için Bakım Girişimi (Care for Child Development)

Bu programlardan Dünya Sağlık Örgütü Gelişim için Bakım (GİB) Girişimine bu protokolda ayrıca yer verilecektir. GİB, ailelere çocuklarının özellikle bilişsel gelişimini desteklemek için bilgi vermek, şefkatli ve duyarlı bakımı pekiştirmek ve sosyal destekleri arttırmak amacıyla sağlık kontrollerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Gelişim için bakım girişiminin aile danışmanlığı kartlarında çocukların gelişimlerinin desteklenmesi için “çocuğunuzla nasıl iletişim kurarsınız?” ve “çocuğunuzla nasıl oyunlar oynarsınız?” soruları aileye sorulmaktadır. Sağlık çalışanı aileden

aldığı yanıtlara göre çocukların yaşlarına göre düzenlenmiş öneri kartlarına bakarak aileye çocuğun yaşına uygun oyun ve oyun materyalleri önerileri verir. Aile danışmanlığı kartlarının son sayfasında yer alan tablo, sağlık çalışanının aileyi ve çocuğu gözlemlemesine ve gelişimsel sorunlara yol açabilecek olan riskleri belirleyerek çözüme yardımcı olmaktadır. GİB girişiminin aile danışmanlığı kartları ekte yer almaktadır. GİB öncelikle “Integrated Management of Childhood Illness-IMCI” (Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimi) kapsamında geliştirilmiştir. Ankara Üniversitesi Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı’nda 2003 yılında ve daha sonra yenilendiğinde 2013 yılında girişimin eğitim paketi ve danışmanlık kartları Türkçe’ye çevrilmiştir. Yine Ankara Üniversitesi Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı’nda 2003 yılında GİB’in yararlılığını belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından desteklenen ilk kontrollü araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada GİB’nin etkinlik ve güvenliği kademeli kontrollü bir araştırma ile ortaya konmuştur. Sağlıklı ya da akut hafif hastalığı olan 2 yaş ve altında çocuklar ve ailelerden, 130’u girişim grubunda, kontrol grubunda 129’u kontrol grubunda yer almıştır. Girişim grubuna, kontrol grubundan farklı olarak gelişim için bakım önerileri verilmiştir. Girişim grubunda bulunan ailelerin kontrol grubuna göre ev ortamında çocuklarının gelişimlerini desteklemek için uyarı ve oyun materyalini arttırdıkları, çocukları ile gelişimi destekleyen iletişim ve oyun ilişkisi içinde oldukları saptanmıştır.

Gelişim İçin Bakım Girişimi’nin etkin ve güvenilir olduğu bu çalışmada belirlenmiş ve uluslararası alanyazına girmiştir. Gelişim için Bakım Girişimi, 2009’da IMCI’den bağımsız ayrı bir program olarak yürütülmeye başlanmış, 2012’de yeni eğitim paketi hazırlanmış; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gelişimsel Pediatri Bilim Dalında DSÖ/UNICEF ve uzmanlarımız tarafından 2013 Haziran ayında uluslararası eğitici eğitimi yapılmıştır.

GİDR Destekleme bölümü, UNICEF/ Dünya Sağlık Örgütü Gelişim için Bakım Girişimi’nin mesajlarını içermektedir. Dolayısı ile GİDR uygulamalarında, GİDR İzleme Bölümüne ek olarak GİDR Destekleme Bölümü ya da UNICEF/ Dünya Sağlık Örgütü Gelişim için Bakım Girişimi kullanılabilir.

Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi Uygulama İlkeleri

Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi uygulayıcı eğitimi bir günlük uygulamalı kurs ya da uzaktan eğitim paketi ile gerçekleştirilmektedir. Aşağıda ve Tablo-3’te sıralanan uygulama yöntemleri GİDR eğitimi almış kişiler için hatırlatıcıdır ancak bu eğitimi almamış kişilerin GİDR uygulaması için yeterli değildir.

1. Çocuğun yaşının hesaplanması. Çocuğun yaşının aileye sorulması ile yetinilmemelidir. Bebeğin doğum tarihi öğrenilerek günün tarihinden çıkartılmalı, takvim yaşının ne olduğu hesaplanmalıdır. Prematüre doğan (37 hafta ve altı) bebekler için iki ya da üç yaşa kadar düzeltilmiş yaş kullanılmaktadır. Düzeltilmiş yaş için öncelikle bebeğin 40 haftadan kaç hafta eksik doğduğu (gestasyonel yaşı) takvim yaşından çıkartılır. Örneğin takvim yaşı 8 aylık olan bir bebek, 27 haftalık doğduysa “40–27=13 hafta ya da 3 ay 1 hafta” erken doğmuştur. Düzeltilmiş yaşı, 8 ay-13 hafta=4 ay, 3 haftalıktır.

2. Gözlemin kolaylaştırılması için oyuncakların kullanılması. GİDR açık uçlu öykü tekniğine dayalı bir yöntemdir ve bilimsel kanıtları bu tekniğe dayanır. Ancak uygulama sırasında yapılabilecek gözlemler çok değerlidir. Gelişimsel değerlendirmede gözlemi kolaylaştıran araçlar oyuncaklardır. Görüşme ortamında bulundurulabilecek oyuncaklar, pahalı olmayan, hatta evde yapılabilecek ya da bulunabilecek oyuncaklar ya da kap - kacak gibi araçlar olmalıdır. Bu oyuncakların seçimi GİDR Destekleme Bölümü’ne bakılarak yapılabilir. Oyuncakların ortamda bulunması çocuğun bunlarla yaptıklarını ve bu sırada ailesi ve uygulayıcı ile etkileşimini

gözlemlemeyi sağlayabilir. Aile çocuğu ile bir an olsun oynarsa gözlenen olumlu etkileşimleri ve çocuğun yaptıkları dile getirilir: “Onun dikkatini çok güzel çekiyorsunuz, siz onunla oynarken ne kadar heyecanlanıyor.”

3. GİDR uygulamasındaki amacın açıklanması. GİDR uygulaması, aileye amacın açıklanması ile başlar. Örneğin: “Çocuğunuzun sağlık izleminin içinde hastalıklardan korunması, aşılınması, sağlıklı beslenip büyümesinin izlenmesi, hastalıklarının hızla tanınıp tedavi edilmesi gibi gelişiminin izlenmesi de yer alır. Sizinle çocuğunuzun gelişmesi ile ilgili yaklaşık 5 dakikamızı alacak bir görüşme yapmak istiyorum.”

4. Gelişimin tanımlanması. “Çocuğunuzun gelişiminden onun öğrenmesini, dil gelişimini yani anlamasını, anlatmasını, sizlerle ilişki kurmasını; hareket gelişimini yani gövdesini, bacaklarını, ellerini, parmaklarını kullanmasını; işitmesi ve görmesini kastediyorum. Ailelerin gelişim sözcüğünü tanınaması “büyüme” “kilo alma” ile eşdeğer tutması nedeniyle “öğrenme” ve “gelişim” sözcüklerinin birlikte kullanılması yararlı olabilir.

5. Ailenin kaygılarının öğrenilmesi. Yapılan araştırmalar, ailelerin kaygılarını öğrenmenin gelişimsel sorunların tanısı ve sağaltımında önemli olduğunu göstermiştir. GİDR'nin ilk sorusu ailenin kaygıları ile ilgilidir. Aile kaygı bildirmiyorsa diğer alanlara geçileceği belirtilir. Aile kaygı bildiriyorsa, çocuğun kaygı duyulan özellikleri dinlenir gerekirse ek sorular ile kaygıların nedeni anlaşılmalıdır. Ailenin kaygıları ile ilgili empati yapılır (örneğin: “epeyce meraklanmışsınız, anlıyorum”) kaygıları belirtmiş olmalarının önemi vurgulanır. Erken yaşta fark edilen gelişimsel sorunlara daha etkili çözümler getirilebileceği aileye söylenir. Daha sonra tüm gelişimle ilgili daha ayrıntılı bilgi edinmek için her bir gelişim alanının sorulacağı açıklanır.

6. Gelişim alanlarını değerlendiren soruların sorulması. Aileye GİDR'nin sol sütununda bulunan 1-7. sorular sırasıyla sorulur. Soruların değerlendirdiği alanlar GİDR üzerinde belirtilmiştir. Her bir açık uçlu soru sonrasında aile dikkatle, etkin olarak dinlenir. Ailenin anlattıklarına ve çocuğun gelişim çabalarına değer verildiği gösterilir (örneğin: “ne güzel, demek artık sözcükler kullanıyor”). Aile ile görüşme sırasında etkileşimin bozulmaması için kesinlikle GİDR üzerinde işaretleme yapılmaz.

7. Gelişimsel işlevlerin ve gelişimsel durumun belirlenmesi. Görüşme bittikten sonra ailenin anlattığı tüm işlevler GİDR üzerinde işaretlenir. Bu yapılırken çocuğun yaşının bulunduğu sütun esas alınmaz. Sorulara karşılık olarak ailenin anlattıklarından çocuğun kazandığı işlevler “Evet” (E) olarak, kazanmadıkları ise “Hayır” (H) olarak işaretlenir. Bu işaretleme sonrasında alanda yani her bir soru karşısında çocuğun kazandığı işlevler belirecektir. Çocuk bitirdiği ay olarak yaşını içeren sütundaki işlevlerin hepsini kazandı ise, gelişimi tüm alanlarda yaşı ile uyumlu olarak değerlendirilir. Çocuk yaşının bulunduğu sütundan sonraki işlevleri kazanabilir. Bebeklik ve erken çocuklukta işlevlerin kazanılması geniş bir yelpazeyi içerir ve erken kazanılan işlevlerin ileriyi yordayıcı özelliği gösterilmemiştir.

8. Gelişimsel gecikmelerin saptanması. GİDR'de bay belirteci ile belirtilen ayların altındaki sütunlar, o ayın bitiminde çocukların %97'sinin kazandığı işlevleri içerir: Yani bay belirteci bir işlevin en geç hangi ayda kazanıldığını belirtir. Bir başka deyişle, standardizasyon örnekleminde “b” ile belirtilen ayı bitiren çocukların % 97'si ilgili sütundaki işlevlerin tümünü kazanmıştır, %3'ü ise kazanmamıştır. GİDR'de aay belirteci ile belirtilen ayların altındaki sütunlar ise o ayın bitimindeki çocukların %50'sinin kazandığı işlevleri içerir. GİDR yorumlamasında aay belirteci yalnızca tabloda yer bulmayı kolaylaştırıcı bir belirteçtir. Yorumlamada bay belirteci ise gelişimsel gecikmeleri belirtir. Çocuk herhangi bir ya da birkaç alanda bitirdiği ay ile belirtilen bay belirtecindeki işlevlerden hangisi/hangilerini kazanmadı ise, bu alanda gecikmesi mevcuttur.

GİDR'deki her bir basamak işlevseldir, dolayısı ile her birinin kazanılmamasının bir önemi vardır. Çocuğun gecikmesi olup olmadığının anlaşılması için bitirdiği ayın bay belirteci ile belirtildiği sütuna bakılır. Çocuk b ay belirteci ile yaşının belirtildiği sütundaki işlevlerden hangilerini kazanmadı ise nedenleri düşünölmeli, gereken tetkik ve hizmetler planlanmalıdır.

9. Ara yaşlarda GİDR'nin yorumlanması. Çocuk sütunlarda bay belirteci ile belirtilen ayı henüz bitirmede ise, yani ara aylarda ise, bir önceki sütundaki tüm işlevleri yapabilmelidir. Tablo - 1'de görölen örnekte 12 aylık bir çocuğun gelişimi işaretlenmiştir. Çocuk 12 aylık yani ara ayda olduğundan 11a -13b sütununda belirlenen işlevleri kazanmış olması beklenmez. Bunlardan bazılarını kazanmış, bazılarını kazanmamış olabilir. Ancak 12 ayını bitirmiş bir çocuğun, 8a–10b sütunundaki işlevlerin hepsini kazanması gereklidir. Örnekte yer alan çocuğun 8a–10b sütununda belirlenen işlevlerin hepsini kazandığı görölmektedir, bu nedenle gelişimi yaşı ile uyumlu olarak değerlendirilir. Çocuk 13. ayını bitirdiğinde ise 11a -13b sütununda belirlenen işlevleri kazanması beklenecektir. Çocukların gelişimlerinin yaşa uygun olarak değerlendirilmesi için o yaşın işlevlerini anlatan kutunun içindeki işlevlerin tümünü kazanmış olması gerekir. Tablo - 2'de yer alan örnekte, 8–10 aylık bebeklerin anlatım dili alanında her iki işlevi, 14–16 aylık çocukların alıcı dil alanında üç işlevi, 17–19 ay ve 20–24 aylık çocukların ilişki kurma- iletişim alanında bir işlevi kazanması beklenmektedir.

10. GİDR yorumunun persantil ve standart sapma olarak ifadesi. GİDR'de bay belirteci ile belirtilen sütundaki işlevlerden en az birinin yapılamıyor olması, ilgili alanda 3. Yüzdelik (persantil) ve dolayısı ile (-2) standart sapmanın altını belirtir. Belirtilen sütundan bir önceki sütundaki işlevlerden birinin yapılamıyor olması ise, ilgili alanda 1. yüzdelik (persantil), (-3) standart sapma altını belirtir.

11. GİDR “destekleme bölümü”nde yer alan 8. soru ile çocuğun gelişiminin nasıl desteklendiğinin öğrenilmesi ve önerilerin verilmesi. GİDR “destekleme bölümü” soruları çocuğun gelişiminin en yakın çevresi olan ailesinden nasıl etkilendiğini, ailenin çocuklarının gelişimini destekleme konusundaki güçlü yönlerini belirlemeyi bu yönleri desteklemeyi, gereğinde gelişimi destekleme konusunda bilgilendirmeyi ve ailenin bu konuda düşünerek planlar yapabilmesine fırsat yaratmayı amaçlar. Soru 8 ile aileye çocuklarının gelişimini öğrenmesini desteklemek için gün içinde neler yaptıkları, nasıl zaman geçirdikleri sorulur. Bu soru çocuğun günlük yaşantısında uyarıcı eksikliği, uygunsuzluğunu belirleme amacını da taşımaktadır. Günün nasıl geçtiği anlaşıldıktan sonra eksik kalan bilgilerin tamamlanması için nasıl, ne gibi ve ne süre ile çocukla birlikte oyun oynadıkları, nasıl iletişim kurdukları ve özgün olarak dil gelişimini nasıl destekledikleri sorulur. Ailenin çocuğun gelişimini desteklemek için gösterdiği tüm çabalar kutlanır. Örneğin yeterince oyun oynamayan ancak bebeklerine şefkatle bakan bir aile ile görüşürken, yapamadıklarını vurgulamak yerine yaptıkları üzerinde durulması aileyi güçlendirecektir: “Bir şeyler öğrenmesi için ona önce şefkat, sevgi ile baktığınızı görüyorum, bu çok önemli, bir bebeğin aklına giden yol kalbinden geçer. Onu mutlu, huzurlu tutmanız öğrenmesini kolaylaştırır.” Aileye gelişimi destekleme konusunda verilebilecek öneriler ise GİDR Destekleme Bölümü kartında yer almaktadır. Ailenin yaptıkları kutlandıktan pekiştirildikten sonra bu önerilerden ek olarak gerekli olanlar aile ile paylaşılır. Ailenin önerileri anlamasını ve uygulama istekliliğini değerlendirmek için verilen önerilerle ilgili günlük yaşantıda kendilerinin neler yapabilecekleri sorulur, ailenin verdiği örnekler kutlanır.

12. GİDR “destekleme bölümü”nde yer alan 9. soru ile çocuğun gelişimini etkileyebilecek psikososyal risklerin belirlenmesi. Soru 9, çocuğun yaşantısını ve gelişimini etkileyebilecek temel psikososyal risk etmenlerini belirlemeyi amaçlar. Ailenin neyi, neden sorduğumuzu anlaması önemlidir; hassas ve bazen aile için mahrem olan konuları paylaşmalarını istememizin nedeni

açıklanmalıdır. “Depresyon”, “anksiyete”, “yoksulluk”, “aile içi şiddet” gibi zor sorulan durumları dile getirmekten, sormaktan kaçınılması, ailede çocukla ilişkiyi olumsuz etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb) veya mental gerilik belirtileri olup olmadığının gözlenmesi önemlidir. Bu soru aileye paylaşılabileceği konuları paylaşma olanağı sağlar; yapılan araştırmalar GİDR’nin akışı içinde bu noktaya gelindiğinde ailenin başlangıçta paylaşmayacağı pek çok konuyu paylaşabildiğini belirlemiştir. Aile içinde tek ya da pek çok risk etmeni bir arada bulunabilir. Uygulayıcı anlatılanları etkin iletişim içinde dinlemeli, aileyi empati ile anlamaya çalışmalı, anladığını onlara aktarabilmelidir: “Zor bir dönemden geçiyorsunuz, kaygılısınız.” Risk etmenleri belirlendikten sonra en önemli nokta, riskleri azaltma konusunda öneriler vermeden önce 10. soru ile ailenin kendi bulduğu çözümleri öğrenmektir.

13. GİDR “destekleme bölümü”nde yer alan 10. soru ile ailenin risk etmenleri ile nasıl başa çıktığının, nasıl çözümler ürettiğinin öğrenilmesi, çözümlerin pekiştirilmesi, riskleri azaltabilecek ek destek ve hizmetler varsa bunlara yönlendirilmesi. 10. soruda ailenin ifade ettiği riskler uygulayıcı tarafından sıralanır ve ardından ailenin bunlar ile başa çıkmak için bulduğu çözümler sorulur. İfade edilen, aileye ve çocuğa yardımcı olan tüm çözümler desteklenir. Aile çözüm üretmediğini, çaresizliğini ifade ediyorsa birlikte çözüm üretmek için destek verilir. Bu noktada çocuğun gelişimi ile ilgili örnekler vermek önemlidir. Örneğin: “Pek çok nedenle aileniz epeyce sıkıntı içinde ve siz de belirgin bir depresyon tarif ediyorsunuz. Depresyon sizin sağlığınız için olduğu kadar, hem aileniz, hem de beyin gelişimi en hızlı dönemde olan çocuğunuz için çok önemli. Bu konuda size yardımcı olabilirim, ne dersiniz?”

14. GİDR sonuçlarının aile ile paylaşılması. GİDR, “aile merkezli sağlık hizmeti” felsefesi ile geliştirilmiş bir araçtır. GİDR sürecinde aile zaten çocuğu ile ilgili bilgileri paylaşmış ve her noktada uygulayıcıdan destek ve geri bildirim almıştır. Yanıtların işaretlendikten sonra aile ile paylaşılmasında öncelikle çocuğun güçlü yönleri ve yapabildiği işlevlerden örnekler vererek başlanır. Önce çocuğun aile tarafından coşku ile vurgulanan özellikleri, güçlü görülen yanları belirterek ailenin çocuğunun gelişiminden duyduğu zevk ve gurur desteklenir. Daha sonra çocuğun gelişiminde yaşına uygun alanları vurgulanır. Daha sonra gecikmeler varsa bu alanlara geçilir. Sonuç paylaşılırken hiçbir durumda bir puan ya da “gelişimi şu aydaki çocuk kadar” şeklinde bir yaş eşdeğeri verilmez. Gecikmeler varsa bunlar örnekler ile paylaşılır, gerekirse GİDR üzerinde gösterilebilir. Gecikmeleri erken fark etmenin önemi ve beyin gelişiminin hızı ve esnekliği hakkında ailenin anlayabileceği bir dille açıklamalar yapılır. Gecikmelerin nedenleri aile ile birlikte araştırılır. Örneğin ev ortamında uygun uyarıların ve şefkatli bakımın eksikliği, malnutrisyon, demir eksikliği, işitme ve görme kayıpları, kronik hastalıklar, annede depresyon gibi psikososyal sorunlar, perinatal riskler, gelişimsel gecikmelerin sık rastlanan nedenleridir. Nedenler ile ilgili tetkik ya da danışım isteniyorsa bunlar aile ile görüşülür. Gerekliyse olası tedavi yöntemleri, örneğin evde uyarıların artırılması, erken destek programları, kreş, konuşma terapisi, özel eğitim, fizyoterapi, rehabilitasyon gibi hizmetler ve bunları sağlayacak olan değerlendirmeler konuşulabilir. Gelişimin desteklenmesinde bir başka önemli nokta ise gelecek gelişim basamaklarını aile ile birlikte gözden geçirmektir. Böylece ailenin ileriye planlaması kolaylaşır, sizinle birlikte kaygılarını, yapıp yapamayacaklarını konuşabilirler. Bunun benzeri yaklaşımların ailenin çocuğuna bakabilme, onun gelişimini destekleyebilme yetisini güçlendirdiği gösterilmiştir.

15. İzlem planlanması. GİDR sonrasında izlem klinisyenin değerlendirmesine bırakılmıştır. Sorunsuz ve risksiz çocuklar ve aileler için izleme aralıkları seyrek olabilir ancak bu çocuklar için bile prenatal dönemden başlayarak ilk 6 ayda GİDR’nin Destekleme Bölümü yardımı ile gelişimin desteklenmesi, daha sonra 6-9 ay aralığında bir kez, 18. aydaki rapel aşya gelindiğinde ve daha sonra 24-36. ay aralığında bir kez olmak üzere, üç yaşa kadar en az üç kez GİDR uygulaması

önerilir. GİDR uygulaması çocuğun sağlık izlemi ve aşı takvimine göre planlanır. Gelişimsel gecikme mevcutsa, ya da gelişimsel riskler, zorluklar varsa aile ile birlikte daha yakın bir izlem ve destekleme planlanır. Danışım ve tetkiklerin, hizmet ve tedaviyi geciktirmemesine özen gösterilmelidir. Gerekirse tedavi (örneğin fizyoterapi) tetkik ve danışimlarla eş zamanlı planlanır. Tetkik, danışım, tedaviler için plan, aile ile birlikte, ortaklık içinde yapılır. Ailenin planı anlayıp anlamadığı sorularla kontrol edilir. Bir yandan erken tanı için bunca çaba harcanırken bir yandan ailenin planı anlamaması, tetkik, tanı, tedaviyi yadsıması ya da tetkiklerin gecikmesi nedeniyle doğabilecek zaman kaybını önleme konusunda özen gösterilmelidir.

Tablo 1	8 ^a – 10 ^b Ay	11 ^a – 13 ^b Ay
1. Ailenin kaygıları: “Çocuğunuzun gelişmesi öğrenmesi, anlaması, iletişim kurması, başkaları ile ilişkileri, parmaklarını, ellerini, bacaklarını ve vücudunu kullanması, işitmesi ve görmesi gibi konularda sizi kaygılandıran herhangi bir şey var mı?”		
2. Anlatım dili: “Çocuğunuz istediklerini size nasıl anlatıyor? Ne gibi sesler çıkarıyor, nasıl konuşuyor?”	<input checked="" type="checkbox"/> “Da-da” gibi heceleri birleştirir <input checked="" type="checkbox"/> Bir şeyi istediğini heyecanlanarak, gülererek, istemediğini kendini geriye atarak, başını sallayarak anlatır.	<input type="checkbox"/> Bir anlamlı sözcük söyler <input checked="" type="checkbox"/> İstediklerini eliyle işaret ederek gösterir
3. Alıcı dil: Çocuğunuz sizin söylediklerinizden neleri anlıyor?”	<input checked="" type="checkbox"/> “Mama”, “hayır” gibi sık tekrarlanan basit sözcükleri anladığını gösterir	<input type="checkbox"/> Tanıdığı kişi ve nesnelere adını, “gitti”, “ver”, “gel”, “al” gibi sözcükleri anlar
4. Hareket: - Kaba hareket: “Çocuğunuz başını, gövdesini ve bacaklarını nasıl hareket: - İnce hareket: “Çocuğunuz ellerini, parmaklarını nasıl kullanıyor?”	<input checked="" type="checkbox"/> Yüzüstünden sırtüstüne, sırt üstünden yüzüstüne döner <input checked="" type="checkbox"/> Desteksiz oturur <input checked="" type="checkbox"/> Nesnelere elden ele geçirir <input checked="" type="checkbox"/> Üzüm gibi küçük taneleri yerden alır	<input checked="" type="checkbox"/> Ellerle bir yere tutunup ayağa kalkar <input checked="" type="checkbox"/> Tutunmadan anlık ayakta durur <input type="checkbox"/> Oyuncaklara/nesnelere tutunarak adımlar (sıralar) <input type="checkbox"/> Küçük cisimleri tutarken işaret parmağını kısıkaç” gibi kullanır
5. İlişki: “çocuğunuz nasıl ilişki kuruyor? Örn: göz teması nasıl? Yakınlarını tanıdığını, sevdiğini nasıl gösteriyor? Annesinden ayrılınca, kavuşunca neler yapıyor? Yakınlarına, yabancılarla nasıl davranıyor?”	<input checked="" type="checkbox"/> Annesinden ayrıldığında tepki verebilir, kavuşunca rahatlar <input checked="" type="checkbox"/> Yabancıları endişe, sakinme, çekinme ya da korku ile yadırgayabilir (yadırgama olmasa da yabancıyı fark ettiğini gösterir)	<input type="checkbox"/> Yakınlık, mutluluk, merak, isteme, karşı gelme, öfke, korku, çekinme gibi pek çok duygusunu gösterebilir (örn: anneye sarılır, öper, oyuncuğa birlikte bakar yabancı ortamda ona tutunabilir, arkasına saklanabilir)
6. Oyun: Çocuğunuzun sizinle oyuncaksız oyunları ve oyuncaklarla oyunları neler?	<input checked="" type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere merakla araştırır <input checked="" type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere atar, vurur <input checked="" type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere arar <input checked="" type="checkbox"/> Kendisi saklanır, “Cee” oynar <input checked="" type="checkbox"/> Taklit eder (örn: el sallar)	<input checked="" type="checkbox"/> Kap-kacağı vurur, doldurur, boşaltır <input type="checkbox"/> Oyuncakların/nesnelere nasıl işlediğini araştırır

Yönerge 16 (Y16)

D vitamini desteğinin ve programın uygulanması

Rikets (ya da Raşitizm), gelişmekte olan kemik dokusundaki (epifizler kapanmadan önceki dönemde) mineralizasyon bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır. En sık nedeni D vitamini yetersizliğidir. D vitamini yetersizliğine bağlı olan türüne 'nutrisyonel rikets denmektedir. Ender olarak kalsiyum eksikliğine bağlı rikets de görülebilir.

1. D vitamini eksikliğinin önlenmesi (Profilaksi): Bebeklik döneminde D vitamini eksikliğinin önlenmesi için bütün yeni doğanlara beslenme biçimine bakılmaksızın yaşamın ilk gününden itibaren günde 400 ünite D vitamini ağızdan verilmelidir. D vitamini preparatları (400U/3damla) Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmakta ve Aile Hekimlerince dağıtılmaktadır. Bir yaşından sonraki dönem için D vitamini ihtiyacı günde 600 ünite olarak belirlenmiştir. Bu ihtiyaç besinlerle ve/veya ağızdan D vitamini suplementasyonu ile sağlanabilir.

- D vitamini damlası başlanması için eski yıllardan kalan bir alışkanlıkla 2-3 hafta beklemeye gerek yoktur. Ülkemizde gebelik döneminde D vitamini eksikliği sık olduğu için yaşamın ilk gününden itibaren D vitamini damlası verilmelidir.
- İklim ve sosyo-ekonomik özelliklerine bakılmaksızın bütün bölgelerdeki aile hekimleri, bütün bebeklerin bir yaşın sonuna kadar günde düzenli olarak 400 ünite D vitamini almalarını sağlamakla görevlidir. Bunu sağlamak üzere, her çocuk sağlığı izlem ziyaretinde D vitamini desteği verilip, verilmediği sorgulanmalıdır.
- İlk 12 aylık dönemde profilaksi için 400 üniteden daha yüksek dozlarda D vitamini vermeye gerek yoktur; ayrıca profilaksi için D vitamini ampül içirilmesi yoluyla yüksek doz D vitamini vermeye kesin olarak gerek yoktur. Bu şekildeki tutumlar D vitamini intoksikasyonu için risk oluşturmaktadır.
- Fontanelin erken kapanması ya da fontanel küçüklüğü gibi nedenlerle D vitamini profilaksisinin bırakılmasına gerek yoktur. Ağızdan günde 400 ünite D vitamini alan çocuklarda çok nadiren (D vitamini metabolizmasındaki bazı genetik bozukluklara bağlı olarak) hiperkalsemi gelişebilir. Bu durumda D vitamini kesilebilir. Bu konudaki değerlendirmenin bir çocuk endokrinoloji uzmanınca yapılması gereklidir.
- Göçmenlerin bebek ve çocuklarında D vitamini eksikliği ve rikets sıklığı yüksektir. Ülkemizde ilk 1 yaşta uygulanan program, göçmenler için de önerilmelidir.

2. Serum 25-Hidroksi Vitamin D ölçümü: Sağlıklı bebek ve çocuk izleminde rutin olarak serum 25-Hidroksi Vitamin D (25-OHD) düzeyine bakmaya gerek yoktur. Yalnızca eksiklik riski taşıyanlarda serum 25-OHD düzeyi bakılabilir. Bu durumlar;

- Riketse zemin yaratacak beslenme öyküsü olan bebekler ve riketse ait klinik bulguları (el bilek genişliği, raşitik rosary, bacak deformitesi vb.) olanlar,
- Osteoporoz, düşük enerjili kırık öyküsü olanlar,
- Kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı ve malabsorpsiyon ile ilişkili hastalıkları (Çölyak hastalığı, kistik fibrozis, inflamatuvar barsak hastalığı) olanlar,
- Anti epileptik ya da steroid içeren ilaçların uzun süreli kullanımı durumunda,
- Koyu ciltli olanlar, yüz dahil tüm vücudu örtecek şekilde giyimi tercih edenler,
- Mental Motor Retardasyon (MMR), serebral palsi gibi gelişme geriliği ile giden ve güneş ışığından yoksun bir yaşam sürmeye neden olan durumlar,

g) Alkalan Fosfataz (ALP) ve/veya Paratiroid Hormon (PTH) yüksekliği olanlar.

3. Serum 25-OHD düzeyinin değerlendirilmesi: Serum 25-OHD düzeyi aşağıdaki tabloya göre değerlendirilmelidir.

Serum 25-OHD düzeyine göre D vitamini durumunun değerlendirilmesi

Durum	Serum 25- Hidroksi D vitamini Düzeyi (ng/ml)
Eksiklik	<12
Yetersizlik	12-20
Normal	20-100
D vitamini intoksikasyonu	>100 + Hiperkalsemi (hiperkalsiüri ve PTH supresyonu ile birlikte)

- Bebek ve çocuklarda serum 25-OHD düzeyinin >20 ng/ml üzerinde tutulması yeterlidir. Daha çok erişkinler için söz konusu edilen 30 ng/ml veya daha üzerine çıkarmak şeklinde bir hedef belirlemeye gerek yoktur.
- D vitamininin iskelet dışı etkileri konusunda veriler yeterli değildir ve bu olası etkiler için ayrı (ya da daha yüksek) bir serum 25-OHD eşiği belirlenmesi için çocukluk çağında yeterli kanıt yoktur. Bu etkiler için yüksek dozda D vitamini verilmesine gerek yoktur.
- Serum 25-OHD düzeyi'nin <12 ng/ml nin altında bulunması D vitamini eksikliği olarak kabul edilmekle birlikte, rikets ile uyumlu klinik bulgular çoğunlukla 10 ng/ml'nin altında ortaya çıkmaktadır.

4. D vitamini eksikliğine bağlı nutrisyonel rikets tedavisi: D vitamini eksikliği derinleştiğinde ve/veya kalsiyum eksikliği ile birlikte olduğunda riketse neden olmaktadır. Rikets tanısı, klinik olarak rikets düşünülen olgularda radyolojik ve biyokimyasal bulgularla doğrulanır. Riketsli olgularda 25-OHD düzeyi genellikle 10 ng/ml in altında bulunmaktadır. Ancak rikets varlığında 25-OHD düşüklüğüne, alkalan fosfataz (>450 U/L) ve PTH yüksekliği (> 65 pg/ml) eşlik eder.

Rikets tedavisinde önerilen D vitamini tedavisi dozları (Ya günlük doz ya da tek doz sütunlarından birisi tercih edilmelidir)

Yaş	Günlük doz, 90 gün süreyle, Ünite	Tek doz, Ünite	İdame dozu, Ünite
<3 aylık	2000	Kullanılmaz	400
3-12 ay	2000	50.000	400
12 ay-12 yaş	3000-6000	100.000	600
>12 yaş	6000	150.000	600
Yorum	Vitamin D2 veya D3 kullanılabilir	Vitamin D3 tercih edilmelidir	Vitamin D2 veya D3 kullanılabilir

- Nutrisyonel riketsdeki tedavi dozları yukarıdaki tabloda belirtilmiştir. Hekimler günlük veya tek doz şeklinde tercih yapabilirler. Bu şekilde tedavi verilen bebeklere ve çocuklara besinlerle veya ilaç olarak günde 500 mg kalsiyum tedavi süresince sağlanmalıdır.
- Düşük 25-OHD düzeyleri D vitamini suplementasyonu gerektirir. Ancak rikets tedavisinde kullanılan dozlarda veya tek yüksek doz (stoss) tedavi sadece D vitamini düşüklüğü yanı sıra ALP yüksekliği ve/veya PTH yüksekliği olan hastalarda verilmelidir. İstisna olarak D vit <12 ng/ml altında ise ALP ve PTH yüksekliği olmadan da yüksek doz tedavi verilmesinin bir sakıncası yoktur.

- c) Göçmenlerde D vitamini eksikliği ve rikets sıklığı yüksek olup, bu gruptaki çocukların rikets bulguları bakımından daha dikkatli değerlendirilmesi ve 25-OHD <12 ng/ml olan vakalarda başka bir bulgu olmasa bile yukarıdaki tedavi dozlarında D vitamini verilmesi uygundur.
- 5. D vitamini intoksikasyonu ve önlenmesi:** D vitamini intoksikasyon kararı için serum 25-OHD>100 ng/ml olması yanında hiperkalsemi (hiperkalsiüri ve PTH supresyonu ile birlikte) gereklidir. Bu kararın bir çocuk endokrinoloji uzmanı tarafından verilmesini sağlamak üzere 25-OHD>100 ng/ml olan vakalar uygun merkezlere sevk edilmeli ve/veya bir çocuk endokrinoloji uzmanı ile konsülte edilmelidir.
- a) Başta ilk 12 aydaki bebekler olmak üzere bütün yaşlarda nutrisyonel rikets tanısı kesinleştirmeden tek yüksek doz (stoss tedavi) D vitamini kullanılmamalıdır.
- b) Yalnızca serum 25-OHD düzeyine göre (ALP ve/veya PTH yüksekliği olmadan) tedavi dozunda D vitamini verilmesinden kaçınılmalıdır.
- c) Diş çıkarmada gecikme, bacak eğriliği ve/veya geç yürüme gibi nedenlerle laboratuvar bulgusu olmadan tek yüksek doz (stoss tedavi) D vitamini kullanılmamalıdır.
- d) Profilaksi ve D vitamini kemik dışı etkileri için tek yüksek doz (stoss tedavi) D vitamini kullanılmamalıdır.
- e) Eczanelerden çocuklara reçetesiz D vitamini ampül verilmesi kesin şekilde önlenmelidir.
- f) Piyasadaki D vitamini ampüllerinde bir ampülde 100.000 ünite içerecek şekilde pozoloji değişikliği yapılmalıdır.
- 6. Sevk kriterleri:** Daha önce belirtildiği gibi 6 aydan küçük bebekler, özellikle yeni doğan dönemindeki raşitizm tanısı konan bebekler, havale ile başvuran veya solunum sistemi bulguları olan çocukların raşitizm tanısı kesin olsa bile ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk gereklidir. Ailesinde raşitizm olduğu bilinen ve D vitamini yetersizliği dışındaki bir nedene bağlı olma ihtimali olan raşitizm vakalarının da sevk gereklidir. Ayrıca önerilen dozlarda D vitamini verilmesine rağmen raşitizmi düzelmeyen vakalar bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.
- 7. Temel mesajlar**
- Bütün hamile kadınların ve bebeklerin günde 10-15 dakika süre ile öğle saatleri dışında güneşe çıkartılması teşvik edilmelidir. Çocuklar güneşlendirilirken doğrudan güneş ışınlarına temas etmesi gereklidir ve camdan geçerek gelen ışığın D vitamini sentezi bakımından bir yararı yoktur. Güneşlendirme sırasında çocuğun başında şapka olması ve kol-bacakların çıplak olması gereklidir.
 - Bütün hamilelerin gebelik boyunca süt ve süt ürünleri ile birlikte D vitamini preparatı alması sağlanmalıdır.
 - Ek gıdalara geçişle birlikte kalsiyumdan zengin yoğurt ve peynir gibi süt ürünlerinin tüketimi teşvik edilmelidir. Ergenlik dönemi için günde 3 bardak süt içmeleri ve kolalı içeceklerden kaçınmaları önerilmektedir.
 - Anne sütünün önemi üzerinde durulmalı ve bütün bebeklere doğumdan itibaren günde 400 ünite (Günde 3 damla) D vitamini verilmelidir.

Bebek ve Çocuklarda D Vitamini Ölçümü, Profilaksisi, D Vitamini Eksikliğinin Tanımlanması ve Tedavisi, D vitamini İntoksikasyonu Konularında Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu Rehberi-Şubat 2018

Yönerge 17 (Y17)

Aşırı Ağlayan Bebeğe Yaklaşım

Tüm bebekler yaşamlarının ilk 3 ayında en çok ağladıkları bir süreçten geçerler. Ortalama günde 2 saati bulan ağlama normal kabul edilebilir. Toplum arasında gaz sancısı olarak bilinen “infantil kolik (bebeklik koliği)-BK” yaşamın ilk 3 ayı içinde ortaya çıkan görünüşte normal bir bebeğin aşırı ağlamasıdır.

Bebeklerde Aşırı Ağlamanın Bazı Nedenleri

1. **Açlık:** yeterli süt alamama veya büyümenin hızlanmasının arttığı dönemler ile ilişkili olabilir. En çok 2. haftada, 6. haftada ve 3. ayda görülür.
2. **Ağrı:** hastalık ya da fiziksel bir yaralanma açısından değerlendirilmesi gerekir, cildinin aşırı sıcak veya soğuk olmaması, bezinin çok sıkı bağlanmaması, saç telinin parmağına veya vücudunun bir yerine dolanma olup olmadığı kontrol edilmeli.
3. **Yorgunluk veya aşırı uyarı:** bebekler yorulduğunda veya aşırı ilgi gösterildiğinde sıklıkla ağlarlar. Arabaya veya bebek arabasına bindirip gezdirmek uykuya dalmalarını kolaylaştırabilir.
4. **Bebeklik Koliği:** tipik olarak bir günde 3 saatten fazla, bir haftada 3 kereden fazla, 3 hafta boyunca tekrarlayan aşırı ağlama ataklarıdır. Bebek, aile ve sağlık çalışanları için stres kaynağıdır. Nedeni tam anlaşılammıştır. Ağlama atakları 3.-6. hafta arasında başlar, 3. - 4. aydan sonra düzelir. Koliğin görülme sıklığı cinsiyetten, beslenme tipinden (anne sütü veya formüla), doğum zamanı (term veya preterm), çocuk sırasından (birinci veya ikinci çocuk) etkilenmez. Kolik tipi ağlama atakları bebekte tipik olarak aniden başlar, sıklıkla ikinci sonrası-akşam saatlerinde görülür, bebek yoğun yüksek seste, ağrısı varmış gibi, çığlıklar atarak ağlar. Bu bebekleri bu dönemde yatıştırmak zordur. Bazen bir gaz yapma veya dışkı yapmayla bebek rahatlayabilir.

Aşırı Ağlaması Olan Bebeğe Yaklaşım

1. Neden arayın:

Bebeğin beslenmesi ve davranışları nasıl?, Anne kahve, sigara, ilaç kullanıyor mu?, Aile bireylerinin baskısı var mı?,

Emzirmeyi değerlendirin; Memedeki pozisyon, öğün süresi/sıklığı

Bebeği muayene edin, büyüme durumunu değerlendirin, herhangi bir hastalığı olmadığından emin olun.

2. **Özgüven kazandırın ve destek verin:** Annenin durumunu anladığınızı belirtin. Annenin ve bebeğin olumlu yönlerini belirleyin ve övün.

3. Geçerli bilgiyi verin

“Bebeğin rahatlatılmaya ihtiyacı var”, “Ağlama 3-4. aylarda azalacak”, “Kolik için ilaç önerilmez”, “Ek besinler yararlı ve yardımcı değildir, riskleri vardır”, “Rahatlatılması için güvenli olan emzirmektir”.

4. Bebeğin çok ağlaması ve annenin/bakım verenin bebeği susturmada kendini çaresiz hissetmesi öfkelenmesine ve bebeği şiddetle sallaması ile sonuçlanabilir. Bazen bu şiddetli sarsmalarla intrakranial kanamalar hatta ölümler oluşmaktadır; bu yüzden aşırı ağlayan

bebeklerin “**Sarsılmış Bebek Sendromu**” açısından artmış riske sahip olduğunu unutmamak gerekir. Annenin şiddetli ağlama atakları sırasında mola vermesi, bir süreliğine bebeği babası/başkasına vermesini veya yalnızca onu güvenli bir şekilde yatağında bırakarak birkaç dakika nefes almasını önerin.

5. **Öneride bulunun:** Her beslenmede sadece bir memeyi, diğer öğünde öteki memeyi vermelerini, çay ve kahveyi çok fazla tüketmemelerini önerebilirsiniz. Annenin kendisinde rahatsızlık yapan ya da tükettiğinde bebeğinde rahatsızlık hissettiği bir besin saptamış ise bu besinleri azaltabilir; onun dışında besin kısıtlamasına gerek yoktur.

Bebeğine masaj yapmasını önerebilirsiniz.

Antispazmodik özellikleri olan bazı bitki çayları (papatya, rezene, melisa, nane) gaz giderici olarak piyasada bulunmaktadır. Bu çayları isterse annenin kendisinin tüketebileceği, bebeğe sadece anne sütü vermesini önerin.

Simethicone (örnek ticari isim: metsil damla) etkinliği tartışmalıdır. Özellikle konjenital hipotiroidi nedeniyle levotiroksin kullanan bebeklerin, levotiroksin ile etkileşime girerek ilacın etkinliğini azaltacağından kullanmaması önerilmektedir.

Aşırı ağlamaları olan bir bebek eğer 4 aylık olduğunda ağlamaları geçmediyse veya aylık kilo alımları yetersizse bir uzmana yönlendirin.

Bebeklik koliğinin birkaç ay içinde kendiliğinden düzeleceğini aileye belirtin.

Yönerge 18 (Y18)

İdrar Yolu Enfeksiyonları

İdrar yolu enfeksiyonları (İYE) çocukluk çaının sık görülen bakteriyel enfeksiyonlarından biridir. Yedi yaş altı erkek çocuklarda % 2, kızlarda % 8 İYE tespit edilirken, acil servise ateşle başvuran ve ateş odağı bulunamayan 5 yaş altındaki çocukların % 3.3'ünün İYE olduğu gösterilmiştir.

Çocukluk çaında geçirilen İYE, sık görülmesinin yanısıra, tekrarlama (rekürrens) riskinin olması, renal skar geliştirmesi, dolayısıyla hipertansiyon, proteinüri, gebelikle ilişkili komplikasyonlar ve böbrek yetmezliğine sebep olması nedeniyle önemlidir.

İYE geçiren çocuklar İYE için hazırlayıcı ve risk faktörleri yönünden sorgulanmalıdır.

İYE'de Hazırlayıcı Faktörler/Risk Faktörleri

- İlk İYE'nin 6 ayın altında olması
- VUR (Vezikoureteral Reflü) varlığı
- Disfonksiyonel işeme/DES (Disfonksiyonel Eliminasyon Sendromu)
- Mesaneyi tam boşaltamama
- Konstipasyon
- Böbrek, üreter, mesanenin yapısal anomalisinin olması

İYE'li çocukların tedavi ve izlemindeki hedefler:

1. Hızlı ve doğru tanı, dolayısıyla erken ve doğru tedavi ile skar gelişme riskini azaltmak,
2. Tekrarları önlemek için koruyucu tedavi (proflaksi) ve anatomik anormalliklerin tesbitine yönelik görüntüleme yapmak olmalıdır.

Tanı

İYE, özellikle küçük bebeklerde özgül olmayan semptom ve bulgulardan dolayı akla gelmezse gözden kaçabilir. Bunun yanısıra büyük çocuklar karın ağrısı, idrar kaçırma ya da idrar tutma, kötü kokulu, ağrılı idrar yapma gibi daha özgül belirtilerle başvurabilirler.

Bebek ve çocuklarda İYE başvuru semptom ve bulguları (NICE, 2007).

Yaş grubu		Semptom ve bulgular		
		En sık	En az	En az
3 ay altındaki bebekler		Ateş, kusma Letarji, iritabilite	Kötü beslenme Büyüme geriliği	Karın ağrısı, sarılık Hematüri, kötü idrar
3 ay ve üstü bebekler	Konuşamayan (<24 ay)	Ateş	Karın ağrısı, kusma Karında hassasiyet Karın ağrısı İdrar tutma	Letarji, iritabilite Hematüri, kötü idrar Büyüme geriliği
	Konuşan (>24 ay)	Sık İdrar Dizüri	Disfonksiyon işeme Karında hassasiyet Karın ağrısı İdrar tutma	Ateş, kusma Hematüri, kötü idrar Halsizlik Bulanık idrar

Buna göre 38°C'nin üzerinde açıklanamayan ateşli bebekler ve İYE semptom ve bulguları olan çocukların idrarları incelenmelidir.

İdrar örneklerinin elde edilmesinde her yaş grubu için en geçerli idrar toplama yöntemi kullanılmalıdır.

İdrar toplama yöntemleri

- Temiz idrar örneği alma: Orta akım idrarı, ped, torba
- Üretral kateterizasyon veya suprapubik aspirasyon (SPA) ile: SPA, USG klavuzluğunda önerilir (özellikle küçük çocuklarda problem)

İdrar örneği alınamıyorsa İYE kuvvetle muhtemelse tedavi geciktirilmemelidir.

Bunun yanı sıra ateşli bebeklerde alternatif tanılar ekarte edilmemeli, düşünülmelidir. Yüksek ateş ve pyürinin muhtemel sebebi olarak respiratuvar viruslar PCR'la araştırılmalıdır.

AAP-2011 Klavuzu kaynağı belirlenemeyen ateşli 2-24 aylık bebeklerde düşük İYE olasılığı, idrarda LE (-), nitrit (-) durumda tetkiksiz izlem önerirken, 24-48 saatten uzun süren 39°C'nin üstünde ateş ve erkek bebeklerde sünnetsiz olma gibi risk grubundaki bebeklere antimikrobiyal tedavi başlamadan önce tam idrar tetkiki (TİT) ve kültür, ya da öncelikle TİT, TİT İYE düşündürüyorsa kültür önermektedir.

Hızlı idrar testlerinin duyarlılığı ve özgüllüğü

	WBC	Gram	LE	Nitrit	LE veya Nitrit	LE ve Nitrit
Duyarlılık	% 74	% 91	% 79	% 49	% 88	% 45
Özgüllük	% 86	% 96	% 87	% 98	% 79	% 98

- İdrar testleri yalancı negatif sonuç verebilir.
- Klinisyeni desteklemezse klinik kriterler kullanılmalıdır.

Nitrit testi özellikle bakterüürinin belirlenmesinde oldukça özgül (%98) olmasına karşın nitratın nitrite çevrilmesi için mesanede 4 saat kalması gerektiğinden küçük bebeklerde duyarlılığı düşüktür.

Lökosit esteraz (LE) testinin klinik olarak İYE düşünüldüğünde duyarlılığı yüksek (% 94), özgüllüğü düşüktür (% 62-92). Streptokok enfeksiyonu, Kawasaki hastalığı, ağır ekzersiz sonrası, ateş, dehidratasyon, vajinal ve prepusyal bulaş durumlarında da pyüri görülebilir. Gerçek ateşli İYE'li çocuklarda pyürisiz İYE nadirdir. Ancak inflamatuvar cevap oluşmadan önce pyürinin olmayacağı unutulmamalıdır. İdrar testleri yanlış negatif sonuç verebilir. Klinisyeni desteklemezse klinik kriterler kullanılmalıdır.

Kültür pozitifliğinin eşik değeri 100,000 cfu/ml'den 50.000 cfu/ml'ye düşürülmüştür. Kültür endikasyonları aşağıda görülmektedir

Kültür endikasyonları

- APN/üst İYE'si olan bebek ve çocuklar
- Ciddi hastalık için orta-yüksek riskli çocuklar

- 3 yaş altı çocuklar
- LE veya Nitritten biri pozitif olanlar
- RİYE'li bebek ve çocuklar
- 24-48 saatte tedaviye cevap vermeyenler
- Klinik semptomları dipstikle korele olmayanlar

Tedavi

Hastanın yaşına, enfeksiyonun lokalizasyonuna (sistit, pyelonefrit), başvuru bulguları şiddetine, lokal antibiyotik direncine göre planlanmalıdır.

Üç ayın altındaki bebekler, ürosepsis, bakteriyemisi olan, ağızdan alamayan, ayakta takibi uygun olmayan (tedaviye uyumsuz) ve ayakta tedaviye (48-72 saat) yanıtı olmayan bebekler hastaneye yatırılmalıdır.

İngiliz klavuzuna (NICE-2007) göre akut İYE tedavisi ve ateşli İYE'de ampirik antimikrobiyal tedavi aşağıda verilmiştir.

Akut İYE tedavisi, NICE-2007

0-3 aylık bebekler

pediatriste refere edilmeli

48-72 saat parenteral tedavi, ardından ateş düştükten sonra 7-14 gün oral tedavi

>3 ay APN / Üst İYE

Pediatriste refere etmeyi değerlendir.

7-10 gün oral antibiyotik

Oral alamıyorsa 2-4 gün IV, ardından 7-10 gün oral tedavi

>3 ay alt İYE (sistit)

Oral antibiyotik 3 gün

24-48 saat sonra değerlendirilir. Semptomlar devam ediyorsa, alternatif tanı yoksa, kültür alınmadıysa alınmalı

Febril İYE'de ampirik antimikrobiyal tedavi

Oral tedavi	Parenteral Tedavi
Amoxicillin 30-50 mg/kg/g, 2-3 doz	Ampicilline-sulbactam 100 mg/kg/g, 4 doz i.v
Amox.-Clavulanic asid 20-40 mg/kg/g, 2-3 doz	Cefotaxime 100-150mg/kg/g, 3-4 doz, i.v
Cephalexin 50-100 mg/kg/g, 3-4 doz	Ceftriaxone 50-75 mg/kg/g, 1-2 doz i.v/i.m
Cefuroxime axetil 20-30 mg/kg/g, 2 doz	Gentamicine 5-7,5 mg/kg/g, 1-3 doz i.v/i.m
Cefixim 8 mg/kg/g, 1-2 doz	Tobramycine 5 mg/kg/g, 1-3 doz i.v/i.m
Ciprofloxacin 10-20 mg/kg/g, 2 doz	Amikacin 15 mg/kg/g, 1-3 doz i.v/i.m
Nitrofurantoin 5-7 mg/kg/g, 3-4 doz	
TMP-SMX 6-8 mg/kg/g, 2 doz	

Önerilen tedavi süresi akut pyelonefritte (APN) 7-10-14 gün, sistitde 2-4 gündür.

Tedaviye cevap 48-72 saatte değerlendirilmelidir. Cevapsızlık durumunda abse, taş, obstrüksiyon akla gelmeli, antibiyotik seçimi gözden geçirilmelidir.

Aynı şekilde anatomik defektli, genitoüriner cerrahi sonrası, rekürren İYE (RİYE) ve antibiyotik tedavisi alan çocuklarda non-E.Coli enfeksiyonlar (psödomonas, grup B streptokok, S. aureus, S. epidermitis) düşünülmeli, antibiyotikler ona göre seçilmelidir. Antibiyotik tedavisinde hatırlanması gerekenler aşağıda sıralanmıştır.

Antibiyotik tedavisinde hatırlanması gerekenler

- Oral tedavi parenteral tedavi kadar etkindir.
- Aminoglikozidler tek doz verilebilir.
- Antibiyotik tedavisi i.v. mümkün değilse, i.m.verilebilir.
- Yüksek riskli, skarlı ve genitoüriner sistem anomalili çocuklar
- Başlangıçta parenteral tedavi edilmeli.
- Antibiyotik profilaksisi kısa olmalı, ilk yaklaşım olmamalı.
- Profilaksi alırken enfeksiyon gelişmişse aynı antibiyotik verilmemeli.
- Asemptomatik bakteriüri tedavi edilmemeli.
- Rezistan patojenler için laboratuvar monitörize edilmeli.

RİYE'nin önlenmesi

Rekürrenslerin önlenmesi genel önlemler (kabızlık, hijyen, tuvalet eğitimi, VUR varlığı, mesaneyi tam boşaltmama, böbrek-üreter-mesaneinin yapısal anomalisinin olması), disfonksiyonel eliminasyon sendromu (DES)'na yönelik eğitim ve ilaç tedavisi, ilaçla profliktik tedavi ya da cerrahi tedavi ile mümkündür.

Bugün klavuzlar ilk ateşli İYE sonrası rutin profilaksi önermemektedir. Ancak yüksek riskli (küçük çocuklar ve renal trakt anomalili) veya RİYE'li çocuklara işeme grafisi (VSUG) çekilene kadar profilaksi önerilmektedir. Aynı şekilde sünnet de ilk İYE'de önerilmemekte, RİYE'de değerlendirilebileceği belirtilmektedir.

İYE'de hızlı tanı, erken ve doğru tedavinin yanısıra görüntüleme ile değerlendirme de rekürrenslerin ve uzun süreli komplikasyonların önlenmesi bakımından önemlidir.

AAP ve İtalyan klavuzu ilk ateşli İYE sonrası bütün çocuklara üriner USG önerirken, İngiliz klavuzu 6 ayın altındaki çocuklara ve atipik İYE'li ve RİYE'li büyük çocuklara üriner USG öneriyor.

İlk İYE sonrası VSUG istenmemelidir. Ancak USG'de anormallik olduğunda, atipik İYE ve/veya RİYE'li çocuklarda istenmelidir.

Yönerge 19 (Y19)

Gelişimsel Kalça Displazisi

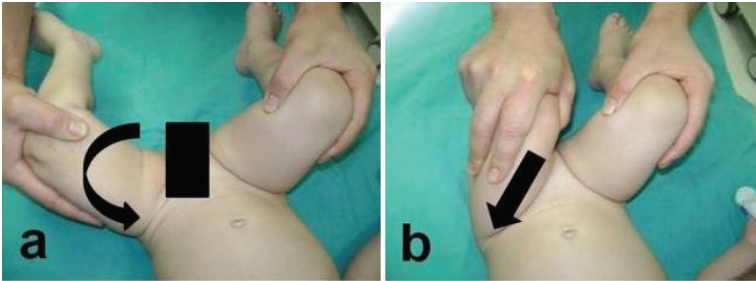
Gelişimsel kalça displazisi (GKD), kalçayı oluşturan yapıların intrauterin oluşumları sırasında ya da çeşitli nedenlerle sonradan yapısal bozulma gösterdiği dinamik bir hastalıktır. Hastalık dinamik bir gelişim göstermekte ve çocuk büyürken çeşitli etkenlerin varlığında kendiliğinden düzelebilmekte ya da daha az olasılıkla kötüleşebilmektedir. GKD terimi hastalığın bilinen tüm şekillerini (tam çıkık, tam olmayan çıkık –sublüksasyon-, displazi) içerir.

Gelişimsel Kalça Displazisinde önemli risk faktörleri

ÖYKÜDE	KALÇA MUAYENESİNDE
<ul style="list-style-type: none">• GKD li kardeş• GKD li anne, baba, dede, nine, teyze, hala, amca, dayı, kuzen• İlk doğan kız bebek• Çoğul gebelik• Amniyon sıvısı anormallikleri• Makat duruş• Kundaklama	<ul style="list-style-type: none">• Uyluk ya da kasık katlantılarında asimetri (önden ve arkadan bakılarak)• Kalça abduksiyonunda kısıtlılık – diz ve kalçalar arasında 90 derece bükükken (fleksiyonda) 70 dereceden az açılma ya da iki kalça açılmaları arasında fark olması• Kalçalar ve dizler bükükken (fleksiyonda) diz seviyelerinin farklı oluşu• Ortolani bulgusu (kalçaların yerine konulabilirliği)• Barlow bulgusu (kalçaların çıkarılabilirliği)
GENEL MUAYENE	
<ul style="list-style-type: none">• Doğumsal tortikollis• Ayağın şekil bozuklukları• Bacaklar arası uzunluk farkı	

Klinik Bakı

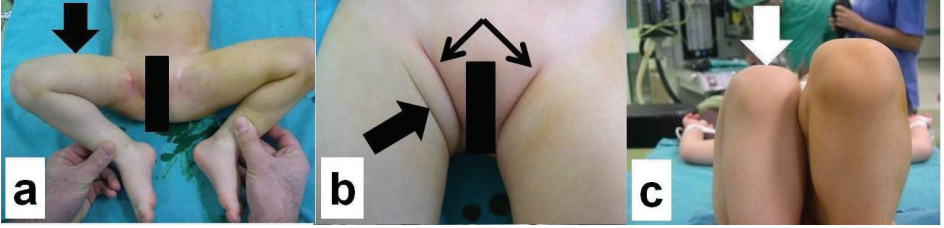
Yenidoğan döneminde Ortolani ve Barlow testleri önemlidir. Her iki test de başparmaklar uyluk inferomedialinde, ikinci ve üçüncü parmaklar büyük trokanter üzerinde, kalçalar ve dizler 90 derece fleksiyundayken ve kalçaların bakışı tek tek yapılır. Ortolani testinde kalça 90 derece fleksiyundayken, abduksiyona alınırken kalçanın bir engelden atlayarak yerine girmesi ikinci ve üçüncü parmak uçlarıyla hissedilir (Şekil 1a). Barlow testinde bakışı yapılan tarafta kalça fleksiyonu azaltılıp adduksiyona alınırken arkaya doğru nazikçe itilir ve asetabulumdan arkaya doğru çıkıp çıkmadığı ikinci ve üçüncü parmak uçlarıyla hissedilir (Şekil 1b). Yaklaşık 100 bebekten 5'inde klinik ve/veya ultrasonografik olarak instabilite saptandığı ancak bunların yaklaşık %90'ının 6.hafta civarında kendiliğinden düzeldiği bildirilmiştir. Bu da bize neden konjenital kalça çıkığı yerine GKD teriminin kullanıldığını kanıtlamaktadır.



a) Ortolani testi

b) Barlow testi

Abduksiyon kısıtlılığı oldukça güvenilir bir bakı yöntemidir ve özellikle tek taraflı GKD olgularında oldukça özgündür (Şekil 2a). Bir başka fizik bakı yöntemi uyluk ve kasık pililerinde asimetri olup olmadığına bakılmasıdır (Şekil 2b). Galeazzi (Allis) belirtisi hasta sırtüstü yatarken, kalça ve dizler fleksiyonda dururken karşıdan bakıldığında dizlerin yüksekliği arasında eşitsizlik olması ve çıkık taraftaki dizin daha aşağıda olmasıdır (Şekil 2c). Ancak, iki taraflı çıkıklarda abduksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi ya da Galeazzi belirtisi yanıltıcı olabilir.



a) Abduksiyon kısıtlılığı

b) Pili asimetrisi

c) Galeazzi bulgusu.

Son çalışmalar GKD'li çocuklarda yürümede gecikme olmadığını göstermiştir. Yürüyen çocukta tek taraflı çıkıkta, etkilenen taraf kısadır ve parmak ucunda yürüme mevcuttur, gövde karşı tarafa doğru devrilir (Trendelenburg yürüyüşü). Çıkık tarafta ayağının üzerinde durunca yine çıkık taraftaki abduktör grubu kasların göreceli zayıflığına bağlı olarak pelvis karşı tarafa doğru devrilir (Trendelenburg bulgusu). Yürüyen çocukta iki taraflı çıkıkta iki taraflı Trendelenburg yürüyüşü (ördekvari yürüyüş) ve artmış lomber lordoz vardır. Tedavi edilmeyen ya da tedavi sonrası komplikasyon gelişen olgularda ileri dönemlerde kalça ağrısı ve işlevlerinde bozulma görülebilir.

GKD'li Bebekte Belli Başlı Klinik Bakı Bulguları

Ortolani bulgusu
 Barlow bulgusu
 Abdüksiyon kısıtlılığı*
 Kasık ve uyluk katlantılarında asimetri*
 Bacak uzunluk farkı*

*iki taraflı çıkıklarda yanıltıcı olabilir

Yönerge 20a (Y20a)

Çocuk ihmali ve istismarına ilişkin risk etmenleri

I. Gözlem ve öyküde ihmal/istismar düşünmeyi gerektiren riskler:

- Hekime / sağlık kurumuna başvurmada belirgin bir gecikme olması
- Benzer yakınmalar ile birden fazla hekime/sağlık kurumuna başvurulması, çocuğun hastane hastane gezdirilmesi
- Ebeveynlerin tepkilerinin yaralanmaların türü ve şiddeti ile uyumlu olmaması
- Şüpheli travma öyküsünün birden fazla olması
- Tutarsız öykü:
 - Önemli yaralar için herhangi bir açıklama yapılamaması, yetersiz ya da uygun olmayan açıklamalar yapılması
 - Olay ile ilgili öykünün anlatımdan anlatıma değişmesi
 - Farklı kişiler tarafından anlatılan Yaralanmaların çocuğun kendisi, çocuğun kardeşi ya da diğer üçüncü şahıs tarafından meydana getirilmiş olduğunun iddia edilmesi
- Anne, baba ve bakıcıların çocuğa karşı düşmanca davranışları, bazen de aşırı sevecen davranması
- Görüşmede çocuğun anne babayı suçlaması ya da anne babanın belirgin bir şekilde savunulması (öğretilmiş tutum)
- Kaza mekanizması ile çocuğun yaşı ve mevcut gelişim düzeyinin uyumsuz olması

II. Çocuğa ilişkin riskler:

- İstenmeyen bir gebelik sonucu doğan bebekler,
- Düşük doğum ağırlığı ve premature bebekler
- Zor mizaçlı bebekler (gazlı, az uyuyan, çok ağlayan bebek, inatçı ve sert mizaç)
- Çocuğun yaşı (okul öncesi çocuklar istismara daha açıktır)
- Fiziksel ya da zihinsel bozukluklar nedeniyle özel bakıma gereksinim duyulması
- Süregen tıbbi hastalık

III. Aileye ilişkin riskler:

- Düşük özdeğerlilik,
- Dürtü kontrol bozukluğu,
- Madde ya da alkol bağımlılığı,
- Genç anne baba,
- Çocukluğunda istismara uğramış ebeveyn,
- Depresyon, anksiyete ya da diğer zihinsel ve ruhsal hastalıklar,
- Çocuğun gelişimi konusunda bilgi yetersizliği ya da çocuktan gerçekçi olmayan beklentiler
- Normal çocuk davranışlarının ebeveynler tarafından olumsuz olarak algılanması
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Ebeveyn kaybı, parçalanmış aile,
- Evlilik sorunları, aile içi çatışma

IV. Toplumsal riskler:

- Cinsiyet ayrımcılığı: Bazı toplumlarda kız çocuklarının sağlık, eğitim olanakları erkek çocuklara göre daha fazla ihmal edilmektedir. Bazı toplumlarda da kız çocukları eğitim hakları verilmemesi yanı sıra evde küçük kardeşlerine bakma ya da ev işlerine yardım etmek zorunda kalmaktadır.
- Sosyal izolasyon
- İşsizlik

Yönerge 20b (Y20b)

Fizik muayenede istismarı düşündüren bulgular

1. Fiziksel istismarı düşündüren bulgular

- Bir yaşın altında bebeklerde motor yeteneklerine uymayan yaralar
- İleri sürülen kaza ile yara arasındaki orantısızlık
- Bir yaşın altındakilerde kırık
- Simetrik lezyonlar
- Farklı yaşta ekimozlar
- Çoklu ve spiral kırıklar
- Korunaklı bölgelerde yaranma
- İki taraflı gözaltı ekimozu
- Bir şekle benzeyen yaralar
- Ağız yaraları
- Subkonjonktival kanamalar
- Yassı kemik kırıkları
- Metafiz kırıkları
- Eldiven çorap tarzı yanık

2. Cinsel istismarı düşündüren bulgular

- Genital veya perianal bölgede irritasyon ve/veya inflamasyon
- Açıklanamayan tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları
- Genital travmayı gösteren akut bulgular (kanama, laserasyon, ekimoz gibi)
- Himen ve/veya anüs dilatasyonu
- Himende yapışıklık, sineşi veya düzensizlik
- Himen, anüs veya vajinada skar oluşumu
- Ağız, vajina ya da anüste semen bulunması
- Cinsel yolla geçen hastalık bulgusu

Dikkat!! Sağlık mesleği mensupları bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşması durumunda **TCK'nın 280. Maddesine** göre durumu yetkili makamlara (kolluk kuvvetleri ve cumhuriyet savcılığı) bildirmekle yükümlüdür.

Yönerge 21 (Y21)

Diş sağlığı

Bebeklerin dişleri ilk 6. aydan itibaren alt ön kesici dişlerle başlar ve 24-30. aylar arasında 10 adet üst çenede 10 adet alt çenede 20 adet süt dişi tamamlanır. Erken çocukluk dönemi çürüğü (EÇÇ) riski tükürük sekresyonu ve tamponlama kapasitesi azalma yoluyla ya da mine hipoplazisi yoluyla artabilmektedir. Demir eksikliği anemisi, düşük doğum ağırlığı, bronşial astım, diyabet, ilaçlar (antihistamikler, benzodiazepinler, antiemetikler, ekspektoranlar, anti spazmodikler) gibi duurmlar tükürük sekresyonu ve tamponlama kapasitesi azalma yoluyla EÇÇ riskini arttırabilmektedir. Düşük doğum ağırlığı, sistemik Enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar (rikets), kalıtsal bozukluklar, beslenme bozuklukları gibi durumlar da mine hipoplazisi yoluyla EÇÇ riskini arttırmaktadır.

Çocuğu izleyen hekim her gelişte çocuğun dişlerini de kontrol ederek şüpheli bir durumda bu yaşı beklemeden veya olanak olan en kısa sürede çocuğu bir diş hekimine yönlendirmelidir.

3-4-6 Ay İzlemleri

- Dişlerin sürme zamanı kapsamında tükürük bezlerinin gelişimi denk geldiğinden sekresyon artışı diş sürme zamanına bağlanmasa da, bu dönemde tükürük akışında artış, diş etlerinde kaşıntı, hafif gripal enfeksiyon belirtileri görülebileceğinden, vücut direncini yükseltmek için beslenmesine dikkat edilmesini önerin.
- Anne sütü ile beslenmeyen bebeklerde erken çocukluk dönemi çürüğü daha sık görülebileceğinden ağız temizliğinin önemini anlatın. Süt dişlerinde erken çocukluk dönemi çürüğünün (biberon çürüğü) oluşmaması için beslenme sonrasında özellikle de gece uyutmadan önce gazlı bez veya bir tülbent parçasını anne parmağına sararak dişlerin üzerine silerek temizlemelidir.
- Gece sık uyanan çocukların uyuması için sık emzirme veya biberonla besleme, ya da gece boyunca biberonla emzirmek, tatlandırılmış emzik kullanımı, tatlı yiyecek ve içeceklerin sık aralıklarla verilmesi, biberonla verilen asitli meyve suları erken dönem çürüklerine neden olacağını anlatın.
- Bebeği oyalamak için eline şekerli içecek konmuş biberon verilmesinin çürük riskini arttıracağını hatırlatın. İlk süt dişlerinin çıkması ile birlikte her beslenmeden sonra bebeğin mevcut dişleri bir gazlı bez parçası ile temizlenmeli. Akşam temizliği son beslenmesinden sonra tam yatma vaktinde yapıldığı takdirde etkilidir. Eğer dişler günde bir kez temizlenecekse bunun için en kritik zaman dilimi budur.
- Diş temizliğinin nasıl yapılacağı 6. ayda bebek getirildiğinde anneye gösterin. Dişler kaynatılmış suya batırılmış gazlı bez ile temizleyin. Diş temizliğinin ilk 12 ayda bebeğin rutin işlemleri arasına girmesini sağlayın.
- Demir preparatları asitli içeceklerle birlikte alındığında kahverengi boyanma meydana geleceğinden, portakal suyu gibi asitli içecekler yerine su ile verilmesini önerin.
- Aileleri kendi ağız ve diş bakımlarını sağlamalarının önemini vurgulayın. Anne/babanın ağız sağlıkları ile ilgili sorun varsa ksilitollü sakız kullanmalarını önerebilirsiniz. Bebekleri ile ortak çatal/kaşık, bardak ve diş fırçası kullanmamaları gerektiğini, bebeğin emziğini ağızlarına alarak temizlememelerini, sabun ve su ile temizlemeleri gerektiğini vurgulayın.

6-9-12 Ay İzlemleri

- Çocukta dişlerin sürme dönemidir, buna bağlı olarak yüzde kızarıklık, salya artışı, hafif ateş gözlenebileceğini anne-babaya hatırlatın. Ayrıca dişlerin çıkacağı bölgede kızarma, şişlik, kaşıntı hissine bağlı huzursuzluk olabileceğini anlatın. Bu durumda temiz bir parmakla yapılan masajın veya bu amaçla üretilen diş kaşıyıcıların da bebeği rahatlatılabileceğini açıklayın.
- 6 aylıkta 2alt kesici, 9 aylıkta 4 (2 alt 2 üst) kesiciler, 12 aylıkta 8 (alt 4, üst 4) kesici diş mevcut olacaktır, bu tarihlerdeki sapmaların önemi olmayacağını aileye hatırlatın. Dişlerin çıkma zamanı değişken olmakla birlikte 12-18. aya kadar dişlerin çıkmaması rikets, hipotiroidi şüphesi uyandırmalıdır.
- Diş temizliğinin anne-baba tarafından aynı yöntemle temizlenmeye devam edilmesini kontrol edin, bir yaşı itibariyle bebek diş fırçası ve diş hekimiyle tanıştırmalarını sağlayın. Süren dişler sabah ve akşam beslenme sonrası temiz ıslak tülbentle silinerek temizlemesini hatırlatın, küçük boy diş fırçası kullanarak 1 yaşından itibaren çıkan dişlerin fırçalanmasını önerin.
- Bebeklerin 6. aydan itibaren bardak ve kaşıkla beslenmesi gerektiğini hatırlatın. Bir yaşından itibaren parmak emme, yalancı emzik gibi alışkanlıkları değerlendirilerek, aileleri alışkanlıkların değiştirilmesi konusunda bilinçlendirin. Parmak emme alışkanlığı varsa emziğe çevrilmesini, emziğin bal, pekmez, reçel gibi tatlılara asla batırılmamasını hatırlatın.
- Bebeğin yürümeye başlama döneminde olabilecek kazalara karşı uyarın.

13-36 Ay İzlemleri

- Bu yaş gurubunda alt ve üst çenede ilk azı ve köpek dişleri, son olarak da ikinci azı dişleri çıkararak ağızdaki 20 diş tamamlanır. Dişlerin sürmesi sırasında iştahsızlık, ateş, kilo kaybı, kusma, diare gibi belirtilerin ortaya çıktığı iddia edilse de bu bulguların rastlantısal ortaya çıktığı ancak çocukta lokal olarak kaşıntı ve ağrı nedeniyle iştahsızlık, ağlama ve uykusuzlukla gelişen genel direnç kaybı olabileceğini anlatın. Bunun için topikal anestezipler ve dişlikler önerin. Çok huzursuzsa antihistaminikler önerin.
- Dişler sürdükten sonra beslenme ile diş çürüğü arasındaki ilişki şekerli gıdaların fazla tüketilmesi ile ağızda kalma süresine bağlıdır. Bu yaş gurubunda çürüğün en önemli nedeni biberon kullanımı ve gece beslenmesine bağlı yaygın erken dönem çürükleridir. Özellikle gece beslenmesi sırasında tükürük akışının azalması nedeniyle dişler fizyolojik olarak yıkanamamakta ve diş çürüğü oluşumunu hızlandırdığını belirtin. Ayrıca içecekler konusunda da aile uyarılmalıdır.
- Biberon kullanımı devam ediyorsa mutlaka sonunda su verilmesini önerin. Biberon ve yabancı cisim emme alışkanlığı devam ederse çenelerde kalıcı ortodontik anomalilere yol açabileceğini anlatın.
- Dişlerin macunsuz olarak sabah akşam anne-baba tarafından fırçalanmasını anlatın, sağlıklı dişler için bunun önemini vurgulayın. Çürük varsa fluorlu çocuk diş macunları kullanılmasını diş hekimlerinin önerisiyle sağlayın.
- Süt dişlerini ilgilendiren travmalarda mutlaka diş hekimine yönlendirin.
- Süt dişlerinin sürekli dişler yerine gelene kadar korunmasının önemini anlatın. Öncelikle besinlerin çiğnenmesinde çocuğun büyüme ve gelişimi için gereklidir. Süt dişlerinin erken

kaybı çocuklarda kalıcı konuşma bozukluklarına neden olur. Çocukta estetik kaygıların yanı sıra sosyal ilişkilerini de etkileyecek psikolojik problemler de ortaya çıkarır. Süt dişinin kaybı kaçınılmaz ise alttaki diş sürene kadar yerinin korunması için diş hekimine yönlendirin.

4-6 yaş izlemleri

- Bu yaş çocuğunda kapsamlı bir diş hekimi muayenesi gereklidir.
- Ağızda 20 adet diş mevcuttur. Çürük tespiti varsa annenin uyarılması ve dişlerin dolgularının yapılması sağlanır
- Fluorlu diş macunu (mercimek büyüklüğünde) kullanarak dişleri anne-baba kontrolünde fırçalttırın, 8 yaşına kadar bu davranışın böyle devam etmesi gerektiğini anlatın.
- Süt dişleri tedavi edilmez ise erken kayıplara bağlı ortodontik problemler, tedavi edilmeyen dişlerin abselerine bağlı sürekli dişlerde mine hipoplazileri, çocukta fonksiyon, fonetik ve psikolojik bozukluklar oluşacağını tekrar anlatın. Diş çürüklerinde de bulunan boğaz enfeksiyonunu oluşturan bakterilerin tedavisinin etkisiz kalması sonucu romatizmal rahatsızlıkların, kalp hastalıklarının gelişebileceğini tekrarlayın.
- Emzik, parmak emme gibi kötü alışkanlıkların giderilmesinin gerekliliğini tekrarlayın.
- Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde mümkünse yerine yerleştirilerek, yerleştirilemediğinde soğuk süt içine koyularak en kısa sürede diş hekimine götürülmesini sağlayın.
- Çiğ meyve sebze tüketiminin artırılması, hazır asitli yiyeceklerin içirilmemesi(süt dişi bir bardak kolanın içine atıldığında 1 saat içinde erimektedir) gerektiğini hatırlatın. Peynir ve süt ürünlerinin dişlerin gelişimi için elzem gıdalar olduğunu tekrarlayın. Öğün aralarında şekerli gıdalardan kaçınılmasını, eğer vazgeçilemiyorsa akabinde su içirilmesini veya su ile çalkalanmasını önerin.
- 6 yaşında sürekli dişlerinden ilk büyük azılar sürer. 6 Yaş dişleri ağzın ilk temel sürekli dişidir, süt dişleriyle karıştırılmaması, koruyuculuk açısından fissür örtücü uygulanması için diş hekimine yönlendirilmesini sağlayın.

Yönerge 22 (Y22)

Bebek ve küçük çocuk beslenmesi

- Anne sütü her bebek için en doğal besindir. İlk 6 ay tek başına başka hiçbir besin ya da içecek (su, ayran, çay, meyve suyu, hazır mama ya da inek sütü gibi) olmaksızın anne sütü verilmelidir. Bununla birlikte 6. aydan sonra anne sütünün yanı sıra tamamlayıcı besinlerin verilmeğe başlanması gereklidir.
- Bebeğin büyüme ve gelişmesi izlenerek yeterli büyüme ve gelişmesini sağladığından ve sağlıklı olduğundan emin olduktan sonra, hangi besinin, ne miktarda ve ne sıklıkta verileceği belirlenmelidir. Anne sütü, bebeğin doğumdan bir yaşına kadar olan dönemi boyunca temel besindir ve önemi 2 yaş ve ötesine kadar sürer. Anne sütü diğer besinlerde bulunmayan, çok önemli hastalıkları önleyici doğal koruyucu (anti-infektif) maddeleri sağlamayı sürdürür.
- Aşağıdaki liste bebek ve küçük çocuk beslenmesi ile ilgili temel ilkeleri hatırlatmaktadır. Bu ilkelerin önemi ile ilgili açıklamaları kitapçığın ilerleyen bölümlerinde bulabilirsiniz.
 - Bebekler, ilk 6 ay su dahil başka hiçbir yiyecek ya da içecek (ayran, çay, meyve suyu, hazır mama ya da inek sütü vb.) olmaksızın sadece anne sütü ile beslenmelidir. Anne sütü bebeğin sağlıklı büyümesi için gerekli olan tüm enerji ve besin ögesi gereksinimlerini karşılar. Ayrıca ishal ve diğer enfeksiyonlara karşı doğal koruyucu (anti-infektif) maddeler içerir.
 - Bebekler, ilk 6 ay her istediğinde, sayılarla sınırlanmadan gece ve gündüz emzirilmelidir. Bebek günde en az 8 kez emzirilmelidir.
 - İlk 6 aylık dönem boyunca anneye eğer bebeğinin yeterli kilo almadığını ya da sütünün yeterli olmadığını düşünüyorsa, evine en yakın Aile Hekimliği Birimi/Merkezi gibi sağlık kuruluşlarına başvurabileceği ve buralardan ücretsiz danışmanlık alabileceği belirtilmelidir.
 - Emzirme 2 yaşına ve sonrasında kadar sürdürülmelidir.
 - 6. aydan sonra tamamlayıcı besinlere başlandığında da bebek sık sık (yani bebek her istediğinde) emzirilmelidir. 6.-8. aylar arası tamamlayıcı besinlerle tanışma dönemidir.
 - 6.aydan sonra bebeklere tamamlayıcı besin olarak;
 - Enerji ve besin ögesi açısından zengin,
 - Temiz ve güvenli,
 - Evde bulunan,
 - Yerel olarak bulunması, satın alınması ve hazırlanması kolay besinler verilmelidir
 - Tamamlayıcı besinlere 6.ayda bir çay kaşığı miktarı ile başlanmalı, giderek miktarı ve çeşidi arttırılmalıdır.
 - Tamamlayıcı besine geçiş tek çeşit besinle başlanmalı, yeni besine geçiş en az 3 (üç) gün arayla olmalıdır.
 - Tamamlayıcı beslenmeye yoğurt, meyve (elma, şeftali vb) ve sebze püreleri (havuç, kabak, patates vb) ile başlanması uygundur.

- 6-12 aylık dönemde de bebek her istediğinde emzirmeli, emzirmenin yanında yeterli miktarda besleyici tamamlayıcı besinlerden (eğer bebek anne sütü alıyorsa günde 3 kez, eğer bebek anne sütü almıyor ise günde 6 kez) verilmelidir.
- 1 yaşına kadar çocuklara bal verilmemelidir.
- 12 ay-2 yaş döneminde yine bebek her istediğinde emzirmeye devam edilmeli, günde 5 kez, her seferde 1 su bardağı ve/veya 1 kase olmak üzere, yemeklerden (baharatsız, az tuzlu ve az yağlı) verilmelidir.
- Bebeğin beslendiği her bir öğünde aktif olarak yemesi sağlanmalıdır.
- Bebeği beslemede kullanılan tüm malzemelerin temiz olmasına dikkat edilmelidir.
- Besinler hazırlanmadan ve yedirilmeden önce eller mutlaka yıkanmalıdır.
- Blender vb araçlar kullanılmamalı, besinler çatalla ezilerek ya da cam rende ile hazırlanmalıdır.
- Tamamlayıcı besinleri bebeğe verirken kaşık ya da bardakla besleme yöntemi kullanılmalı, asla biberon kullanılmamalıdır.
- Hazırlanan tamamlayıcı besinler az miktarda ve öğünlük hazırlanmalıdır. Eğer buzdolabında muhafaza edilemeyecekse 2 saat içinde tüketilmelidir.
- Bebek hastalığı süresince ve sonrasında, normalden daha fazla emzirmeli ve öğün sayısı arttırılmalıdır.
- Hastalıktan sonra, bebek her öğününde mümkün olduğunca çok beslenmesi için teşvik edilmeli (desteklenmeli), kaybettiği ağırlığı kazanana ya da yeterli büyümeyi sağlayana kadar bu böyle devam etmelidir.
- Yeterli ve dengeli beslenmenin en iyi göstergesi ağırlık kazanımının yani büyümenin izlenmesidir. Büyüme eğrileri ile bebeğin ağırlık kazanımı izlenmelidir.

Bebek beslenmesinde konserve ürünlerin, hazır gıdaların, çay, bitki çayları, cola gibi gazlı içeceklerin ve hazır meyve sularının yeri yoktur.

Tamamlayıcı beslenme hakkında ayrıntılı bilgi için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Emzirme Danışmanlığı Uygulayıcı Kitabı'na bakılabilir.

Yönerge 23 (Y23)

Beslenme sorununun tanısı

Beslenme sorunu düşünülen hastanın ailesine sorulması gereken sorular şunlardır:

- Yemeye başlarken nasıl davranır? İştah kaybı var mı?
- Siz onu yedirmeye başlarken neler hissedersiniz?
- Sonra ne olur? Ne kadar sürer? Nerede oturur?
- Bazen bebekler yemezse anneler o kadar sıkılabilir ki bir yolunu bulup zorla yedirirler, sizin de bazen zorladığınız oluyor mu? Nasıl?
- Öğün bittiğinde ne hissedersiniz, çocuğunuz ne hisseder?
- Yakın zamanda (son iki günde) çocuğunuz neler yedi, miktarları ile anlatır mısınız?
- Anne sütü almakta mıydı, nasıl?
- Kusması ve ishali oldu mu? Ne kadar sürdü? İshali ne şekildedeydi (sıklık, kıvamı, miktarı)?
- Süregen bir öksürüğü var mı (özellikle tüberküloz/ kronik solunum sistemi hastalığı açısından)?
- Tüberkülozlu bir kişi ile teması var mı?
- Bu hafta içinde kızamık geçirmiş bir kişi ile teması oldu mu?

Muayene: Büyümenin izlenmesinde yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy tablolarından yararlanılmaktadır. Bu tablolarda en önemli nokta çocukların kendi eğrilerini belli bir büyüme eğrisine paralel olarak izlemeleridir. Özellikle ilk 12 aydaki büyüme beslenmeden çok etkilenir. Çocuğun kendi büyüme eğrisi genelde standart eğriye paralel gitmelidir. Eğer çocuğun eğrisi düzleşirse ya da aşağı doğru inmeye başlarsa beslenme iyi gitmiyor demektir, o zaman bazı incelemeler yapılmalı, beslenme bozukluğuna ait bulgular açısından çocuk değerlendirilmelidir. İki ay arayla yapılan iki ölçüm arasında iki majör persantilden fazla düşüş hekimi beslenme sorununu araştırmaya yönlendirmelidir. Ağır beslenme bozukluğu olan hastalar en yakın yataklı tedavi merkezine sevk edilmelidir. Ayaktan tedavi edilecek hastaların enerji açıklarının kapatılması ile ilgili besin ve ek tedavi önerileri için başka kaynaklardan yararlanılmalıdır.

Beslenme bozukluğu düşünülen çocuğun muayenesinde dikkat edilmesi gereken bulgular:

- Dehidratasyon ve şok bulguları
- Fokal enfeksiyon bulguları (otit, farenjit, dermatit, pnömoni)
- Ateş ya da hipotermi
- Deri bulguları (hipo veya hiperpigmentasyon, deskuamasyon, ülserasyon, sıklıkla kandida enfeksiyonu ile birlikte olan yanık benzeri eksudatif lezyonlar)

Beslenme sorununun çözümü

Aile desteği, aile-çocuk etkileşimi, uyaranlar ve duygusal destek:

- Ailenin kaygıları hafifletilmelidir. Aile tarafından zor anlaşılan zor uygulanan diyetler beslenme sorununu yineler. Bir aile ne denli kaygı içinde yemek yedirse çocuk o denli zor yiyebilir, yememek için inat edebilir. Yemeğin tüm aile için eğlenceli geçmesi gereklidir. Sonuçta yemek yemenin yeniden doğal bir dürtü olması amaçlanır. Aile ortak kaptan yemek yiyorsa beslenme sorunu olan çocuğun (gerçekte her çocuğun) farklı kaptan yemesi sağlanmalıdır. Aileye tüm çocukların ayrı kaptan yemesinin beslenme sorununu önlemede

temel ilkelerden biri olduğu anlatılmalıdır. Ortak kap yönteminde çocukların ne kadar yediği anlaşılmaz.

- Beslenme sorunu olan çocukların annelerinin çocuklarına daha az sözel uyarı, daha az tepki, temas ve duyuşsal uyarı verdikleri, çocuğun işaretlerine daha az duyarlı oldukları, onlarla daha az oyun oynadıkları gösterilmiştir. Benzer şekilde beslenme bozukluğu olan çocuklar, annelerine daha az uygun sinyal gönderebilmekte, annenin daha az dikkatini çekeabilmekte ve daha az birliktelik istemektedirler. Ağır malnutrisyonu olan her çocukta davranışlarda, duygusal ve bilişsel gelişimde gecikmeler vardır. Yapılan çalışmalar beslenme bozukluğu olan çocuklara beslenme tedavisine ek olarak gelişimsel desteğin verildiği programlarda gerek büyüme gerekse ilerdeki bilişsel gelişim ile ilgili sonuçların daha iyi olduğunu çarpıcı biçimde göstermektedir. Burada aile ile kurulan işbirliği en temel adımdır. Aileyi suçlayıcı olmaktan kaçınılmalı, çocuklarını neredeyse ölüme götürecek bir açlık ortamını daha önce önleyememeleri nedeniyle duydukları suçlanma duyusu artırılmamalı, bununla baş etmelerine yardımcı olunmalıdır. Öykü yargısız alınmalı ve gerekirse yeme-yedirme ilişkisi gözlenmelidir. Yeme-yedirme ilişkisine yaklaşımda en önemli adım bu ilişkideki olumlu özelliklerin ve ailenin güçlü yanlarının farkedilerek aileyle konuşulması, zorlanılan noktaların aile tarafından farkedilmesinin ve paylaşılmasının sağlanması, bulunan çözümlerin desteklenmesidir.
- Ailenin bebeği hayatta tutma istekleri önemle değerlendirilmeli ve yaptıkları tüm olumlu girişimler desteklenmelidir. Anneye çocuğun besine, şefkatli bakıma (yatıştırma, besleme, yıkama sırasında), birlikteliğe, uygun uyaranlara ve oyuna aynı oranda gereksinim duyduğu aktarılmalıdır. Oyunların, konuşmanın ve uyaranların çocuğun iştahını artırdığı aileye anlatılmalıdır.
- Rehabilitasyon döneminde beslenme bozukluğu olan çocuk çevresindeki erişkinler ve çocuklar ile etkileşim içinde olmalıdır. Anneye evde yapabileceği basit oyuncaklar ve bunlarla çocuğunun oynamasına yardımcı olma yöntemleri öğretilmeli ve etkileşim hemen başlamalıdır. Anne-çocuk etkileşimi malnutrisyonun tedavisi için zorunludur. Çocuk hiçbir koşulda (özellikle hastaneye yatırma gibi travmatik dönemlerde) bağlandığı, temel bakım ve şefkatli uyaran veren kişiden ayrılmamalıdır.

Beslenme sorununun tedavisi

- Büyümenin ve kilo artışının izlenmesi,
- Beslenme öyküsü,
- Yeme-yedirme ilişkisinin öyküsü ve gözleminde düzelme,
- Uygun beslenmenin düzenlenmesi,
- Anne sütünün sürdürülmesi,
- Zorlanmanın bırakılması,
- Esnek süre ve miktarda yeme,
- Parmak mamaları, kalori ve protein artırıcılar: Peynir, makarna, , yumurta, zeytin, yoğurt, patates,
- Doğru beslenme yöntemleri, besin değeri yüksek gıdaların kullanımı, oyun ve uyaranın sağlanması için aile desteklenmeli ve uygun aralıklarla, kaybedilmeden izlenmelidir.
- Bir kez beslenme bozukluğundan geçen bir çocuğun tekrar malnutrisyona girebileceği unutulmamalıdır.

Yeme-yedirme ilişkisini destekleyen beslenme danışmanlığı ilkeleri

Beslenme danışmanlığı ilkeleri	Yeme-yedirme ilişkisini, beslenmeyi zorlayan tutum	Yeme-yedirme ilişkisini, beslenmeyi destekleyen tutum
Anne sütünü anneyi kutlayarak mutlak destekler	İlk altı ay anne sütü dışında hiçbir gıda vermemeyin, sadece sizi emsin, bu onu sağlıklı tutacak	Çok güzel, ona çok güzel bakıyorsunuz ve bebeğinizi emziriyorsunuz. İlk altı ay anne sütü dışında hiçbir gıda vermemeyin, sadece sizi emsin, bu onu sağlıklı tutacak
Ailenin o güne kadar verdiği beslenmeyi över	"İlk altı ay anne sütü demiştik."	"Bu güne kadar yalnızca anne sütü verdiniz. Sizi kutlarım, bunu çok güzel başardınız. Sanırım ek gıdalara geçişiniz de bu denli rahat olacak."
Aile ile ortaklık oluşturur	"Artık ek gıdalara geçmelisiniz."	"Ek gıdalara ne zaman başlamayı düşünüyorsunuz?"
Ailenin kaygılarını öğrenir ve saygıyla karşılar	"Hayır işe de başlasanız asla altı aydan önce ağzına başka birşey girmesin, sütünüzü sağın"	"Altıncı ayda işe başlayacağımızı söylemekteyiz ve kaygılısınız. Ek gıdalara iki hafta kadar erken başlamayı düşünüyorsunuz."
Çocuğun gelişimini bilir ve bunu beslenme önerilerinde kullanır, esnek olmayan yemek tariflerini benimsemez	"Şimdi artık şu söylediklerimi yemeli: Sabah kahvaltısında bir kibrit kurtusu peynir, bir tatlı kaşığı pekmez, ile iki bisküviyi süt ile sulandırıp bulamaç şeklinde verir"	"Bu dönem hassas bir dönem hem sizden ayrılacak hem de ek gıdaya başlayacak, her ikisini birden reddedebilir. Aman onu zorlamayalım. Bir bebekle inatlaşsak biz kaybederiz. Hala sütünüz yeterli, bu ay ona yemeği sevdirmeyi amaçlayın. Ona sadece seveceği şeyleri sevdiği kadar verin. Örneğin sizce neler yedirebilirsiniz?"
Ailenin beslenmeyi olumsuz etkileyecek tutumlarını bulur, anılar, olumlu yaklaşımları öne çıkararak destekler, olumsuzları önler.	"Asla yemek sularından vermeyin, ona yararlı değil. Size verdiğim tariften sebze çorbası hazırlayın."	"Bugüne kadar hep beslenmesini iyi düşündünüz. Yemek sularının ona yararlı olduğunu düşünüyorsunuz. Belki bu sayede ekmeğe lezzetlendiği için yiyecektir. Ama yediği sadece ekmeğe olacak, yemek sularında pek az besinin kaldığını bilirsiniz. Ona besleyici sebze çorbaları yapmaya ne dersiniz? Örneğin bir sebze çorbasına besleyici neler katmayı düşünüyorsunuz? Ama ağzına hep pürüklü birşeyler veririz ki baştan alışsın."
Bebeğin bağımsızlık çabaları için aileyi hazırlar.	Bu dönemde günde bir kase yoğurdu ihmal etmeyin.	Artık bağımsızlık dönemine geçiyor. Eline vermeniz, kendisini beslemesi çok önemli. Bu dönemde yoğurt, çorba gibi kaşık mamalarından bıkışmış olabilir. Yoğurt yerine peyniri, çorbalar yerine haşlanmış sebzeleri kemirmesini ellerini kullanarak kendini beslenmesini destekleyin. Ona katış esnek ve saygılı olmalıyız.
Yeme-yedirme ilişkisini her görüşmede değerlendirir.	Kilosu boyu iyi. Bu aydan sonra artık yumurtaya başlayın. Haftada üç yumurta yemeli.	Bebeğinizin yemesi, yedirmeniz sırasında ilişkiniz nasıl gidiyor? Zorlandığınız oluyor mu?
Her görüşmede ailenin olumlu besleme biçimini kutlar, büyüme ile ilgili bilgiyi aile ile paylaşıp, zaman zaman yemede ve büyümede duraklamalar olacağını aileye hatırlatır.		Onu ne güzel büyütüyorsunuz, bakın büyüme eğrisine ne güzel kilo almış! Her zaman bu hızda gitmeyebilir. Ama onu hiç zorlamazsanız yemeğe katış soğumaz, hep istekli kalır.

Yönerge 24 (Y24)

Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi

Çocukların hastalıklardan korunması, aşılınması kadar gelişimlerinin desteklenmesi, olası risklerin erken dönemde tespiti ve yönlendirilmesi de bir o kadar önemlidir. Çocukluk çağı gelişimsel bozukluklardan olan otizm spektrum bozukluğu (OSB); belirtileri yaşamın ilk 3 yılında ortaya çıkan, sosyal - iletişimsel alanda belirgin yetersizlikler, tekrarlayıcı davranışlar ve sınırlı ilgi alanları ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur. Otizm, ne kadar erken yaşta tanınır ve uygun bir şekilde yönlendirilirse, tedavisinde o kadar olumlu sonuçlar alınan bir bozukluktur. Söz konusu belirtiler 12 aydan önce de gözlemlenebileceği gibi genellikle 18-24. aylarda pek çok belirtiyi görmek mümkündür. Buradan hareketle risklerin erken dönemde tespiti için her çocuk 18. ay, 24. ay ve 3 yaşta mutlaka otizm spektrum bozukluğu yönünden değerlendirilmelidir.

Gelişimsel bozukluk risklerini tespit edebilmek için normal gelişimi bilmek önemlidir.

1 ay	Göz kontağı, sosyal gülümseme
3-4 ay	Kucağa alınmaya tepki
5-6 ay	Agulama
6 ay	Yüz şekli taklidi
8-9 ay	Ayrılma kaygısı, yabancı kaygısı, heceler
9 ay	Taklide dayalı beceriler
11-12 ay	Anlamli ilk kelime
12 ay	Ortak dikkat, yaşta ilgi,
2-3 yaş	Karşılıklı etkileşim
2 yaş	2 kelimeli cümle
3 yaş	Senaryolu oyun (evcilik, aşçılık, doktorculuk vb.)
4 yaş	Başkalarının duygularını anlama

Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirme Faktörleri

- İsmi söylendiğinde bakıyor mu? Evet Hayır
- Göz teması kuruyor mu? Evet Hayır
- Parmağınızla işaret ettiğiniz bir nesneye bakıyor mu? Evet Hayır
- Tekrarlayıcı davranışları var mı? (zıplama, kanat çırpma vb.) Evet Hayır
- Konuşmasında gecikme var mı? Evet Hayır

(12. aydan itibaren tek kelimedenden oluşan anlamli ifade, 24. aydan itibaren 2 kelimedenden oluşan cümle kurması beklenir.)

- Yukarıda yer alan 5 madde çerçevesinde çocuk otizm spektrum bozukluğu yönünden değerlendirilir.
- Ailelerden alınan bilgiler "evet/hayır", "yapıyor/yapamıyor" şeklinde sorgulandığında ailenin olumlu yanıtı verme olasılığı yüksektir bu yüzden değerlendirmeler aile hekimî tarafından yapılmalıdır.
- Değerlendirme cevaplarından en az birinin **koyu renkte olması** risk tespit edildiğini gösterir. Böyle bir durumda çocuğun en kısa sürede ayrıntılı değerlendirme için uzmana yönlendirilmesi gerekmektedir. (AŞ23)

- Yönlendirme yaparken aileye yaklaşım oldukça önemlidir. “Çocuğunuzda otizm olduğundan şüpheleniyorum” veya “çocuğunuz otizm belirtileri gösteriyor” gibi yaklaşımlar aileye çocuğun nerede gecikmesi olduğunu ya da ne yapması gerektiği konusunda rehber olmak yerine aileyi savunmaya, kabullenmemeye sürükler ve **işbirliğinin gecikmesine neden olur.**
- “Çocuğunuzun gelişiminde bir takım gecikmeler olduğunu düşünüyorum bunun için vakit kaybetmeden bir çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanının görmesini öneriyorum” denilerek mevcut iş akışı dahilinde yönlendirme yapılmalıdır.

Yönerge 25 (Y25)

Çocuklarda hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı ölçmenin önemi

Çocuklarda % 1-3 oranında görülen kan basıncı yüksekliği, erişkin dönemdeki hipertansiyon, kalp ve beyin hastalıkları ve böbrek yetmezliği gelişimi için risk faktörüdür. Çocuklarda hipertansiyon sıklıkla, böbrek hastalıkları başta olmak üzere, ikincil nedenlerle meydana gelmektedir. Hipertansiyona neden olan bu hastalıkların erken tanı ve tedavisi için de çocuklarda kan basıncı değerlendirilmesi önemlidir. Günümüzde ergenlerde birincil (esansiyel) hipertansiyon sıklığında da, artan obezite sıklığı ile paralel, % 5 oranına varan artış görülmektedir.

Çocuklarda kan basıncı ne zaman ölçülmelidir?

1. **3 yaş ve üzerindeki çocuklarda, yılda bir kez** olmak üzere kan basıncının düzenli olarak ölçülmesi önerilmektedir.
2. Erken veya düşük doğum kilolu olma ve/veya yenidoğan bakım ünitesinde yatış öyküsü, kan basıncını yükseltebilecek ilaç alımı, antihipertansif ilaç kullanımı, kafa içi basınç artımı ve hipertansiyon yapabilecek diyabet, hiperlipidemi, obezite, doğumsal kalp hastalığı, yineleyen idrar yolu enfeksiyonu, böbrek hastalığı veya anomalisi, organ nakli, malinite gibi kronik hastalığı ve birinci derece yakınlarında hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık öyküsü olan 0-18 yaş arası tüm çocukların her muayenesinde kan basıncı da ölçülmelidir.

Çocuklarda kan basıncı ölçüm yöntemi

1. **Havali kan basıncı aleti ile dinleme** (oskültasyon) yöntemi ile ölçüm idealdir.
2. Otomatik aletlerle salınım (osilasyon) yöntemi ile yüksek kan basıncı saptandığında dinleme yöntemi ile de yinelenerek doğrulanmalıdır.
3. Yenidoğan ve küçük bebeklerde otomatik ölçüm yapan aletler gerekli olabilir.
4. Çocuğa uygun boyutta manşon (iç lastik) seçilmelidir. Manşon kol çevresinin %80-100'ünü kaplamalı, eni üst kolun orta nokta çevresinin % 40'ı kadar olmalıdır.
5. Ölçüm yapılmadan önce çocuk en az 5 dakika istirahat etmiş olmalıdır.
6. Kan basıncı ölçümü çocuk otururken veya mümkün değilse yatarken, kalp hizasında desteklenmiş olan sağ koldan yapılmalıdır.
7. Brakiyal arter üzerinde duyulan ilk ses (Korotkoff 1) sistolik, seslerin kaybolduğu an da (Korotkoff 5) diyastolik kan basıncı olarak tanımlanmaktadır.
8. Ölçüm **en iki kez tekrarlanmalı** ve tüm ölçümlerin ortalaması olan değer kaydedilmelidir.

Çocuklarda kan basıncı ölçümünün değerlendirilmesi

1. Çocuklarda ölçülen kan basıncının **cins, yaş ve boya** göre hazırlanmış kan basıncı tablosuna (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents 2004) bakılarak değerlendirilmesi önerilmektedir (Tablo 1 ve 2).
2. Sistolik ve/veya diyastolik kan basıncının <90 yüzdalik dilimde bulunması **normal**,
≥ 90- <95 yüzdalikte (ve her yaş için >120/80mmHg) olması **prehipertansiyon**
>95-<99 yüzdalik + 5mmHg olması **evre 1 hipertansiyon**,
>99 yüzdalik + 5mmHg olması **evre 2 hipertansiyon** olarak değerlendirilir.

Kan basıncı ölçülen çocuğun izlemi

Kan basıncı ölçülen sağlıklı bir çocuğun izleminin aşağıda açıklandığı gibi yapılması önerilmektedir.

Yeterince istirahat edip sakinleştiğinden emin olarak ölçtüğünüz halde kan basıncı yüksek saptanan çocuklar için AŞ24’de belirtilenleri yeniden gözden geçirmek yararlı olacaktır.

Çocuklarda hipertansiyonun derecelendirilmesine göre ölçüm sıklığı ve tedavi önerileri

Kan basıncı evresi	Kan basıncı ölçüm sıklığı	Tedavi	Daha sonraki izlemler
Normal (< 90 y)	Bir sonraki fizik muayenede (sağlıklı çocuklarda 1 yıl sonra) kontrol edin	Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam tarzı önerilir	Yılda bir olağan ölçüm tekrarları
Prehipertansiyon (≥ 90 - <95 y) (ve her yaş için >120/80 mmHg)	6 ay içinde tekrar kontrol edin	Aşırı kilo varsa diyet, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	Prehipertansiyon devam ediyorsa ve şişmanlık ve patolojik durumlar varsa ayırıcı tanı ve hedef organ incelemeleri
Evre1 hipertansiyon (>95 - <99 y + 5 mmHg)	1-2 hafta içinde veya belirtiler varsa daha kısa sürede kontrol edin	Aşırı kilo varsa diyet, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	İki ölçümde daha yükseklik sürüyorsa ayırıcı tanı ve hedef organ için ileri tetkikleri yapın ve veya ilgili bölüme yönlendirin Belirtiler ve hedef organ tutuluşu ve ikincil hipertansiyon tanısı varsa ve ilaçsız tedaviye yanıt alınamıyorsa ilaç başlanır
Evre2 hipertansiyon (>99 y + 5 mmHg)	Bir hafta içinde veya belirti varsa acilen etiyoloji ve hedef organlar yönünden değerlendirin ve veya ilgili uzmana gönderin	Aşırı kilo varsa diyet, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü Kilosu normal ise ve gerekirse ilaç tedavisine başlanabilir	Altta yatan hastalık ve belirtilere göre yakın izlem ve gerekli tedaviler yapılır

y: yüzdellik

Yönerge 25 (Y25)- devam

Kız çocuklar için yaş ve boya göre kan basıncı değerleri

Yaş (yıl)	KB Percentili	Sistolik Kan Basıncı, mm Hg							Diyastolik Kan Basıncı, mm Hg						
		Boy Percentili							Boy Percentili						
		5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
1	50.	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90.	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95.	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99.	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50.	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90.	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95.	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99.	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50.	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90.	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95.	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99.	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50.	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90.	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95.	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99.	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50.	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90.	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95.	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99.	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50.	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90.	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95.	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99.	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50.	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90.	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95.	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99.	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50.	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90.	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95.	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99.	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50.	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90.	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95.	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99.	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

Kız çocuklar için yaş ve boya göre kan basıncı değerleri-*devam*

Yaş (yıl)	KB Percentili	Sistolik Kan Basıncı, mm Hg							Diyastolik Kan Basıncı, mm Hg						
		Boy Percentili							Boy Percentili						
		5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
10	50.	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90.	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95.	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99.	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50.	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90.	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95.	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99.	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50.	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90.	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95.	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99.	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50.	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90.	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95.	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99.	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50.	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90.	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95.	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99.	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50.	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90.	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95.	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99.	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50.	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90.	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95.	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99.	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50.	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90.	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95.	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99.	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Yönerge 25 (Y25)- devam

Erkek çocuklar için yaş ve boya göre kan basıncı değerleri

Yaş (yıl)	KB Percentili	Sistolik Kan Basıncı, mm Hg								Diyastolik Kan Basıncı, mm Hg							
		Boy Percentili								Boy Percentili							
		5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.		
1	50.	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39		
	90.	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54		
	95.	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58		
	99.	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66		
2	50.	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44		
	90.	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59		
	95.	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63		
	99.	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71		
3	50.	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48		
	90.	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63		
	95.	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67		
	99.	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75		
4	50.	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52		
	90.	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67		
	95.	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71		
	99.	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79		
5	50.	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55		
	90.	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70		
	95.	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74		
	99.	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82		
6	50.	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57		
	90.	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72		
	95.	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76		
	99.	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84		
7	50.	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59		
	90.	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74		
	95.	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78		
	99.	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86		
8	50.	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61		
	90.	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76		
	95.	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80		
	99.	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88		
9	50.	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62		
	90.	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77		
	95.	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81		
	99.	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89		

Erkek çocuklar için yaş ve boya göre kan basıncı değerleri

Yaş (yıl)	KB Percentili	Sistolik Kan Basıncı, mm Hg							Diyastolik Kan Basıncı, mm Hg						
		Boy Percentili							Boy Percentili						
		5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
10	50.	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90.	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95.	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99.	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50.	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90.	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95.	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99.	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50.	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90.	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95.	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99.	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50.	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90.	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95.	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99.	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50.	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90.	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95.	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99.	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50.	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90.	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95.	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99.	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50.	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90.	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95.	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99.	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50.	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90.	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95.	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99.	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Yönerge 26 (Y26)

Hiperlipidemi

Erişkinlerde görülen aterosklerozun çocukluk döneminde başladığı bilinmektedir. İki yaş ve üzerindeki sağlıklı çocuklarda aterosklerozun önlenmesi için beslenme önerileri:

- İki yaşın altındaki çocuklarda yüksek enerji gereksinimleri nedeniyle herhangi bir diyet veya kolesterol kısıtlaması yapılmamalıdır.
- Bir yaş ve üzerindeki çocuklar uygun beslenme için her çeşit besin ögesinden yemelidir. İki yaşından itibaren yüksek yağlı besinlerin tüketilmesi tedrici olarak azaltılmalıdır. Beş yaşında iken çocuğun kalori ihtiyacında yağın yerinin %30'dan fazla olmaması sağlanmalıdır.
- Çocuklar yaşlarına uygun fiziksel aktivite yapmaları yönünde teşvik edilmelidir.
- Çocuklar sigara içmemeleri ve sigara içilen ortamda bulunmamaları konusunda uyarılmalıdır.

Tarama

Yüksek lipid düzeyleri olan çocuk ve adolesanların erken tanı ve tedavisi erken yaşta koroner kalp hastalığı gelişimini önleyebilir. Hiperlipidemi taramasının **iki yaşından itibaren risk altındaki tüm çocuklara uygulanması** önerilir.

Hiperlipidemi açısından risk altındaki çocuklar

- Anne, baba veya büyükanne, büyükbabalarında 55 yaş ve öncesinde geçirilen ve kesin tanısı konulan koroner ateroskleroz öyküsü olanlar
- Anne, baba veya büyükanne, büyükbabalarında 55 yaş ve öncesinde geçirilen miyokard enfarktüsü, anjina pektoris, periferik vasküler hastalık, serebrovasküler hastalık veya ani kardiyak ölüm öyküsü olanlar
- Anne veya babasında total kolesterol düzeyi 240 mg/dl ve üzerinde olanlar

Erken tanıya katkıda bulunabilen diğer risk faktörleri

- Erken yaşta koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık veya okluziv periferik vasküler hastalık açısından aile öyküsünün varlığı
- Sigara içmek
- Hipertansiyon
- Düşük HDL kolesterol düzeyi (<40 mg/dl)
- Obezite (Vücut kitle indeksinin 95. persentil ve üzerinde olması)
- Diabetes mellitus
- Fiziksel inaktivite

Tıbbi tarama:

- Hiperlipidemiyin sekonder nedenleri açısından değerlendirme ve tedavi
- Ailesel lipid hastalıkları ve hiperlipidemiyin klinik belirtileri açısından değerlendirme
- Risk faktörlerinin belirlenmesi ve izlemi
- Bütün aile üyelerinin taranması
- Diğer risk faktörlerinin düzenli olarak izlemi

Beslenme taraması

- Beslenme alışkanlıkları ile ilgili öykü alınması
- Üç günlük beslenme kaydının istenmesi
- Beslenme davranışlarının izlemi

Hiperlipidemi veya hiperlipoproteinemi kan lipid seviyelerindeki yükselme için kullanılan bir terimdir.

- Tablo 1’de hiperlipidemi açısından yüksek riskli çocuklar ve adolesanlar için kabul edilebilir, sınırda ve yüksek kolesterol düzeyleri değerleri bulunmaktadır.
- Tablo 1: Yüksek riskli çocuk ve adolesanlarda kolesterol düzeyleri

	Total kolesterol (mg/dl)	LDL kolesterol (mg/dl)
Kabul edilebilir	<170	<110
Sınırda	170-199	110-129
Yüksek	≥200	130

Laboratuvar analizi:

Kan lipid düzeylerinin izlemi (12 saatlik açlık sonrası lipoprotein analizi)

- LDL kolesterol 110 mg/dl altında ise beş yılda bir test yinelenir.
- LDL kolesterol 110-129 mg/dl arasında ise yılda bir yinelenir.
- LDL kolesterol 130 mg/dl ise hasta beslenme tedavisine alınır.

İlk tanıdan 1-2 ay sonra beslenme önerilerine rağmen lipid düzeylerinde düşme gözlenmiyorsa ailesel lipid hastalıklarının tanısı ve tedavisi açısından hasta uygun merkeze sevk edilir.

Yönerge 27 (Y27)

Tuvalet eğitimi

Çocukların kakaları ve çişleri geldiğini fark edip, tutarak tuvalete kadar ulaşmaları için belirli bir nörolojik ve duygusal gelişime ulaşmış olmaları gerekir. Rektum ve anüsün bu özellikleri kazanması en erken 18. ayda, mesane ve üretranın ise 24. ayda gerçekleşir. Kızlar tuvalet eğitimi erkeklere göre bir kaç ay daha erken başarabilirler. Bu nedenle bu yaşlardan önce tuvalet eğitimi için zorlanmaları yanlış olur. Ayrıca bu yaşlar çocuğun “anal dönem” olarak nitelenen kendi bedenine sahip çıkması, kendine ait hiç bir şeyi başkaları ile paylaşmaması, çevreden gelen uyarılara olumsuz yanıtlar vermesi ile belirgileşen bir yaş dönemidir. İkinci yaş birinci ergenlik dönemi diye de nitelendirilebilir. Genellikle bu yaş çocuk her şeye “hayır” deme eğiliminde, başına buyruk, “benim” sözcüğünü sık kullanan, kararlarını kendi vermek isteyen, dayatmacı biridir. Anne ve aile büyüklerinin “kakayı buraya yap” gibi önerilerini kendi yaşamına, bedenine, özgürlüğüne bir müdahale olarak görür. Bu gibi fizyolojik özellikleri dikkate alarak 2-2,5 yaşlar arasında tuvalet eğitimine başlanabilir. Tuvalet eğitimine başlama zamanı yeni bir kardeşin doğumuna, hastalık sırasına, aileden birinin ayrılmasına kısaca aile içi yeni ve alışılması gereken bir durumun varlığına rastlamamalıdır.

Çocuğun tuvalet eğitimine hazır olduğunu gösteren belirtiler nelerdir?

Tuvalet eğitimine başlamadan önce çocuğun buna hazır olduğunu gösteren işaretleri değerlendirmelidir. Hazır olmayan bir çocukta başarısızlığa uğrama olasılığı artar. Anne babaların ya da bakıcıların çocuğa ilgileri iyi ise bu belirtileri gözlemiş olabilirler. Çocuğun hazır olduğunu gösteren fiziksel, zihinsel ve ruhsal belirtiler vardır.

Fiziksel belirtiler: kuru kalkma, gün içinde 2 saatten uzun kuru kalma, ıslak bez sayısının azalması, düzenli barsak hareketlerinin varlığı, oturma, çömelme, yürüme gibi hareketleri rahatça yapabilme, pantolonunu giyebilme, ıslak ve kuru arasındaki ayrımı fark edebilme gibi yetenekleri kazanmış olduğuna ilişkin belirtilerdir.

Zihinsel belirtiler: Sıkıştığını ifade edebilme, söylenenleri yapabilme, kaka ya da çiş geldiğini fark etmedir.

Ruhsal belirtiler; aile bireylerini taklit etmeye hevesli olma, anne ve babasını memnun etmeye isteklilik, kakalı ya da ıslak beze katlanamama, 5-10 dakika tuvalette oturmaya razı olma, kendinden büyük çocukların nasıl kaka yaptığını merak etme gibi davranışların varlığıdır.

Anne babanın da çocuğa tuvalet eğitimi vermeye hazırlıklı olması gerekir. Ailenin uygun zamanı anlamayı istemesi, çocuğun hazır olup olmadığını algılayabilmesi, aile içi streslerin olmaması ve çocuğun bakımı ile ilgilenen diğer kişilerle konuyu konuşup bir uzlaşmaya varması gereklidir.

Tuvalet eğitimi nasıl yapılmalıdır?

Uygun zaman olduğuna karar verildikten sonra çocukla konu ile ilgili konuşmalar yapılmalıdır. Bu konuşmalar, büyükler nereye yapıyor, kuru kalma çok iyi bir şeydir gibi konuları içerebilir. Bezini değiştirirken yeniden bağlanmak istemediğinde lazımlık ya da tuvaleti kullanmaya teşvik edilebilir. Öykülerdeki kahramanların kakalarını neye yaptığına değinilebilir.

Çocuğun konuya istekli olduğu fark edildiğinde lazımlık almaya birlikte gidilebilir. Nasıl kullanıldığı zorlayıcı olmadan anlatılır. Lazımlık onun odasında durabilir kullanılacağı zaman banyoya götürülebilir. Lazımlık ya da tuvaleti kullanan başka çocukları fark etmesi sağlanabilir.

Başlangıç için günde 3 kez 5-10 dakika lazımlıkta oturtmak iyi olur. Yemekten 20-30 dakika sonrası gastro-kolik refleksin etkisi nedeniyle uygun zaman olabilir. Tekrar tekrar sabırla aynı teklif yapılmalı başarı gösterdiğinde ödüllendirilmelidir. Başlangıçta sonuca ulaşılmaya bile gidip tuvalette birkaç dakika oturması övülebilir. Beze yapılan kakalar “yeri burası” diye belirtilerek onunla birlikte tuvalete dökülebilir.

Sonuçta gerçekten uygun yere dışkılama gözleendiğinde ödüllendirilir. Alkışlama, başarı çıkartmaları, küçük armağanlar, birlikte ananeye telefon etme gibi ödüller verilebilir. Lazımlığı kullanamama, korkma ya da kazalar oluştuğunda asla utandırılmamalı, cezalandırılmamalıdır. Tuvalet eğitimi 6-8 ay alabilir. Yaz ayları gibi annenin daha rahat olduğu, bez olmadan dolaşma olanaklarının bulunduğu aylar daha uygundur. Ailelere bu süreçte gergin olmamaları, onun duygularını gözlemeye çalışmaları, konuya yoğunlaşmaları, her çocuğun farklı olabileceği bu nedenle esnek olmaları gerektiği anımsatılmalıdır.

Tuvalet eğitimi sırasında bazı güçlükler yaşanabilir. Çocuk tümüyle reddedebilir, hiç ilgilenmeyebilir, kabul edip bir süre oturur ama kakasını yapmaz sonra bezi bağları bağlanmaz yapabilir, acıdığını söyleyebilir, bazen önce bir kaç kez yapar sonra sürdürmeyi reddeder, bazen kakasını tutar günlerce yapmaz kabız olur. Eğitim sırasında ilişkiler bozulur, inatlaşma ortaya çıkarsa ısrar etmeksizin çocuğa hazır olacağı bir süre tanımak, kıskanma yaratmaksızın yaşitlerinin tuvalet eğitimi başarmış olduklarının farkına varmasını sağlamak yararlı olabilir. Aileye “derin bir soluk alıp, arkanıza yaslanın, kızmayın, düş kırıklığına uğramayın, tuvalet eğitimi başaramamış hiç kimse yoktur, bir süre sonra yine denersiniz, bu arada onu daha iyi tanımaya, başarısız olsa bile onu sevmeye ve sevginizi göstermeye devam ettiğinizi ona hissettirmeye çalışın” gibi önerilerle destek olmaya çalışılabilir. Kabızlık gelişmişse beslenme önerileri ve ilaçlarla destek olunabilir.

Tuvalet eğitimi almış çocuklarda da 4-5 yaşa dek kazalar olabilir. Stresli zamanlarda geri dönüşler olabilir. Bunların hoş görülmesi konusunda aileyi yöreklendirmek iyi olur.

Yönerge 28 (Y28)

Fizik aktivite rehberi

Yaş (yıl)	Fizik aktivite tipi	Aktivite süresi	Ekran kullanımı
<2	İt-çek oyunu (oyuncak bebek arabası sürme gibi), kutuları/minderleri üst üste koyma, koltuk/sandalyeye tırmanma, müzik eşliğinde dans, kâğıtları buruşturma, onları kutuya atma, baloncukları patlatmaya çalışma.		Bu yaş grubu için bilgisayar, televizyon vb. ekran etkinlikleri önerilmez.
2	Yakın çevrede yürüyüş, park veya bahçe oyunları, yuvarlanma, çocuk bowlingi.	Gün içine yayılacak şekilde, farklı şiddetlerde olmak üzere 180 dakikalık fiziksel aktivite yapılmalıdır. Bu aktiviteler; farklı iç ve dış ortam aktiviteleri, hareket yeteneklerini geliştiren aktiviteler ile en az 60 dakikalık enerji harcamayı gerektiren aktivitelere doğru ilerleyen aktiviteleri içermelidir.	Ekran (televizyon, bilgisayar vb.) karşısında tek seferde 20 dakika, gün içerisinde ise 1 saatten fazla vakit geçirmemelidir.
3	Koşma, atlama, zıplama gibi serbest açık alan oyunları, yaşa uygun oyuncaklarla oyun oynama, dans etme, bisiklete binme, topla oynanan oyunlar, su içi ve kum aktiviteleri, grup aktiviteleri, aile ve diğer çocuklarla oyun (Örneğin, benim yaptığım hareketi taklit et oyunu).		
4	Konsantrasyon ve denge oyunları (aldım-verdim oyunu gibi) köşe kapmaca, sek-sek, saklambaç, mendil kapmaca, engeller arasından hedefe ilerleme, top oyunları, balon ile dans, hayvan taklitleri, yakalamaca (midilli, tavşan kaç, kedi-fare gibi oyunlar)		
5-7	Sıçrama (ip atlama, çizgi oyunları), tutma ve yuvarlama oyunları (tırtıl yakan topu) ile buz pateni, jimnastik, kayak, atletizm, futbol, yüzme, judo sporlarını yapabilirler.	Hergün en az 60 dakika orta şiddetten yüksek şiddete doğru giden fiziksel aktiviteler tercih edilmelidir. Haftada en az 3 defa yüksek şiddetli aktivite yapılması önerilmelidir.	Ekran karşısında gün içerisinde toplam 2 saatten fazla zaman geçirilmesine izin verilmemelidir.
8-9	Halk oyunları, vurma yakalama oyunları, masa tenisi, kort tenisi, eskrim, boks, karate, taekwon-do, basketbol, voleybol, yoga.		Medya okuryazarı olması sağlanmalıdır.
10-11	Yoga, dans, yön bulma, günlük ve gün aşırı yürüyüşler, izcilik, kampçılık gibi doğa sporları		

Fiziksel Hareketsizlik: Çocuklarda uyku hariç aralıksız 1 saatten daha fazla oturularak zaman geçirilmesidir.

Fiziksel hareketsizliğin çocuklarda en önemli nedenleri, TV ve bilgisayar karşısında geçirilen zamanın günde aralıksız 1 saatten fazla olması ve düzenli fiziksel aktiviteye başlamak için istek eksikliğidir.

Fiziksel aktivite şu özellikleri taşımaktadır:

- Düzenli olmalı,
- Devamlı olmalı ve
- Uygun yoğunluk ve sürede gerçekleşmelidir.

Yönerge 29 (Y29)

Çocuk ve ergenlerde antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi

5-19 yaş grubu çocuk ve gençler için WHO-2007 Referans Değerleri yayınlanmıştır (www.who.int/childgrowth/en). 5-19 yaş grubu çocuk ve gençler için WHO-2007 referans değerleri 5-10 yaş için yaşa göre vücut ağırlığı, 5-19 yaş için yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre beden kitle indeksi değerleri takip eden sayfalarda verilmiştir. Yaşa göre vücut ağırlığı değerlerinin 5-10 yaş grubu için verilmesinin nedeni bu yaş grubunda büyüme atağındaki çocuklar arası farklılıktır. Bundan böyle WHO-2007 referans değerlerinin uluslararası kullanılması önerilmektedir.

Çocuk ve ergenlerde antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesine bireyin değerlendirilmesi için persentil değerlerinin, toplum değerlendirilmeleri için de özellikle Z-skor ve gerektiğinde persentil değerlerinin kullanılması önerilmektedir.

Ülkemizde ise; Bundak ve arkadaşları (2006) ve Neyzi ve arkadaşları (2006), 6-18 yaş grubu 1100 erkek ve 1019 kız çocuk ve adolesan için vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ değerlerini oluşturmuşlardır.

Beden Kitle İndeksi (BKİ) zayıflık ve şişmanlık durumunun saptanması amacıyla kullanılan pratik bir yöntemdir. Beden Kitle İndeksi (BKİ) tüm yaş grupları için kullanılır. Sporcularda kullanımı uygun değildir.

Beden kitle indeksinin hesaplanması:

- Ölçülen boy uzunluğu santimetreden metre cinsine çevrilir
- Kilogram cinsinden vücut ağırlığına bölünür.
- Standart değerlerle kıyaslanır.

Değerlendirme:

Beden kitle indeksi (BKİ)= Vücut ağırlığı (kg)/ Boy uzunluğu (m²)

5-19 yaş grubu WHO-2007 referans değerlerine göre değerlendirilir (Ek3).

19 yaş ve üzerindeki bireylerde ise BKİ hesaplanır ve aşağıdaki tabloya göre değerlendirilir.

19 Yaş ve Üzeri Bireylerde BEDEN KİTLE İNDEKSİ Değerleri (kg/m²)

BKİ değerleri (kg/m ²)	Sınıflama
<16,0	Ağır düzeyde zayıflık
≥16,0-<17,0	Orta düzeyde zayıflık
≥17,0-<18,5	Hafif düzeyde zayıflık
≥18,5-<24,9	Normal
≥25,0-<29,9	Kilolu, toplu, hafif şişman
≥30,0-<39,9	Şişman
≥40,0	Ağır düzeyde şişman

5-10 yaş - Yaşa Göre Ağırlık -Kız - WHO 2007

AY	Percentil (kg)										Z-skor (kg)									
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
66	14,0	14,8	15,2	16,0	16,5	17,4	19,1	21,2	22,4	23,3	24,7	25,7	27,7	12,9	14,6	16,6	19,1	22,2	26,2	31,3
72	14,6	15,5	16,0	16,8	17,4	18,3	20,2	22,4	23,7	24,6	26,2	27,3	29,5	13,5	15,3	17,5	20,2	23,5	27,8	33,4
78	15,3	16,3	16,8	17,6	18,2	19,2	21,2	23,6	25,0	26,1	27,8	28,9	31,4	14,1	16,0	18,3	21,2	24,9	29,6	35,8
84	16,1	17,0	17,6	18,5	19,2	20,2	22,4	24,9	26,5	27,6	29,5	30,8	33,5	14,8	16,8	19,3	22,4	26,3	31,4	38,3
90	16,9	17,9	18,5	19,5	20,2	21,3	23,6	26,4	28,1	29,3	31,3	32,8	35,7	15,5	17,6	20,3	23,6	27,9	33,5	41,1
96	17,8	18,9	19,5	20,6	21,3	22,5	25,0	28,0	29,8	31,2	33,4	34,9	38,2	16,3	18,6	21,4	25,0	29,7	35,8	44,1
102	18,8	20,0	20,6	21,8	22,6	23,8	26,6	29,8	31,8	33,3	35,7	37,4	40,9	17,2	19,6	22,7	26,6	31,6	38,3	47,5
108	19,8	21,1	21,8	23,0	23,9	25,3	28,2	31,7	33,9	35,5	38,1	40,0	43,9	18,1	20,8	24,0	28,2	33,6	41,0	51,1
114	21,0	22,3	23,1	24,4	25,3	26,8	30,0	33,8	36,1	37,9	40,7	42,7	47,1	19,2	22,0	25,5	30,0	35,9	43,8	55,0
120	22,2	23,7	24,5	25,9	26,9	28,5	31,9	35,9	38,5	40,4	43,5	45,7	50,4	20,3	23,3	27,0	31,9	38,2	46,9	59,2

5-10 yaş - Yaşa Göre Ağırlık -Erkek - WHO 2007

AY	Percentil (kg)										Z-skor (kg)									
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
66	14,4	15,3	15,7	16,4	17,0	17,8	19,4	21,2	22,3	23,0	24,2	25,1	26,7	13,3	15,0	17,0	19,4	22,2	25,5	29,4
72	15,2	16,1	16,6	17,4	17,9	18,8	20,5	22,5	23,6	24,5	25,8	26,7	28,5	14,1	15,9	18,0	20,5	23,5	27,1	31,5
78	16,1	17,0	17,5	18,3	18,9	19,8	21,7	23,8	25,0	25,9	27,4	28,3	30,3	14,9	16,8	19,0	21,7	24,9	28,9	33,7
84	17,0	17,9	18,4	19,3	19,9	20,9	22,9	25,2	26,5	27,5	29,1	30,1	32,3	15,7	17,7	20,0	22,9	26,4	30,7	36,1
90	17,8	18,8	19,4	20,3	21,0	22,0	24,1	26,6	28,1	29,1	30,8	32,0	34,4	16,5	18,6	21,1	24,1	27,9	32,6	38,7
96	18,7	19,8	20,4	21,3	22,0	23,1	25,4	28,1	29,7	30,9	32,7	34,0	36,7	17,3	19,5	22,1	25,4	29,5	34,7	41,5
102	19,6	20,7	21,3	22,4	23,1	24,3	26,7	29,6	31,4	32,7	34,7	36,2	39,2	18,1	20,4	23,2	26,7	31,2	37,0	44,7
108	20,4	21,6	22,3	23,4	24,2	25,4	28,1	31,3	33,2	34,6	36,9	38,6	42,0	18,8	21,3	24,3	28,1	33,0	39,4	48,2
114	21,3	22,6	23,3	24,5	25,3	26,7	29,6	33,0	35,2	36,7	39,3	41,1	45,0	19,6	22,2	25,5	29,6	34,9	42,1	52,1
120	22,2	23,6	24,4	25,6	26,6	28,0	31,2	34,9	37,3	39,0	41,9	43,9	48,3	20,4	23,2	26,7	31,2	37,0	45,0	56,4

5-19 yaş - Yaşa Göre Boy-Kız - WHO 2007

AY	Percentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
66	100,7	102,9	104,1	105,9	107,1	108,8	112,2	115,5	117,3	118,5	120,3	121,5	123,7	97,4	102,3	107,2	112,2	117,1	122,0	127,0
72	103,2	105,5	106,7	108,6	109,8	111,7	115,1	118,6	120,4	121,7	123,5	124,8	127,0	99,8	104,9	110,0	115,1	120,2	125,4	130,5
78	105,7	108,0	109,3	111,2	112,5	114,4	118,0	121,5	123,5	124,8	126,7	127,9	130,3	102,1	107,4	112,7	118,0	123,3	128,6	133,9
84	108,1	110,5	111,8	113,8	115,1	117,1	120,8	124,5	126,5	127,8	129,8	131,1	133,5	104,4	109,9	115,3	120,8	126,3	131,7	137,2
90	110,6	113,1	114,4	116,4	117,8	119,9	123,7	127,5	129,5	130,9	132,9	134,3	136,8	106,8	112,4	118,0	123,7	129,3	134,9	140,6
96	113,1	115,7	117,0	119,1	120,5	122,6	126,6	130,5	132,6	134,0	136,1	137,5	140,0	109,2	115,0	120,8	126,6	132,4	138,2	143,9
102	115,6	118,3	119,7	121,9	123,3	125,5	129,5	133,5	135,7	137,1	139,3	140,7	143,4	111,6	117,6	123,5	129,5	135,5	141,4	147,4
108	118,3	121,0	122,4	124,7	126,2	128,4	132,5	136,6	138,8	140,3	142,5	144,0	146,7	114,2	120,3	126,4	132,5	138,6	144,7	150,8
114	121,0	123,8	125,2	127,5	129,1	131,3	135,5	139,8	142,0	143,6	145,8	147,3	150,1	116,8	123,0	129,3	135,5	141,8	148,1	154,3
120	123,8	126,6	128,1	130,4	132,0	134,3	138,6	143,0	145,3	146,8	149,2	150,7	153,5	119,4	125,8	132,2	138,6	145,0	151,4	157,8
126	126,6	129,5	131,1	133,4	135,0	137,4	141,8	146,2	148,6	150,2	152,5	154,1	157,0	122,2	128,7	135,3	141,8	148,3	154,8	161,4
132	129,5	132,5	134,1	136,5	138,1	140,5	145,0	149,5	151,9	153,5	155,9	157,5	160,5	125,1	131,7	138,3	145,0	151,6	158,3	164,9
138	132,5	135,5	137,1	139,5	141,2	143,6	148,2	152,7	155,2	156,8	159,3	160,9	163,9	127,9	134,7	141,4	148,2	154,9	161,7	168,4
144	135,3	138,4	140,0	142,5	144,1	146,6	151,2	155,8	158,3	160,0	162,5	164,1	167,1	130,7	137,6	144,4	151,2	158,1	164,9	171,8
150	137,9	141,0	142,6	145,2	146,8	149,3	154,0	158,7	161,2	162,9	165,4	167,0	170,1	133,3	140,2	147,1	154,0	160,9	167,8	174,7
156	140,2	143,3	145,0	147,5	149,2	151,7	156,4	161,1	163,6	165,3	167,8	169,4	172,5	135,6	142,5	149,4	156,4	163,3	170,3	177,2
162	142,1	145,2	146,9	149,4	151,1	153,6	158,3	163,0	165,5	167,2	169,7	171,4	174,5	137,4	144,4	151,3	158,3	165,3	172,2	179,2
168	143,6	146,7	148,4	150,9	152,6	155,1	159,8	164,5	167,0	168,7	171,2	172,8	175,9	139,0	145,9	152,8	159,8	166,7	173,7	180,6
174	144,8	147,9	149,5	152,0	153,7	156,2	160,9	165,6	168,1	169,8	172,3	173,9	177,0	140,1	147,1	154,0	160,9	167,8	174,7	181,6
180	145,7	148,7	150,4	152,9	154,5	157,0	161,7	166,3	168,8	170,5	173,0	174,6	177,7	141,0	147,9	154,8	161,7	168,5	175,4	182,3
186	146,3	149,3	150,9	153,4	155,1	157,6	162,2	166,8	169,3	170,9	173,4	175,0	178,1	141,7	148,5	155,4	162,2	169,0	175,9	182,7
192	146,7	149,8	151,4	153,8	155,5	157,9	162,5	167,1	169,6	171,2	173,7	175,3	178,3	142,2	148,9	155,7	162,5	169,3	176,1	182,9
198	147,0	150,0	151,6	154,1	155,7	158,2	162,7	167,3	169,7	171,4	173,8	175,4	178,4	142,5	149,2	156,0	162,7	169,5	176,2	182,9
204	147,3	150,3	151,8	154,3	155,9	158,3	162,9	167,4	169,8	171,4	173,9	175,4	178,4	142,8	149,5	156,2	162,9	169,5	176,2	182,9
210	147,5	150,5	152,0	154,4	156,1	158,5	163,0	167,5	169,9	171,5	173,9	175,5	178,4	143,0	149,7	156,3	163,0	169,6	176,3	182,9
216	147,7	150,6	152,2	154,6	156,2	158,6	163,1	167,5	169,9	171,5	173,9	175,5	178,4	143,2	149,8	156,5	163,1	169,7	176,3	182,9
222	147,8	150,8	152,3	154,7	156,3	158,7	163,1	167,6	169,9	171,6	173,9	175,5	178,4	143,4	150,0	156,6	163,1	169,7	176,3	182,9
228	147,9	150,9	152,4	154,8	156,4	158,7	163,2	167,6	169,9	171,5	173,9	175,5	178,4	143,5	150,1	156,6	163,2	169,7	176,2	182,8

5-19 yaş - Yaşa Göre Boy Erkek - WHO 2007

AY	Percentil (cm)															Z-skor (cm)				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
66	101,9	104,0	105,1	106,8	108,0	109,7	112,9	116,1	117,8	119,0	120,7	121,8	124,0	98,7	103,4	108,2	112,9	117,7	122,4	127,1
72	104,5	106,7	107,8	109,6	110,8	112,6	116,0	119,3	121,1	122,3	124,1	125,2	127,4	101,2	106,1	111,0	116,0	120,9	125,8	130,7
78	107,0	109,3	110,5	112,3	113,6	115,4	118,9	122,3	124,2	125,4	127,3	128,5	130,7	103,6	108,7	113,8	118,9	124,0	129,1	134,2
84	109,4	111,8	113,0	114,8	116,3	118,2	121,7	125,3	127,2	128,5	130,4	131,7	134,0	105,9	111,2	116,4	121,7	127,0	132,3	137,6
90	111,8	114,3	115,5	117,5	118,9	120,8	124,5	128,2	130,2	131,5	133,5	134,8	137,3	108,1	113,6	119,1	124,5	130,0	135,5	140,9
96	114,1	116,6	118,0	120,0	121,4	123,5	127,3	131,1	133,1	134,5	136,6	137,9	140,4	110,3	116,0	121,6	127,3	132,9	138,6	144,2
102	116,4	119,0	120,3	122,5	123,9	126,0	129,9	133,9	136,0	137,4	139,5	140,9	143,5	112,4	118,3	124,1	129,9	135,8	141,6	147,4
108	118,6	121,3	122,7	124,9	126,3	128,5	132,6	136,6	138,8	140,3	142,5	143,9	146,6	114,5	120,5	126,6	132,6	138,6	144,6	150,6
114	120,8	123,5	125,0	127,2	128,8	131,0	135,2	139,4	141,6	143,1	145,4	146,8	149,6	116,6	122,8	129,0	135,2	141,4	147,6	153,8
120	123,0	125,8	127,3	129,6	131,2	133,5	137,8	142,1	144,4	145,9	148,3	149,8	152,6	118,7	125,0	131,4	137,8	144,2	150,5	156,9
126	125,2	128,1	129,6	132,0	133,6	136,0	140,4	144,8	147,2	148,8	151,2	152,7	155,6	120,7	127,3	133,8	140,4	146,9	153,5	160,1
132	127,5	130,5	132,0	134,5	136,1	138,6	143,1	147,7	150,1	151,7	154,2	155,8	158,8	122,9	129,7	136,4	143,1	149,8	156,6	163,3
138	129,9	133,0	134,6	137,1	138,8	141,3	146,0	150,6	153,1	154,8	157,4	159,0	162,1	125,3	132,2	139,1	146,0	152,9	159,8	166,7
144	132,6	135,8	137,4	140,0	141,7	144,3	149,1	153,9	156,4	158,2	160,7	162,4	165,6	127,8	134,9	142,0	149,1	156,2	163,3	170,3
150	135,6	138,8	140,5	143,1	144,9	147,5	152,4	157,3	160,0	161,7	164,4	166,1	169,3	130,7	137,9	145,2	152,4	159,7	167,0	174,2
156	138,8	142,1	143,8	146,5	148,3	151,0	156,0	161,1	163,7	165,6	168,3	170,0	173,3	133,8	141,2	148,6	156,0	163,5	170,9	178,3
162	142,1	145,4	147,2	150,0	151,8	154,6	159,7	164,8	167,5	169,4	172,2	173,9	177,3	137,0	144,5	152,1	159,7	167,3	174,8	182,4
168	145,3	148,7	150,5	153,3	155,2	158,0	163,2	168,4	171,2	173,0	175,8	177,6	181,1	140,1	147,8	155,5	163,2	170,9	178,6	186,3
174	148,2	151,7	153,5	156,4	158,3	161,1	166,3	171,5	174,4	176,3	179,1	180,9	184,4	143,0	150,8	158,5	166,3	174,1	181,8	189,6
180	150,8	154,3	156,1	159,0	160,9	163,7	169,0	174,2	177,0	179,0	181,8	183,6	187,1	145,5	153,4	161,2	169,0	176,8	184,6	192,4
186	153,0	156,5	158,3	161,1	163,1	165,9	171,1	176,4	179,2	181,1	184,0	185,8	189,3	147,7	155,5	163,3	171,1	178,9	186,8	194,6
192	154,8	158,3	160,1	162,9	164,8	167,7	172,9	178,1	181,0	182,9	185,7	187,5	191,0	149,6	157,4	165,1	172,9	180,7	188,4	196,2
198	156,3	159,7	161,5	164,3	166,2	169,0	174,2	179,4	182,2	184,1	186,9	188,7	192,2	151,1	158,8	166,5	174,2	181,9	189,7	197,4
204	157,4	160,8	162,6	165,4	167,2	170,0	175,2	180,3	183,1	185,0	187,7	189,5	192,9	152,2	159,9	167,5	175,2	182,8	190,4	198,1
210	158,2	161,5	163,3	166,1	167,9	170,7	175,8	180,9	183,6	185,5	188,2	190,0	193,4	153,1	160,6	168,2	175,8	183,3	190,9	198,4
216	158,8	162,1	163,9	166,6	168,4	171,1	176,1	181,2	183,9	185,7	188,4	190,2	193,5	153,7	161,2	168,7	176,1	183,6	191,1	198,6
222	159,2	162,5	164,2	166,9	168,7	171,4	176,4	181,4	184,0	185,8	188,5	190,3	193,6	154,2	161,6	169,0	176,4	183,8	191,1	198,5
228	159,6	162,8	164,5	167,2	169,0	171,6	176,5	181,5	184,1	185,9	188,5	190,3	193,5	154,6	161,9	169,2	176,5	183,8	191,1	198,4

5-19 yaş - BKİ Kız - WHO 2007

Ay	Percentil															Z-skor				
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
66	12,4	12,8	13,1	13,5	13,8	14,3	15,2	16,3	17,0	17,5	18,2	18,7	19,8	11,7	12,7	13,9	15,2	16,9	19,0	21,7
72	12,4	12,8	13,1	13,5	13,8	14,3	15,3	16,4	17,1	17,6	18,4	18,9	20,1	11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,2	22,1
78	12,4	12,8	13,1	13,5	13,8	14,3	15,3	16,5	17,2	17,7	18,6	19,2	20,4	11,7	12,7	13,9	15,3	17,1	19,5	22,7
84	12,4	12,9	13,1	13,6	13,9	14,4	15,4	16,6	17,4	17,9	18,8	19,4	20,8	11,8	12,7	13,9	15,4	17,3	19,8	23,3
90	12,5	12,9	13,2	13,6	14,0	14,5	15,5	16,8	17,6	18,2	19,1	19,8	21,2	11,8	12,8	14,0	15,5	17,5	20,1	24,0
96	12,5	13,0	13,3	13,7	14,1	14,6	15,7	17,0	17,8	18,4	19,4	20,2	21,7	11,9	12,9	14,1	15,7	17,7	20,6	24,8
102	12,6	13,1	13,4	13,9	14,2	14,7	15,9	17,2	18,1	18,7	19,8	20,6	22,3	12,0	13,0	14,3	15,9	18,0	21,0	25,6
108	12,8	13,3	13,6	14,0	14,4	14,9	16,1	17,5	18,4	19,1	20,2	21,1	22,9	12,1	13,1	14,4	16,1	18,3	21,5	26,5
114	12,9	13,4	13,7	14,2	14,6	15,1	16,3	17,8	18,8	19,5	20,7	21,6	23,5	12,2	13,3	14,6	16,3	18,7	22,0	27,5
120	13,1	13,6	13,9	14,4	14,8	15,4	16,6	18,2	19,1	19,9	21,1	22,1	24,1	12,4	13,5	14,8	16,6	19,0	22,6	28,4
126	13,3	13,8	14,1	14,6	15,0	15,6	16,9	18,5	19,5	20,3	21,6	22,6	24,8	12,5	13,7	15,1	16,9	19,4	23,1	29,3
132	13,5	14,0	14,4	14,9	15,3	15,9	17,2	18,9	20,0	20,8	22,2	23,2	25,4	12,7	13,9	15,3	17,2	19,9	23,7	30,2
138	13,7	14,3	14,6	15,2	15,6	16,2	17,6	19,3	20,4	21,3	22,7	23,8	26,1	12,9	14,1	15,6	17,6	20,3	24,3	31,1
144	14,0	14,6	14,9	15,5	15,9	16,6	18,0	19,8	20,9	21,8	23,3	24,4	26,8	13,2	14,4	16,0	18,0	20,8	25,0	31,9
150	14,2	14,8	15,2	15,8	16,2	16,9	18,4	20,2	21,4	22,3	23,9	25,0	27,5	13,4	14,7	16,3	18,4	21,3	25,6	32,7
156	14,5	15,1	15,5	16,1	16,5	17,3	18,8	20,7	21,9	22,9	24,4	25,6	28,1	13,6	14,9	16,6	18,8	21,8	26,2	33,4
162	14,7	15,4	15,8	16,4	16,9	17,6	19,2	21,2	22,4	23,4	25,0	26,1	28,8	13,8	15,2	16,9	19,2	22,3	26,8	34,1
168	15,0	15,6	16,0	16,7	17,2	17,9	19,6	21,6	22,9	23,8	25,5	26,7	29,3	14,0	15,4	17,2	19,6	22,7	27,3	34,7
174	15,2	15,9	16,3	17,0	17,4	18,2	19,9	22,0	23,3	24,3	25,9	27,1	29,8	14,2	15,7	17,5	19,9	23,1	27,8	35,1
180	15,3	16,1	16,5	17,2	17,7	18,5	20,2	22,3	23,7	24,7	26,3	27,6	30,2	14,4	15,9	17,8	20,2	23,5	28,2	35,5
186	15,5	16,2	16,7	17,4	17,9	18,7	20,5	22,6	24,0	25,0	26,7	27,9	30,6	14,5	16,0	18,0	20,5	23,8	28,6	35,8
192	15,6	16,4	16,8	17,5	18,1	18,9	20,7	22,9	24,2	25,3	27,0	28,2	30,9	14,6	16,2	18,2	20,7	24,1	28,9	36,1
198	15,7	16,5	16,9	17,7	18,2	19,1	20,9	23,1	24,5	25,5	27,2	28,4	31,1	14,7	16,3	18,3	20,9	24,3	29,1	36,2
204	15,8	16,6	17,0	17,8	18,3	19,2	21,0	23,3	24,7	25,7	27,4	28,6	31,3	14,7	16,4	18,4	21,0	24,5	29,3	36,3
210	15,8	16,6	17,1	17,9	18,4	19,3	21,2	23,4	24,8	25,8	27,5	28,8	31,4	14,7	16,4	18,5	21,2	24,6	29,4	36,3
216	15,9	16,7	17,1	17,9	18,5	19,4	21,3	23,5	24,9	26,0	27,7	28,9	31,5	14,7	16,4	18,6	21,3	24,8	29,5	36,3
222	15,9	16,7	17,2	18,0	18,5	19,4	21,3	23,6	25,0	26,1	27,7	28,9	31,5	14,7	16,5	18,6	21,3	24,9	29,6	36,2
228	15,9	16,7	17,2	18,0	18,6	19,5	21,4	23,7	25,1	26,2	27,8	29,0	31,6	14,7	16,5	18,7	21,4	25,0	29,7	36,2

5-19 yaş - BKİ Erkek - WHO 2007

AY	Percentil										Z-skor									
	1.P	3.P	5.P	10.P	15.P	25.P	50.P	75.P	85.P	90.P	95.P	97.P	99.P	-3SD	-2SD	-1SD	M	+1SD	+2SD	+3SD
66	12,7	13,1	13,4	13,8	14,0	14,4	15,3	16,2	16,7	17,1	17,7	18,1	19,0	12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,4	20,4
72	12,7	13,2	13,4	13,8	14,0	14,5	15,3	16,3	16,8	17,2	17,9	18,3	19,2	12,1	13,0	14,1	15,3	16,8	18,5	20,7
78	12,8	13,2	13,4	13,8	14,1	14,5	15,4	16,4	16,9	17,4	18,0	18,5	19,4	12,2	13,1	14,1	15,4	16,9	18,7	21,1
84	12,8	13,3	13,5	13,9	14,2	14,6	15,5	16,5	17,1	17,6	18,3	18,8	19,8	12,3	13,1	14,2	15,5	17,0	19,0	21,6
90	12,9	13,3	13,6	14,0	14,3	14,7	15,6	16,7	17,3	17,8	18,5	19,0	20,2	12,3	13,2	14,3	15,6	17,2	19,3	22,1
96	13,0	13,4	13,7	14,1	14,4	14,8	15,7	16,8	17,5	18,0	18,8	19,4	20,6	12,4	13,3	14,4	15,7	17,4	19,7	22,8
102	13,1	13,5	13,8	14,2	14,5	14,9	15,9	17,0	17,7	18,3	19,1	19,7	21,0	12,5	13,4	14,5	15,9	17,7	20,1	23,5
108	13,2	13,6	13,9	14,3	14,6	15,1	16,0	17,2	18,0	18,5	19,5	20,1	21,5	12,6	13,5	14,6	16,0	17,9	20,5	24,3
114	13,3	13,7	14,0	14,4	14,7	15,2	16,2	17,5	18,3	18,9	19,8	20,5	22,1	12,7	13,6	14,8	16,2	18,2	20,9	25,1
120	13,4	13,9	14,1	14,6	14,9	15,4	16,4	17,7	18,6	19,2	20,2	21,0	22,7	12,8	13,7	14,9	16,4	18,5	21,4	26,1
126	13,5	14,0	14,3	14,7	15,1	15,6	16,7	18,0	18,9	19,6	20,7	21,5	23,3	12,9	13,9	15,1	16,7	18,8	21,9	27,0
132	13,7	14,2	14,5	14,9	15,3	15,8	16,9	18,4	19,3	20,0	21,1	22,0	23,9	13,1	14,1	15,3	16,9	19,2	22,5	28,0
138	13,9	14,4	14,7	15,1	15,5	16,0	17,2	18,7	19,6	20,4	21,6	22,5	24,6	13,2	14,2	15,5	17,2	19,5	23,0	29,0
144	14,1	14,6	14,9	15,4	15,7	16,3	17,5	19,1	20,1	20,8	22,1	23,1	25,2	13,4	14,5	15,8	17,5	19,9	23,6	30,0
150	14,3	14,8	15,1	15,6	16,0	16,6	17,9	19,5	20,5	21,3	22,6	23,6	25,9	13,6	14,7	16,1	17,9	20,4	24,2	30,9
156	14,5	15,1	15,4	15,9	16,3	16,9	18,2	19,9	20,9	21,8	23,1	24,2	26,5	13,8	14,9	16,4	18,2	20,8	24,8	31,7
162	14,8	15,4	15,7	16,2	16,6	17,2	18,6	20,3	21,4	22,3	23,7	24,8	27,2	14,0	15,2	16,7	18,6	21,3	25,3	32,4
168	15,1	15,6	16,0	16,5	16,9	17,6	19,0	20,8	21,9	22,8	24,2	25,3	27,8	14,3	15,5	17,0	19,0	21,8	25,9	33,1
174	15,3	15,9	16,3	16,8	17,3	17,9	19,4	21,2	22,4	23,2	24,7	25,8	28,3	14,5	15,7	17,3	19,4	22,2	26,5	33,6
180	15,6	16,2	16,5	17,1	17,6	18,3	19,8	21,6	22,8	23,7	25,2	26,4	28,9	14,7	16,0	17,6	19,8	22,7	27,0	34,1
186	15,8	16,4	16,8	17,4	17,9	18,6	20,1	22,0	23,2	24,2	25,7	26,8	29,3	14,9	16,3	18,0	20,1	23,1	27,4	34,5
192	16,0	16,7	17,1	17,7	18,2	18,9	20,5	22,4	23,7	24,6	26,1	27,3	29,7	15,1	16,5	18,2	20,5	23,5	27,9	34,8
198	16,2	16,9	17,3	18,0	18,5	19,2	20,8	22,8	24,0	25,0	26,5	27,7	30,1	15,3	16,7	18,5	20,8	23,9	28,3	35,0
204	16,4	17,1	17,5	18,2	18,7	19,5	21,1	23,1	24,4	25,3	26,9	28,0	30,5	15,4	16,9	18,8	21,1	24,3	28,6	35,2
210	16,6	17,3	17,7	18,4	18,9	19,7	21,4	23,5	24,7	25,7	27,2	28,4	30,8	15,6	17,1	19,0	21,4	24,6	29,0	35,3
216	16,7	17,5	17,9	18,6	19,2	20,0	21,7	23,8	25,0	26,0	27,5	28,6	31,0	15,7	17,3	19,2	21,7	24,9	29,2	35,4
222	16,9	17,6	18,1	18,8	19,4	20,2	22,0	24,0	25,3	26,3	27,8	28,9	31,2	15,8	17,4	19,4	22,0	25,2	29,5	35,5
228	17,0	17,8	18,2	19,0	19,5	20,4	22,2	24,3	25,6	26,5	28,1	29,1	31,4	15,9	17,6	19,6	22,2	25,4	29,7	35,5

Yönerge 30 (Y30)

Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Beslenmesi

Bu çağ 1 -5 yaş arasını kapsamaktadır. Bu dönemde çocuk ilk duygusal bağlarını kendisini besleyenle kurmaktadır. Bu bakımdan çocukların yemek yeme alışkanlığı kazanmasında ailedeki büyüklerin özellikle de annenin tutumu önemlidir.

Bu dönemde çocuğa doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılmış olması çok önemlidir.

Bu yaşın fizyolojik durumunun gerektirdiği enerjiyi ve besin gereksinimlerinin ne kadar olduğunun bilinmesi ve çocuğun seçme arzusuna yer verilmesi çocuğun yemek yemede güçlük yaratmasını önler.

Bu yaşlardaki yetersiz ve dengesiz beslenme; çocuğun fiziksel gelişiminin yanı sıra, zeka gelişimi ve öğrenme yeteneklerini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo: Okul öncesi çağı çocukları için önerilen günlük besin miktarları

Besin Grupları	1-3 Yaş Grubu	4-6 Yaş Grubu
Süt ve Ürünleri		
Süt-Yoğurt	2,5 su bardağı	2-3 su bardağı
Peynir-Çökelek	2/3 kibrit kutusu	1 kibrit kutusu
Et-Yumurta- Kurubaklagiller		
Et-Tavuk-Balık	1 köfte kadar	1 köfte
Yumurta	1 adet	1 adet
Kurubaklagil	2/3 porsiyon	2/3 porsiyon
Sebze ve Meyve		
Yeşil ve Sarı	1/2 porsiyon	1/2 porsiyon
Diğerleri	1-2 porsiyon	2-3 porsiyon
Tahıllar		
Ekmek	1-2 orta dilim	2 orta dilim
Prinç-Bulgur	2/3 porsiyon	1 porsiyon

ÖNERİLER

- Her çocuğun metabolizma hızı ve vücut yapısı aynı olmadığından; aile kendi çocuğunu başka çocuklarla karşılaştırılmamalıdır.
- Çocuklar yeme konusunda zorlanmamalı ve çatışma ortamı yaratılmamalıdır. Çocuğun gereksiniminin ne olduğu bilinmeli ve ona göre beslenmelidir.
- Çocuk rahat ve dinlenmiş olarak sofraya oturmalıdır.
- Kullanılan kaşık ve çatalar çocuğa uygun büyüklükte olmalıdır.
- Yemeğini kendisinin yemesine izin verilmelidir.
- Çocuğun yiyeceği porsiyon miktarları küçük olmalıdır.
- Yemek zamanında neşeli ve mutlu bir atmosfer yaratılmalıdır.
- Öğün atlatılmamalıdır.
- Öğün aralarında meyve, süt ve taze sıkılmış meyve suyu verilmelidir.

- Öğün aralarında şekerlemeler, pasta, bisküvi, meşrubat hazır gıda v.b. besinlerin tüketiminden kaçınılmalıdır.
- Ailenin yeterli ve dengeli bir beslenme düzeni varsa çocuk için özel yemek hazırlanmamalıdır.
- Büyüme izlenmeli, aşırı kilo alma durumunda bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

Okul Öncesi Çocuklar İçin Örnek Yemek Listesi

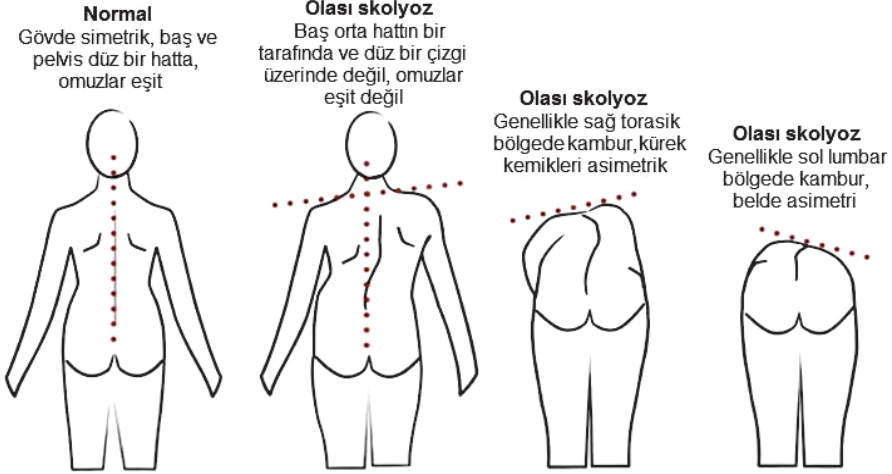
SABAH: 1 su bardağı süt 1 -2 dilim ekmeK, 1 adet yumurta, 1 yemek kaşığı pekmez, 1 adet domates veya portakal
ÖĞLE: 1/2 (2/3) porsiyon et veya kurubaklagil yemeği, 1/2 (1/3) porsiyon pilav veya makarna, yoğurt veya ayran salata, 1 dilim ekmeK
İKİNDİ: Meyve
AKŞAM: 1/2 (2/3) porsiyon etli sebze, 1/2 (1/3) porsiyon yoğurtlu pilav veya makarna, 1 adet meyve, 1 dilim ekmeK
GECE: 1 su bardağı süt

Yönerge 31 (Y31)

Kas –iskelet sistemi muayenesi

Adam's Forward Bending Test (Adams öne eğilme testi)

Adams öne eğilme testinde; hasta sırtı ve yan tarafları görülebilecek şekilde soyunur ve başlangıçta dik durması daha sonra ayak parmaklarına doğru öne eğilmesi istenir. Omurga, kürek kemikleri ve genel görünüm gözlenir. Eğrilik, asimetri saptanması durumunda hasta ortopedik değerlendirme için sevk edilir.

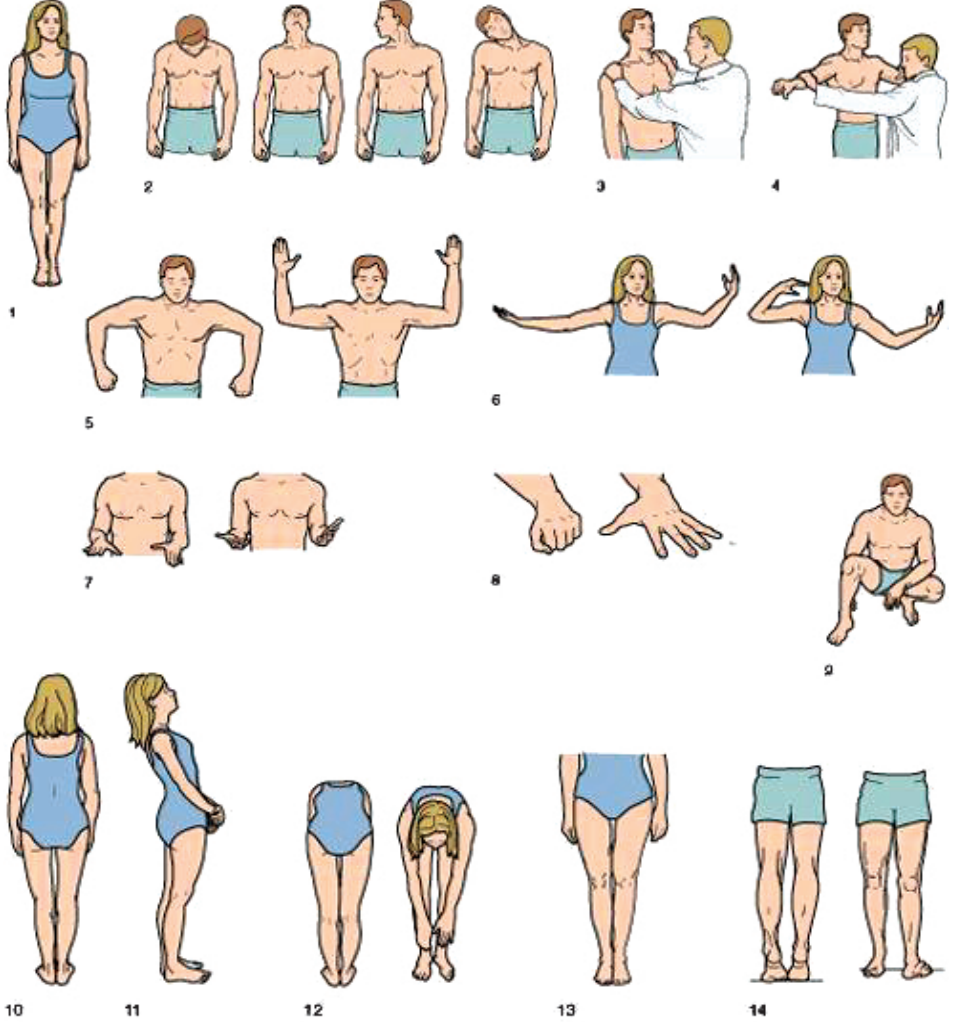


İki dakikalık ortopedik muayene

Muayene sırasında herhangi bir sorun saptanması durumunda hasta ortopedik değerlendirme için sevk edilir.

1. Ergen ayakta yüzü doktora dönük olarak dururken inspeksiyon yapılır (gövdenin ve üst ekstremitelerin simetrisi)
2. Boynun öne fleksiyon, ekstensiyon, rotasyon ve lateral fleksiyonu değerlendirilir (servikal omurganın hareket kabiliyeti)
3. Dirence karşı omuzları kaldırmayı istenir (trapezius gücü)
4. Dirence karşı kolları kaldırmayı istenir (deltoid gücü)
5. Omuzun internal ve eksternal rotasyonu değerlendirilir (glenohumeral eklemin hareket kabiliyeti)
6. Dirseğin ekstensiyon ve fleksiyonuna bakılır (dirseklerin hareket kabiliyeti)
7. Dirsekler pron ve supin pozisyonda değerlendirilir (dirseklerin ve bileklerin hareket kabiliyeti)
8. Yumruğu sıkıp parmaklarını açması istenir (el ve parmakların hareket kabiliyeti)
9. 4 adım kaz yürüyüşü yapması istenir (kalça ve dizlerin hareketi, güç ve denge)
10. Ergen ayakta arkası doktora dönük olarak dururken inspeksiyon yapılır (gövdenin ve üst ekstremitelerin simetrisi)
11. Dizler düz halde geriye bükülmesi istenir (spondilozis, spondilolistezis)
12. Dizler düz halde, hem yüzü doktora dönük hem de sırtı dönükken, öne eğilmesi istenir (totasik ve lumbosakral omurganın hareket kabiliyeti, omurga açısı ve hamstring esnekliği)

13. Alt ekstremitelerin ayakta iken ve quadriseps kasılı iken inspeksiyonu yapılır (hizalanma, simetri)
14. Parmak uçlarında ardından topuklarının üzerinde durması istenir (baldır kaslarının simetrisi, gücü ve denge)



Yönerge 32 (Y32)

Okul Çağı Çocukları İçin Beslenme Önerileri

Okul çağı büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu, yaşam boyu sürebilecek beslenme alışkanlıklarının büyük ölçüde olduğu bir dönemdir. Okul çocuklarının yetersiz, dengesiz veya aşırı beslenmesi sonucunda aşağıda belirtilen istenmeyen bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.

- Büyüme ve gelişmeleri geri kalır. Bu gerilik büyüme dönemi bitinceye kadar telafi edilmezse, erişkinliğe yansır ve bu çocuklar boyca kısa, zayıf ve güçsüz birer yetişkin olurlar.
- Enfeksiyon hastalıkları sık ve ağır seyreder,
- Özellikle kız çocuklarında menstrüasyonun da (adet görme) etkisiyle demir yetersizliği anemisine (kansızlık) sık rastlanır.
- Ergenlik döneminde, kemik yoğunluğu en üst düzeye erişmektedir. Bu dönemde kalsiyumun yetersiz tüketimi, ileri yaşlarda görülen osteoporoz için bir risk faktörü oluşturmaktadır.
- Dengesiz beslenme sonucu şişmanlık, önemli bir sorun olarak ortaya çıkar. Çocukluk dönemindeki şişmanlık ileri yaşlara yansır ve yüksek tansiyon, kan yağlarında artış, kalp-damar hastalıkları, şeker hastalığı gibi kronik hastalıklara zemin hazırlar.

Öneriler

1. Her öğünde 4 temel besin grubunda yer alan yiyeceklerin tüketilmesine özen gösterilmelidir.
2. Günde en az 2 su bardağı süt içme alışkanlığı edinilmelidir.
3. Günde en az 5 porsiyon sebze-meyve tüketilmelidir.
4. Günde en az 8-10 bardak sıvı tüketilmelidir.
5. Yemekler yavaş ve iyi çiğneyerek yenilmelidir,
6. Gelişi güzel diyet yapılmamalıdır.
7. Düzenli olarak egzersiz yapılmalıdır.
8. Düzenli ve yeterli uyunmalıdır.
9. Televizyon ve bilgisayar karşısında daha az vakit harcanmalıdır.
10. Temiz ve mikropsuz besinler tüketilmeli, çiğ sebze ve meyveler bol su ile yıkamadan yenilmemeli, açıkta satılan besinler tüketilmemelidir.
11. Çay, gazlı içecekler yerine taze sıkılmış meyve suları, süt veya ayran tercih edilmelidir.
12. Öğün aralarında şekerli besinlerin tüketilmesinden kaçınılmalıdır. Bu besinler yenildiği ve içildiği zaman dişler fırçalanmalı ya da ağız bol su ile çalkalanmalıdır.
13. Eller yemeklerden önce ve sonra mutlaka yıkanmalıdır.
14. Yemek yerken ayrı çatal, kaşık, bıçak, tabak ve bardak kullanılmalıdır.
15. Çocukların boy uzunlukları ile ağırlıklarına dikkat edilmeli ve izlenmelidir.
16. Düzenli güneşlenerek yeterli D vitamini almalarına özen gösterilmelidir.

Sabah Kahvaltısı

Bütün gece süren açlıktan sonra günün en önemli öğünü sabah kahvaltısıdır. Kahvaltı etmeyen çocuk uzun süre aç kaldığı için kendini güçsüz hisseder, dikkat, çalışma ve öğrenme yeteneği azalır, okul başarısı düşer. **Bu nedenle, her sabah mutlaka kahvaltı yapılmalıdır.**

Kahvaltı İçin Bazı Örnekler

- Bir bardak süt, bir yumurta, beş adet zeytin, ekme, meyve veya domates,
- Bir bardak meyve suyu, peynirli omlet, ekme.
- Bir bardak süt, tahıl gevreği, meyve.

- Bir bardak süt, tahin pekmez veya tahin helva, ekmek, meyve.
- Bir bardak süt, ekmek, 3-4 ceviz içi ya da fındık ezmesi, meyve.
- Mercimek veya tarhana çorba, ekmek, meyve.

Beslenme antası

Öğrenciler okul çevresinde açıkta satılan besleyici değeri düşük ve sağlıksız besinleri tüketmemelidir.

İmkânlar çerçevesinde aşağıda 1. grupta bulunan besinlerden seçerek ekmek arasına konulabilir. Bunun yanında 2. gruptaki iyi yıkanmış sebze veya meyveler öğrencilerin vitamin ihtiyaını karşılayacaktır. İçecek olarak ayran veya süt iyi bir seçimdir.

1.grup	Haşlanmış yumurta, peynir, ızgara köfte, haşlanmış tavuk, haşlanmış et
2.grup	Mevsimine uygun, iyi yıkanmış, taze sebze ve meyvelerden biri (domates, salatalık, marul, havuç, mandalina, elma, üzüm, kiraz, erik gibi)
Bunların yanına imkânlar çerçevesinde fındık, ceviz gibi kuruyemişlerin eklenmesi enerji, protein ve mineral alımınıza destek olur.	
Beslenme çantasının her gün çok iyi temizlenmesi gerekir	

Kaynak:

Prof. Dr. Gldn ERSOY "Okul ağı ve Spor Yapan ocukların Beslenmesi"

Prof. Dr. Nilgün KARAĞAOğLU "İlkretim ocukları İçin Sağlıklı Beslenme"

Yönerge 33 (Y33)

Gençlerin izleminde hasta-hekim iletişimi

Hasta-hekim iletişiminin başarılı olması, hastada hekime karşı güven duygusu geliştirerek hekimin hastadan doğru bilgi almasını, doğru tanı koymasını ve hastanın tedaviye uyumunu sağlar. Bu şekilde hasta memnuniyeti sağlandığı gibi hekimin de mesleki doyuma ulaşması sağlanır.

Hasta-hekim ilişkisinde önemli noktalar:

- Genci, ailesi ile muayene odasına davet edin
- Gerekli mahremiyeti sağlayın
- Kendinizi tanıtırın
- Gencin adını öğrenin ve kullanın
- Gerekli olumlu beden dilini kullanın
- İletişim için gerekli mesafeyi ayarlayın
- Genç ile yüz yüze olun, göz teması kurun
- Her aşamada soru sorabileceğini belirtin
- Etkin dinleme yapın

Etkin dinleme basamakları

- Hım hım, sessizlik
- Duygu yansıtması
- Duygu ve içerik yansıtma
- Kapı aralayıcılar (eee, örneğin vb)
- Açık uçlu sorular (ne, neler, nasıl)
- İletişim engellerini kullanmayın

İletişim engelleri

- Emretme
- Uyarma
- Ahlak dersi verme
- Yargılama
- Övme
- Alay etme
- Teselli etme
- Konu değiştirme vb
- Ben dili kullanmayın
- İletişimde uygun vites değiştirme yöntemlerini kullanın
- Çatışmaları iletişim becerilerine uygun şekilde çözün
- Ailenin yaklaşımını, gence ve doktora müdahalesini değerlendirin
- Geliş nedenini aldıktan sonra, başvuran her gencin fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişiminin bütün olarak değerlendirildiğini, bunun için gençle baş başa görüşmenin daha rahat bir ortam sağlayacağını söyleyerek, ailenin dışarıda beklemesi için ricada bulunun
- Aileyi dışarıya aldıktan sonra bir geçiş cümlesi ile genci rahatlatmaya çalışın, verdiği bilgilerin bir kısmının kaydedileceğini ve konuşulan konuların bilgisi olmaksızın başkaları ile paylaşılmayacağını belirtin

Yönerge 34 (Y34)

Ergenlerde psikososyal öykü- görüşme

Ergenlik döneminin özellikleri düşünüldüğünde, ergenlerden ayrıntılı ve doğru bir psikososyal öykü alınmasının ne kadar önemli olduğu anlaşılabilir. Ergenlere yaklaşım birçok hekim için, çoğu açıdan zorlayıcı özellikler barındırır. 1985'te "HEADSS" envanterinin tanımlanması ve birçok ülkede kullanılmaya başlanmasıyla, hekimlerin ergenlerle daha rahat ve daha sistematik bir şekilde iletişime geçmesinin de kapıları açılmıştır. 2004 yılında ise bu akronim, "HEEADSSS" olarak genişletilmiş ve ergenlerdeki olası mortalite ve morbidite nedenlerinin daha geniş bir bakış açısıyla değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Akronim; **H**ome (ev), **E**ducation/Employment (Eğitim/İş), **E**ating (Yeme tutumu), **A**ctivities (akranlarla aktivite), **D**rugs (Madde kullanımı), **S**exuality (Cinsellik), **S**uicide/depression (İntihar ve depresyon) ve **S**afety (güvenlik) olarak açılmaktadır.

Psikososyal görüşmenin yapılabilmesi için ergenin sağlık ve bilinç durumunun yerinde olması gereklidir ve "HEEADSSS" görüşmesi mutlaka ergenle yalnız yapılmalıdır. Görüşme başlamadan önce ergene gizlilik ilkeleri ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. "HEEADSSS" görüşmesi ortalama 20-30 dakika arasında sürmektedir. Görüşme sırasında mutlaka açık uçlu sorular sorulmalı ve kesin yargılardan kaçınılmalıdır. Bazen görüşme sırasında tespit edilen probleme yönelik ayrıntılı değerlendirilme yapılması gerektiğinden, diğer psikososyal gözden geçirmeler yapılamayabilir. Böyle durumlarda hekimler ilk görüşmede ergenden tüm bilgileri alamayabilir ve takip eden görüşmeler sırasında daha ayrıntılı bilgi edinebilirler.

"Home" (Ev): Ergenin ev ortamıyla ilgili sorular psikososyal görüşme için iyi bir başlangıç noktasıdır. Evde ergenin kimlerle yaşadığı, nerede yaşadığı, yaşadığı kişilerle olan ilişkileri, yaşadığı kişilerin meslekleri, yakın zamanda taşınma ya da ev ortamında bir değişiklik yaşanıp yaşanmadığı, kişisel sorunlarını evde kiminle paylaşmayı tercih ettiği, kendine ait bir odası olup olmadığı sorgulanmalıdır. Görüşmenin gidişatına ve elde edilen bilgilere göre ev ortamında şiddet varlığı ya da evden kaçma girişimi de sorulabilir. İlk olarak "Annen ve babanla iyi anlaşır mısınız?" gibi bir soru yöneltmek hem yönlendirici olması, hem "Evet" ya da "Hayır" olarak cevaplanması hem de hekim tarafından ergenin her iki ebeveyninin de olduğunun varsayılması nedeniyle iyi bir sorma şekli değildir. Bunu yerine "Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?" sorusunun tercih edilmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

"Education/Employment" (Eğitim ve İş): Genellikle ergenlerin hayatlarının çoğu okul ortamında geçmektedir, bu nedenle okul yaşantısının ayrıntılı olarak sorgulanması çok önemlidir. Okul başarısı hem akademik (notlar), hem de sosyal (ders dışı aktiviteler) yönleriyle sorgulanmalıdır. Yakın zamanda akademik başarıda bir düşüş; depresyon ve madde kullanımı gibi sorunların veya öğrenme güçlüğü ya da dikkat eksikliğinin bir belirteci olabilir. Daha büyük ergenlere gelecek planları ve ilerideki meslek tercihleri de sorulmalıdır. Hangi okula gittiği, okulun bulunduğu bölgenin riskli olup olmaması açısından da önemlidir. Bazı ergenler okulla birlikte bir işte çalışıyor, ya da okulu bırakmış olabilir. Böyle durumlarda hangi işte, haftada kaç saat çalıştığı, o işi tercih etme nedeni ve okulu bırakmasına ya da okulla birlikte ek olarak bir işte çalışmasına neden olan koşullar sorgulanmalıdır. Hiç sınıf tekrarı yapıp yapmadığı ya da okul değiştirip değiştirmediği de ergenin okul yaşantısının değerlendirilmesinde önemlidir. Yine soru sorma şekli olarak "Okul nasıl gidiyor?" sorusuna ergen büyük olasılıkla "İyi" ya da "Fena değil" şeklinde cevap verecek ve konuşma daha fazla ilerlemeyecektir. Bunun yerine "Bana okulundan bahseder misin?" ya da "İyi ve kötü olduğun dersler hangileri?" ergeni daha çok şey anlatmaya teşvik edecek soru tipleridir.

“Eating” (Yeme tutum): Ergenlerde yeme tutumuyla ilgili bozukluklar giderek daha sık oranlarda görülmektedir. Yeme davranışlarının değerlendirilmesi; ergenlerde beden algısı, kendine güven, psikolojik stres ve depresif düşünce içeriği hakkında bilgilendirici olması açısından da önem taşımaktadır. Sık atıştırma, fazla miktarda abur tüketme gibi yeme alışkanlıkları obezite açısından; sık diyet yapma, çok kısıtlayıcı diyetler uygulama, aşırı egzersiz ve kusma yeme bozuklukları açısından hekimin dikkatini çekmelidir. Ergenin beden algısı mutlaka sorgulanmalıdır. Yakın zamanda kilo kaybı ya da alımı, kilosundan memnun olup olmadığı ve kilosunu korumak için neler yaptığı sorulmalıdır. Ergenin yemesinin kontrolden çıktığını hissetmesi ve tıkinma ataklarının olması da müdahale edilmesini gerektirir. Bu kısımdaki sorulara örnek olarak, “Nasıl beslenirsin?”, “Bedenle ilgili beğendiğin ve beğenmediğin yönler nelerdir?” ya da “Sence sağlıklı bir diyet nasıl olmalıdır ve senin beslenmen bu tanımına uygun mu?” diye sormak uygun bir yol olacaktır.

“Activities” (Akranlarla aktivite): Ergenlerin akran ilişkileri ve akranlarıyla birlikte yaptıkları aktiviteler psikososyal görüşmenin çok önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Ergenlerin okul sonrası nerede, kimlerle, ne yapmaktan hoşlandığı, hobileri, spor ilgisi, kitap okuma isteği, televizyon ya da bilgisayar başında ne kadar zaman geçirdiği sorulmalıdır. Ergenin hiçbir aktivitede bulunmaması, arkadaşlık ilişkilerinden hoşlanmadığını ifade etmesi ya da sürekli sıklığından bahsetmesi depresyon açısından çok uyarıcıdır. Burada da benzer şekilde “Okul dışında herhangi bir aktivitede bulunur musun?” yerine “Arkadaşlarıyla eğlenmek için neler yaparsınız?” daha doğru bir yaklaşımdır.

“Drugs” (Madde kullanımı): Madde kullanım öyküsü alınırken çok dikkatli ve duyarlı olunmalıdır. Çoğunlukla sigara ve alkol ergenler tarafından madde olarak algılanmadığından, ayrıca vurgu yapmak gerekebilir. Ergenden madde kullanım öyküsü alınırken, ergene doğrudan madde kullanıp kullanmadığının sorulmasındansa; okul, yaşanan mahalle, ev içerisinde ve arkadaş çevresinde madde kullanımının sorgulanması daha doğru bir başlangıç olacaktır. Kullanılan maddelerin türleri, ne kadar süredir kullanıldığı, miktarları ve bırakmak isteyip istemediği gibi bilgiler eleştirmeden, yargılamadan sorgulanmalıdır. Bırakmak istediğini belirtiyorsa bu konuda psikiyatri uzmanı ya da çocuk psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir. Madde kullanımı sonrasında araba kullanma ya da madde etkisi altındakilerin arabasına binme gibi riskli davranışların varlığı atlanmamalıdır. Yine spor ya da vücut geliştirmeyle uğraşan ergenlerde steroid kullanımı da araştırılmalıdır. Ergen madde kullandığı bilgisini ailesi ile paylaşması konusunda desteklenmeli; ancak hayati tehlikenin olmadığı ve ergenin sorunu üzerinde çalışacağına düşünülüyor olduğu durumlarda gizlilik ilkesine bağlı kalınmalıdır.

“Sexuality” (Cinsellik): Cinsellik sorgulaması, görüşmenin en dikkatli olunması gereken kısımlarındandır. Madde öyküsü alınırken kullanılan arkadaş çevresinden konuya yaklaşım, burada da uygulanabileceği gibi daha büyük ergenlere doğrudan da sorulabilir. Cinsellik öyküsü alınırken önce romantik birliktelikler, daha sonra bu birlikteliklerde cinselliğin yeri sorulmalıdır. Kişiden kişiye cinsellik tanımı değişebileceğinden; doğru bir öykünün alınabilmesi için ergenin kiminle, hangi koşullar altında, ne yaşadığını tanımlaması istenmelidir. Ergenin güvenli cinsel ilişki konusundaki bilgisi ölçülmeli ve eksikleri tamamlanmalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından risk faktörleri ve şüpheli klinik bulguların varlığı sorgulanmalıdır. Cinsel istismar sıklığının ergenler arasında da fazla olduğu düşünüldüğünde, ergene onu rahatsız eden ve isteği dışında gelişen bir cinsel temas yaşayıp yaşamadığı da sorulmalıdır. Hekimin cinsel öyküyü almadan önce, bu öyküyü alma amacını aktarması hem ergeni rahatlatacak hem de ergenle hekim arasındaki sınıırı korumasına yardımcı olacaktır.

“Suicidality” (İntihar ve depresyon): Ergenler arasında depresyon sıklığı fazladır ve çoğu ergenin hayatının bir döneminde intiharı düşünebileceği bilinmektedir. Sürekli sıkıldığını ifade eden, uykusu ve iştahı bozulmuş, ağlama sıklığı artmış, mutsuz, umutsuz, huzursuz, kaygılı, içine kapanık ergenlerde depresyondan şüphelenmeli ve bu gibi durumlarda kendine zarar verme düşünceleri doğrudan sorulmalıdır. İntihar düşüncesinin sorgulanması, intihar girişimini tetiklemeyeceği gibi ergenin içinde bulunduğu riskli durumun da aydınlatılmasını sağlayacaktır. Ailede depresyon ya da intihar öyküsü, ergenin daha önce intihar girişiminde bulunmuş ya da depresyon nedeniyle tedavi görmüş olması mutlaka aydınlatılması gereken sorulardır. Bu aşamaya gelinceye kadar diğer basamaklardan elde edilen bilgiler ergenin depresyon riskini ve altta yatan olası nedenini ortaya çıkarmada yol gösterici olacaktır.

“Safety” (Güvenlik): Ergenlerin mortalite ve morbidite nedenlerinin başında şiddet gelmektedir. Motorlu taşıt kazaları en önemli mortalite nedenlerinden biridir. Bu nedenle ergene kendisini böyle kazalardan korumak için nelere dikkat ettiği sorulmalı ve özellikle madde etkisi altında taşıt kullanımına dikkat çekilmelidir. Aile içi, arkadaşlar arası, yaşanan bölgede ya da okulda şiddet konusunda öykü derinleştirilmeli, cinsel istismar konusunda ise makul şüphe durumunda; olayın ayrıntısına girmeden yetkili makamlara (kolluk kuvvetleri ve cumhuriyet savcılığı) bildirimde bulunulmalıdır.

Böyle bir durumla karşılaşıldığında ergene, "Bu yaşadığın olay sana karşı işlenmiş bir suçtur, senin daha fazla zarar görmemen için bu durumu yetkili makamlara bildirmem gerekiyor" gibi ifadelerle bilgilendirme yapılmalıdır.

Görüşme sonunda ergenin hayatıyla ilgili endişe yaratan durumlar kadar, güçlü olan yönleri de açıkça belirtilmelidir. Görüşme sırasında konuşulamayan; ancak ergenin anlatmak istediği başka konular varsa zaman ayrılmalı ve ileri bir tarihte ergen tekrar çağrılmalıdır. Görüşmenin ergen açısından nasıl geçtiğiyle ilgili geri bildirim almaktan korkulmamalıdır. Unutulmamalıdır ki, ergenlere yeterli zaman ayrılamaz ve ayrıntılı bir psikososyal gözden geçirme yapılamazsa, hayati problemlerin tespit edilmesi ve ileriye yönelik önlemlerin alınması mümkün olmayacaktır.

Yönerge 35 (Y35)

Ergenlerde boyun değerlendirilmesi

Ergenlik dönemi, çocuklardaki boy uzamasının hızlı olduğu dönemlerden birisidir. Bu dönemde boy kazanımı kızlarda yaklaşık 7 – 8 cm/yıl erkeklerde ise 8 – 9 cm/yıldır.

Kızlar genellikle ergenliğin erken dönemlerinde, erkekler ergenliğin orta – geç evrelerinde boy sıçraması yaşarlar. Ergenlik dönemi boyunca kızlar yaklaşık 20 – 25 cm, erkekler ise 25 – 30 cm boy kazanımı sağlarlar. Kızlarda menarştan sonra büyüme azalır ve bu dönemde final boylarının % 95'ini kazanmış olarak kabul edilirler. Büyümenin tamamlanması ise takvim yaşından ziyade kemik yaşına bakılarak değerlendirilmelidir. Kızlarda kemik yaşı 15 – 16, erkeklerde 17 – 18 yıl olduğunda, epifizler tamamen kapanmıştır ve final boya ulaşılmıştır.

Ergenliğin başlama yaşının bireysel farklılıklar göstereceği göz önüne alınarak büyüme hızı ve boyun bu dönemde ergenlik bulguları ile birlikte değerlendirilip yorumlanması uygun bir yaklaşım olacaktır. Normal yada uzun boylu olmak her ergenin isteyeceği bir fiziksel özelliktir. Bununla birlikte boyun asıl olarak genetik potansiyel içerisinde, uygun çevresel koşullarda gelişeceği ve finale ulaşacağı bir gerçektir. Bu nedenle ergenin kendisini kısa boylu olarak tanımladığı boy normalin içerisinde ve genetik boy potansiyeline uygun olabilir. Ergenin boyu ve vücut ağırlığı doğru bir şekilde ölçüldükten sonra bu büyüme eğrisinde (kız ve erkek cinsiyet için ayrı eğriler mevcuttur) boy ve ağırlığı işaretlenip normal olup olmadığı değerlendirilmelidir. Boyu %3'ün altında olan ergenler kısa boylu olarak değerlendirilmeli ve ileri inceleme yapılması için çocuk endokrinoloji kliniklerine sevk edilmez. Boy persentili ile birlikte ağırlıklarının mutlaka irdelenmesi gereklidir. Ülkemizde beslenme yetersizliğine bağlı boy kısalığı önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Boy kısalığı yapan birçok neden olabilir, bunların detaylı bir şekilde incelenmesi, doğru tanı konulması ve tedavi yaklaşımının tanıya özgü planlanması gerekmektedir. Bu nedenle aile hekimleri, boyun kısa olup olmadığını değerlendirip, kısa ise ileri merkeze sevk etmelidirler. Aile hekimlerinin değerlendirmesi gereken bir başka durum ergenin boyunun genetik potansiyeline uygun olup olmadığıdır. Ölçülen boy persentili ile hedef boy (HB) persentili aynı büyüme eğrisi üzerinde işaretlenmeli ve hastanın o anki boyu kısa olmasa bile hedef boyu ile arasında iki persentil eğrisinden daha fazla bir aralık varsa ergen genetiğine göre kısa olarak kabul edilmeli ve ileri inceleme için hastaneye sevk edilmelidir. Hedef boy: (anne boyu + baba boyu/-13): 2 formülü ile (kızlar için – 13, erkekler için + 13) kolayca hesaplanabilir. Bu konuyu bir örmekle pekiştirmemiz gerekirse; ergenin o an ölçülen boyu %10 da, hedef boy %75'de ise ergen ile ailesi arasında üç persentil eğrisi kayıp vardır. Hastanın boyu kısa olmasa bile genetiğinin gerisinde olduğundan araştırılması gerekir. Boy kısalığı büyüme geriliğini değerlendirirken, diğer bir parametre ise düzenli takip ediliyorsa büyüme hızı takibidir. İzlemde boy normalin içerisinde olsa dahi büyüme eğrilerinde izlemde 2 persentil eğrisi düşüren ergende boy duraklamıştır ve mutlaka araştırılması gereken bir durumdur.

Ergenlik döneminde konstitusyonel boy kısalığı özellikle erkeklerin bir sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve sıklıkla ergenliğin gecikmesinden kaynaklanmaktadır. Bunun dışında sistemik hastalıklar (çölyak hastalığı, renal, kardiyak, hepatolojik ve hematolojik hastalıklar), hipotiroidi, cushing hastalığı, büyüme hormonu eksikliği, hipogonadizm gibi endokrinolojik hastalıklar, sendromlar (özellikle Turner Sendromu ülkemizde geç tanı alan bir hastalıktır) gibi pek çok neden boy kısalığına neden olabilmektedir. Boy kısalığına tanısız yaklaşımda; boy kısalığının derecesi, büyüme hızı, kemik yaşı, vücut ağırlığı, fizik muayeneden elde edilecek ipuçları birlikte değerlendirilerek ön tanıları oluşturup, sistemik hastalıklar, endokrinolojik nedenler ya da famiyal, konstitusyonel boy kısalığının ayrıca tanısına gidilmelidir. Etiyolojik araştırmaların tam

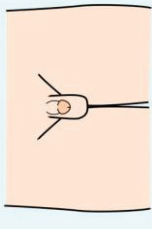
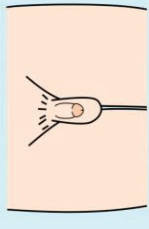
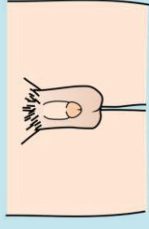
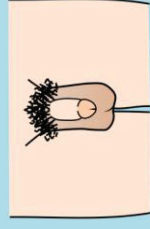

teşekküllü hastanelerde ve ilgili uzmanların bulunduğu merkezlerde yapılması doğru bir yaklaşım olacaktır.

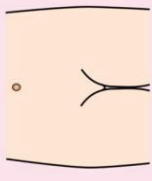
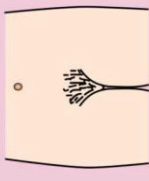

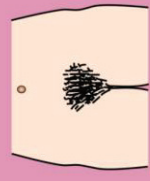

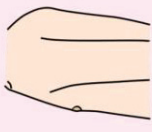
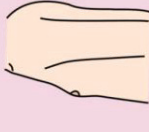
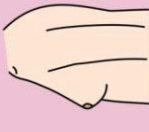
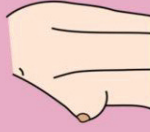

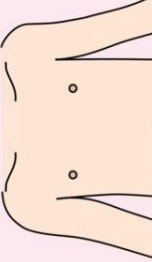
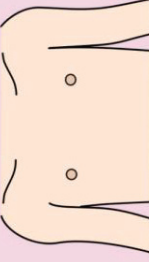
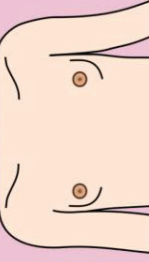
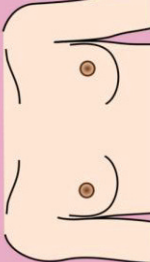
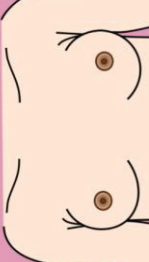
Sonuç olarak genellikle fiziksel olarak sağlıklı bir dönem olan ergenlikte boy kısalığı yakınması ile başvuran hastaların boy ve vücut ağırlıklarının değerlendirilerek öncelikle boy kısalığı olup olmadığı, genetik boy potansiyeline ve uzama hızına göre normalin dışında bir durum olup olmadığı yukarıda verilen bilgiler ışığında saptanmalıdır. Başta puberte muayenesi olmak üzere tam sistemik muayenenin yapılması ve elde edilen tüm verilerin birlikte yorumlanması sonucunda boy kısalığı olan, büyüme hızı yetersiz ve genetiğinin gerisinde boya sahip olan ergenlerin ileri inceleme için çocuk endokrinoloji uzmanına sevk edilmesi uygun olacaktır.

Yönerge 36 (Y36)

Tanner sınıflandırması

Evre	Kızlar		Erkekler	
	Meme gelişimi	Pubik kıllanma	Genital gelişim	Pubik kıllanma
Preadolesan	İnfantil, gelişme yok	Kaba pubik kıllanma yok, ince tüsü kıllar var	İnfantil	Kaba pubik kıllanma yok, ince tüsü kıllar var
Erken adolesan	Meme ve papillanın tek bir tepecik halinde kabarması, areola çapının genişlemesi	Labia majörün medialinde seyrek, hafif kıvrıkcık tüyler	Peniste ve testislerde hafif büyüme, skrotum derisinde pigmentasyon	Penis kökünde seyrek hafif pigmente, düz veya kıvrıkcık uzunca tüyler
Orta adolesan	Meme ve areola belirgin olarak büyümüş, areola ve papilla sınırı belirgin değil	Koyu renkte, kaba, kıvrıkcık kıllanma, seyrek olarak monspubise yayılmış	Penis boyunda uzama, testisler ve skrotumda büyüme	Kıllanma daha belirgin ve yaygın, kıllar koyu renkte ve kıvrıkcık
Geç adolesan	Areola ve papillanın kabarak ayrı bir kontur oluşturacak şekilde ikinci bir tepecik yapması	Kaba, kıvrıkcık, miktar olarak erişkinden daha az kıllanma	Peniste enine büyüme, testis ve skrotumda büyüme, skrotum derisinde koyulaşma	Kıllanmanın dağılımı erişkine benzer, miktar olarak erişkinden daha az
Erişkin	Sadece meme ucunun ileri doğru uzaması ile oluşan olgun erişkin form	Erişkin kadın tipi üçgen şeklinde bacakların medialine de yayılmış kıllanma	Penis, testis ve skrotumun erişkindeki şekil ve ölçüye ulaşması	Erişkin erkek tipi bacakların medial kısmına da yayılmış kıllanma

$\wedge_{2,5}$	$2,5-3,2$	$3,6$	$4,1-4,5$	$>4,5$
3	4	10	16	25
				
I	II	III	IV	V

				
				
				
I	II	III	IV	V

Yönerge 37 (Y37)

Pubertal Sorunlar

Erken Puberte

Pubertal belirtilerin kız çocuklarında 8 yaş, erkek çocuklarında ise 9 yaştan önce gözlenmesidir. Özellikle kız çocuklarının hastalığıdır. beyin tümörleri, beyni etkileyen enfeksiyon hastalıkları, beyin doğumsal bozuklukları, böbrek üstü bezinin doğumsal hastalıkları, dışarıdan hormon ilaçları alınması gibi nedenleri varsa da genellikle sebep bulunamaz. Erkeklerde daha az görülür ve genellikle bir organik neden vardır.

Kızlarda ergenlik başlangıcının işareti meme gelişimidir. **Meme gelişimi 8 yaşından önce başlarsa, erken ergenlik şüphesi ile incelenmesi gerekir.** Kimi zaman kızlarda tek başına erken meme gelişimi olabilir (prematür telarş). Bu durum genellikle hayatın ilk 2-3 yıllarındaki kızlarda görülür. Sebebi doğum sırasında ve doğum sonrasında anneden emzirme yoluyla geçen östrojen hormonudur. Östrojene karşı meme dokusu hassasiyeti nedeni ile gelişen ve genellikle hiçbir şey yapılmadan, kendiliğinden gerileyen iyi huylu bir olaydır.

Kız çocuklarında 8 yaşından önce ve de özellikle 6 yaş civarında da meme büyümeleri gözlenebilir. Eğer meme büyümesi ile birlikte hızlı boy uzaması, kemik yaşının ilerlemesi varsa bu kız çocukları erken ergenlik yönünden araştırılmalıdır. Bu kızlarda ergenliğe girilmesine neden olan hormonlar erken salgılanmaktadır. Bu olayda, beyindeki uyarıcı hormonların ve bu nedenle östrojenin erken salgılanması veya östrojenin dışarıdan alınması söz konusudur. Buna erken ergenlik denir. Erken ergenlik, kızlarda erkek çocuklarına göre daha sık görülür. Vakaların çoğunda neden bulunamaz. Altta yatan belirli bir sorun saptanamaz. Çevresel uyaranlar, aşırı tüketilen hormonlu gıdalar, psikolojik bazı sebeplerle erken ergenlik gelişebilir. Beyin patolojileri kızlarda çok nadirdir.

Ergenlik bazen normal zamanda başlar ancak 3-5 yıl sürmesi gerekirken daha kısa süre içinde tamamlanır. Bu da hızlanmış ergenlik başlığı altında incelenmesi gereken bir durumdur. Bu çocuklarda da, boy uzaması için yeterli süre olmadığı için boyların kısa kalma riski vardır.

Nedeni ne olursa olsun erken ergenlik iki önemli soruna yol açar. Bunlar çocukta ortaya çıkan davranışsal ve psiko-sosyal sorunlar ile ise boy kısalığıdır.

Erken cinsel gelişim, beyindeki merkezlerin uyarılmasına bağlıysa, tedavide bu gelişimi önleyen hormon tedavisi yapılabilir. Geçici bir süre erken başlamış olan ergenlik durdurulur. Ayda bir kez veya 3 aylık enjeksiyonlar halinde uygulanan ve etkileri sadece kullanıldıkları süre içinde geçerli olan ilaçlar kullanılır. Çocuk, ergenlik için uygun yaşa geldiğinde enjeksiyonların kesilmesiyle cinsel gelişim kaldığı yerden devam eder. Genellikle ebeveynlerin bu aşamada çocuklarına “hormon verilmesinin zararlı olabileceği” şeklindeki endişeleri tümüyle gereksizdir.

Burada unutulmaması gereken en önemli nokta kullanılan ilaçların kalıcı etkileri olmadığıdır. Ergenliği durduran ilaçlar kesildiğinde, ergenlik tekrar devam eder. Hepimizin ortak amacı, çocuklarımızın beden ve ruh sağlığı açısından normal bireyler olarak büyümelerini sağlamaktır.

Gecikmiş Puberte

Tamamen sağlıklı çocuklarda ergenlik başlamasında gecikme ile birlikte boyun geçici olarak kısa kalmasıdır. Bu duruma erkek çocuklarda sıklıkla rastlanır. Erkeklerde 13.5 yaşına kadar herhangi bir cinsel belirtinin başlamaması yani testislerin büyümemesi; kızlarda ise 14 yaşına kadar memelerin büyümemesi halinde ergenlik gecikmesi söz konusu olur. Bu çocuklar akranlarından kısa olmalarından dolayı rahatsızlık duyarlar ve bu şikayetle hekime başvuruda bulunurlar. Daha

dikkatli bazı aileler, çocuklarında henüz ergenlik belirtilerinin olmamasından kaygılanarak da başvuruda bulunabilirler.

Ergenlik gecikmesinde saptanan kaygılar şunlardır;

- Altta yatan ciddi bir neden olabileceği korkusu,
- Ergenliğin hiç başlamayacağı korkusu,
- Akranlarına göre boylarının kısa olması ve cinsel gelişmelerinin olmaması nedeniyle oluşan psikolojik sıkıntılar (içer kapanıklılık, okul başarısızlığı gibi)

Ergenlik gecikmesi daha çok erkek çocuklarda rastlanılan bir durumdur. Genellikle bu çocukların yapılan laboratuvar tetkikleri tamamen normaldir, ailede ergenliğe geç girme öyküsü vardır, kiloları düşüktür. Radyolojik inceleme ile saptadığımız kemik yaşları, takvim yaşlarından geridir. Erkeklerde ergenlik gecikmesine nadiren bazı endokrinolojik ve genetik hastalıklar neden olabilir ancak gecikmiş ergenlik nedeni genellikle bulunamaz ve fizyolojik bir olay olarak kabul edilir. Kızlarda ise, gecikmiş ergenlik erkeklerin aksine mutlaka altında patoloji aranması gereken bir durumdur. Detaylı incelenmesi gerekir. Hormonal tetkikleri yapılmalı ve genetik hastalıklar yönünden incelenmelidir. Turner sendromu, kızlarda ergenlik gecikmesine yol açan en önemli genetik hastalıklardan biridir.

Ergenliği geciken çocuklar tedavi edilmezlerse, büyüme yavaş bir ivmeyle devam eder. Bu çocuklarda kemiklerdeki büyüme kıkırdaklarının olgunlaşmasına ve büyüme hormonu ile birlikte boy uzamasına etki eden seks hormonları henüz salgılanmamaktadır. Bu nedenle normal koşullarda yaşanması beklenen hızlı boy uzaması dönemi başlamaz. Bunun sonucu olarak da boy bir süre kısa kalabilir. Ancak sonuçta boy uzaması yavaş da olsa devam ettiği için genellikle normal boya ulaşılır. Bu çocuklarda büyüme hormonu eksikliği yoktur, büyüme hormonu verilmesi erişkin boyu etkilemez. Ancak bazı araştırmalarda, ergenlik gecikmesi olan çocuklarda erişkin boyun beklenenden kısa olduğu ve bu çocuklarda tedavi ile ergenliğin başlatılmasının yararlı olduğunu iddia edilmektedir. Ayrıca akranlarından kısa ve cinsel yönden geri kalmış olan bu çocukların içinde buldukları psikolojik durum da tedavi başlanmasını gerekli kılmaktadır.

Kızlar için gecikmiş ergenliğin en önemli nedeni Turner sendromudur. Bu çocukların boyları kısa, cinsel gelişmeleri ise geridir. Ayrıca saç çizgisi düşüklüğü, meme başlarının ayrık olması gibi kendine has belirtileri vardır. Bu çocuklar kesinlikle tedavi edilmelidirler.

Yönerge 38 (Y38)

Ergenlerde Fizik Aktivite

Puberte sırasında egzersiz programı yapılırken, aktivitelerin mutlaka vücudun ağırlığını taşıyan egzersizler (yürüyüş, koşma, zıplama, kayak, vs.) içermesine dikkat edilmelidir. Her ne kadar yüzmeye, kasların kemiklere uyguladığı kuvvetle kemik direncini bir miktar arttırsa da, yeterli değildir ve yüzücülere mutlaka ek kara antrenmanları da önerilmelidir. Bu, kemik sağlığı açısından ileri yaşlara yönelik, özellikle ergen yüzücüler için çok daha önemlidir.

Spor yapan ergenlerin beslenmeleri de önemlidir ve aşağıdakilere mutlaka dikkat edilmelidir:

- **Yeterli kalori alımı:** büyüme ve egzersiz için
- **Dengeli protein, karbonhidrat ve yağ içeriği:** kas yapımı ve IGF-I sentezi için
- **Artmış demir ihtiyacı:** hemoglobin ve myoglobin sentezi
- **Artmış kalsiyum ihtiyacı:** artan kemik yapımı
- **Vitaminler:** kemik yapımı için özellikle D, K, C
- **Yeterli sıvı alımı:** ergenler puberte sırasında ortostatik değişikliklere daha hassastır

D vitamini, diyetle alındığı gibi, önemli bir kısmı güneş ışınlarının etkisi ile ciltte sentezlenir. Bu nedenle, adolesanlar güneş ışınlarından yeterince faydalanmaları konusunda uyarılmalıdırlar. Kış aylarında D vitamini takviyesi gerekebilir.

Ayrıca, ergenler kemik sağlıkları için uzak durmaları gerekenler konusunda uyarılmalıdırlar: Sigara, alkol, kafein, bikarbonatlandırılmış içecekler (kola, gazoz gibi).

Son olarak, ergenler spora yönlendirilirken, bu dönemin psikososyal özelliklerini de mutlaka dikkate almalıyız. Ergenlerde **takım sporları** sosyalleşmeye de yardımcı olacağından, öncelikle bu sporlara yönlendirilmeleri uygun olacaktır. Ancak obez ergenlerde bireysel sporla başlanması ve akranları ile benzer aktivite düzeyine ulaştıktan sonra takım sporuna geçilmesi, motivasyonlarını kaybetmemeleri açısından önem taşımaktadır. Ayrıca, bu yaşlarda risk alma davranışlarının fazla olduğu unutulmamalı ve spor yaralanmaları konusunda uyarılarda bulunulmalıdır.

Anafilaksi

ANAFİLAKSİ

Anafilaksi duyarlı kişilerde allerjenle temas sonrası hızla ortaya çıkabilen ve hayati tehdit oluşturan yaygın veya sistemik hipersensitivite reaksiyonudur. Besin, böcek ve arı sokmaları, lateks ve ilaçlar gibi pek çok farklı sebeple ortaya çıkabilir. Çocuklarda en sık besinlerle ortaya çıkmaktadır.

Şiddetli anafilaksi acil servis başvurularında %0.02-0.09 iken ölümcül anafilaksi sıklığı %0.001-0.002 olarak saptanmıştır. 3-17 yaş arası % 0.59 çocuk en az 1 kez atak gözlenmektedir. ABD’de yılda 1500- 2000 hasta anafilaksi nedeni ile kaybedilmektedir. Ülkemizde sıklığı ve ölüm oranı net olmamakla birlikte yapılan multisentrik bir çalışmada 10 yılda 137 hastanın 224 kez anafilaksi nedeni ile hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Atopik veya astımlı olmak, reaksiyonun şiddetli ve ölümcül olma ihtimalini arttırmaktadır.

Anafilaksinin bulgu ve semptomları oldukça değişkendir. Bulgular hafif deri döküntüsünden ölümcül reaksiyona kadar geniş bir yelpazede değişkenlik gösterebilir. Ürtiker, kaşıntı, burun tıkanıklığı, hışırtı, hışıltı, taşikardi, bulantı, baş dönmesi, senkop ve solunum sıkıntısı bulgulardan bazılarıdır. Antijen enjeksiyon yolu ile uygulanmış ise bulgular genellikle 5-30 dk’da ortaya çıkmasına rağmen antijen oral olarak alınmış ise, semptomların ortaya çıkması 2 saat alabilir. Semptomların ne kadar erken başlar ise, anafilaksinin o kadar ağır seyredeceği öngörülebilir. İlk 8-10 saatte bifazik anafilaksi gelişebildiği gibi, 32 saate kadar gecikebilir.

Uluslararası anafilaksi çalışma grubu 2006 yılında tanı kriterlerini tanımlamıştır. Anafilaksi tanı kriterleri Ek-1’de sunulmuştur.

Anafilaksi kliniği ile başvuran hastanın öncelikle havayolu, solunum, dolaşım ve bilinç durumu değerlendirilmelidir. Hasta sırt üstü yatırılıp ayaklar yükseltilir. IM adrenalin vakit kaybetmeden hızlıca uyluk ön lateral bölgesine uygulanmalıdır. Hipotansif hastada intravenöz ulaşım gerekirse intraosseöz yol ile sıvı tedavisi hızla uygulanıp, gerekirse tekrarlanmalıdır. Yanıt değerlendirilerek IV adrenalin, dopamin infüzyonu düşünülmelidir. Bronkospazmı olan hastaya nebülize salbutamol verilmelidir. Metilprednizolon, difenhidramin ve ranitidin tedavileri de uygulanarak hasta 24 saat gözlemede tutulmalıdır (Ek 2).

ANAFİLAKSİ TANI KRİTERLERİ

Sampson HA, et al. J Allergy Clin Immunol 2006

Anafilaksi aşağıdaki üç kriterden birinin mevcut olması durumunda düşünülmelidir;

Kriter 1	Deri, mukozalar veya her ikisini de tutan akut başlangıçlı (dakikalar, saatler içinde) hastalık (yaygın ürtiker, kaşıntı veya flaşing, dilde, dudakta şişlik) ve aşağıdakilerden en az birisinin eşlik etmesi;
	a. Solunum sistemi bulguları (Dispne, bronkospazm, stridor, hipoksi) b. Kardiyovasküler bulgular(örn hipotansiyon, kollaps)
Kriter 2	Hastanın olası allerjen ile karşılaşmasından kısa süre sonra ortaya çıkan aşağıdaki bulgulardan iki veya daha fazlasının olması
	a. Deri veya mukozaların etkilenmesi (Örn jeneralize ürtiker, kaşıntı veya flaşing, dilde, ödem) b. Solunum sistemi bulguları (Dispne, bronkospazm, stridor, hipoksi) c. Kardiyovasküler bulgular (örn hipotansiyon, kollaps). d. Persistan gastrointestinal bulgular (örn kramplar şeklinde karın ağrısı, kusma)
Kriter 3	Hastanın bilinen allerjen ile karşılaşmasından sonra gelişen hipotansiyon (dakikalar, saatler içinde)
	1 ay -1 yaş sistolik kan basıncının < 70mmHg 1-10 yaş sistolik kan basıncının < 70 mmHg + (2xyaş) 11-17 yaş sistolik kan basıncının < 90 mmHg

Ek-2 Anafilaksi Tedavi Akış Şeması

A-Hava yolu: Baş geri çene yukarı manevrası (Süt çocuklarında omuz altına, çocuklarda boyun altına destek koyulabilir)

B-Solunum: Solunumu güvenceye al. 10 lt/dk maske oksijen (Gerekliyse) Balon maske, Entübasyon (anjioödem varlığında erken davran)

C-Dolaşım: Hızlıca damar yolu (IM adrenalin uygulamasını geciktirme)

- Alt ekstremiteler yukarı kaldırılacak
- Monitörize et

Hızlıca IM Adrenalin 0,01 mg/kg
1 mg/1ml (1/1000, 0,01 ml/kg)
(en çok 0,3-0,5 mg), **uyuk ön lateral bölge**
15 dakikada bir tekrarlanabilir

HİPOTANSİYON/ KOLLAPS VARSA

Serum Fizyolojik 20 ml/kg IV 5-10 dakikada yükle

HIŞILTI VARSA

Salbutamol 2,5 mg Nebülize

YANIT YOKSA

IV Sıvı yüklemesi tekrarı (dolaşım düzelineye kadar)

Adrenalin infüzyonu (0,1- 1 µg/kg/dk)

Dopamin infüzyonu (5-10 µg/kg/dk)

Entübasyon

Resüsitasyon

Metilprednizolon 1-2 mg/kg IV
Difenhidramin 1,25 mg/kg IV/PO
Ranitidin 1 mg/kg IV
Gözlemede tut (24 saat)

TABURCULUK SONRASI

Difenhidramin 48-72 saat, 6 saatte bir

Ranitidin 48-72 saat, 6 saatte bir

Prednizolon 48-72 saat, 12 saatte bir

Ek-2-devam

İLAC	DOZ	EN YÜKSEK DOZ
IM Adrenalin Adrenalin amp.® 0,25/ 0,5/ 1 mg	0,01 mg/kg [1 mg/1ml (1/1000, 0,01 ml/ kg)]	0,3-05 mg
Difenhidramin Benison amp.®	1,25 mg/kg IV/PO	50 mg
Ranitidin Ulcuran amp.® Ranitab amp.® Raniver amp.®	1 mg/kg IV	50 mg
Glukagon <i>(beta bloker kullanan hasta- larda)</i> Glucagen Hypokit flakon®	20-30 mcg/kg IV	1 mg
Metilprednizolon Prednol-L amp.® Precort- liyo amp.® Metilprednizolon amp.®	1-2 mg/kg IV	60 mg
Salbutamol Ventolin nebül. amp.®	0,15 mg/kg Nebülize	2,5 mg
Adrenalin Otoenjektörü EpiPen® (0,15 mg) EpiPen Junior® (0,3 mg) Anapen®/ Junior Twinject®/Junior	10-30 kg 0,15 mg IM > 30 kg 0,3 mg IM	
Prednizolon Deltacortril tb.®	1-2 mg/kg PO	60 mg

EPİNEFRİN OTOENJEKTÖR BULUNDURMA ENDİKASYONLARI:**Kesin endikasyonlar:**

- Gıda, böcek sokması ve latekse karşı geçirilmiş kardiyovasküler ve solunum ile ilişkili reaksiyonlar
- Egzersizin indüklediği anafilaksi
- İdiyopatik anafilaksi
- Gıda allerjisi ile birlikte persistan astımı olan çocuklar

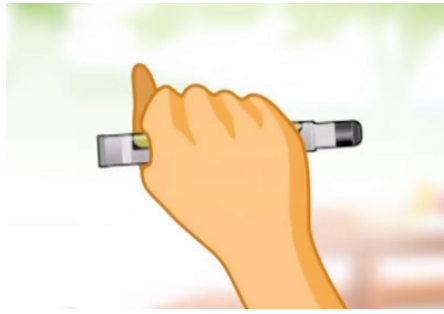
Rölatif endikasyonlar:

- Az miktarda gıda ile tetiklenen reaksiyonlar (Örn gıda allerjenlerinin havayolu ile inhalasyonu veya sadece deriye temas ile)
- Yerfıstığı veya fındıkla tetiklenen hafif reaksiyon tanımlanması
- Ergenlerde gıda allerjisi
- Evin tıbbi müdahale yapılacak yerlerden uzak olması

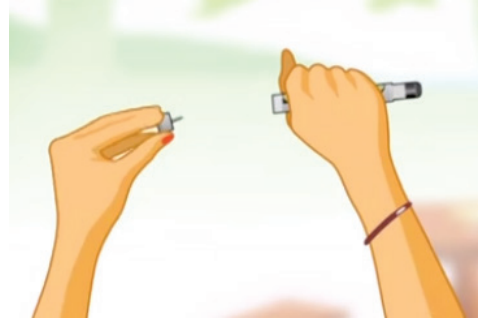
Ek-4- Epinefrin otoenjektör kullanımı



Cihazın koruyucu kılıfını çıkartın



Siyah ucuna dokunmadan her zaman kullandığınız elinizle cihazı kavrayın
Siyah uçta enjektörün iğnesi, gri uçta emniyet kapağı bulunur



Öncelikle emniyet kapağını çıkartın
Emniyet kapağı çıkartılmadan cihaz çalışmayacaktır



Enjektörü dik tutarak uyluğun 1/3 üst tarafında, pantolon yan dikiş çizgisi ile ütü çizgisi arasında kalan bölüme saplayın



Resimde görüldüğü gibi tutarak sadece bacağına bastırın



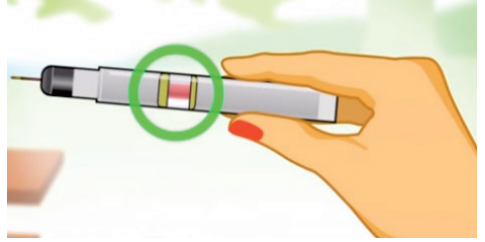
Enjektör iğnesi otomatik olarak açılacak ve ilaç salınmaya başlayacaktır
Bu şekilde 10'a kadar sayarak bekleyin



Enjeksiyon yerine 10 saniye süre ile masaj yapın



İğnenin açılmış olduğunu ve



Pistonun ileri doğru itilmiş ve ilacın enjektörden boşalmış olduğunu göreceksiniz



İğneye dokunmadan plastik koruyucusu içine koyun



EpiPen'i uzaklaştırın

1. EpiPen'i gövdesinden tutarak gri kapağı çekin.
2. Siyah ucunu uyluğu orta dış kısmına yerleştirin.
3. Klik sesini duyuncaya kadar sıkıca itin.
4. 10 saniye boyunca orada tutun.
5. EpiPen'i uzaklaştırın ve iğneye dokunmamaya dikkat edin.
6. Enjeksiyon yerine 10 saniye süre ile masaj yapın.

Kaynaklar

1. Yenidoğan Canlandırma Programı Uygulayıcı Kitabı, basım yılı 2015
2. McDonald SJ, Middleton P, Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review) The Cochrane Library 2009, Issue 3
3. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T, Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review) The Cochrane Library 2012, Issue 8
4. Timing of Umbilical Cord Clamping After Birth, The American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians Committee Opinion Number 543 December 2012
5. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment Task Force on Sudden Infant Death Syndrome Pediatrics 2011;128;1030; originally published online October 17, 2011
6. William T. Mahle, Jane W. Newburger, G. Paul Matherne, Frank C. Smith, Tracey R. Hoke, Robert Koppel, Samuel S. Gidding, Robert H. Beekman III and Scott D. Grosse, Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association and American Academy of Pediatrics Circulation. 2009;120:447-458; originally published online July 6, 2009
7. M. Jeffrey Maisels, Vinod K. Bhutani, Debra Bogen, Thomas B. Newman, Ann R. Stark and Jon F. Watchko, Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant ³⁵ Weeks' Gestation: An Update With Clarifications, Pediatrics 2009;124;1193; originally published online September 28, 2009
8. Committee on Fetus and Newborn, Postnatal Glucose Homeostasis in Late-Preterm and Term Infants, Pediatrics 2011;127;575; originally published online February 28, 2011
9. Committee on Fetus and Newborn, Hospital Stay for Healthy Term Newborns, Pediatrics 2010;125;405; originally published online January 25, 2010
10. Richard A. Polin and the Committee on Fetus and Newborn, Management of Neonates With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis, Pediatrics 2012;129;1006; originally published online April 30, 2012
11. Su C. W., Gaskie S, Jamieson B, What is the best treatment for oral thrush in healthy infants? THE Journal Of Family Practice Vol 57, No 7 / July 2008
12. Ertem İ, Gelişimi izleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) Uygulama Kılavuzu
13. Güncel aşı takvimi http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/halk_sagligina_yonelik_bilgiler/asi_takvimi_07022014.pdf
14. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) (Çocukluk çağı hastalıklarına bütüncül yaklaşım), WHO,
15. Cooper P, Johnson R, Saloojee H, Zupan J, Yenidoğan Sorunlarına Yaklaşım: Hekim ve Hemşireler İçin Rehber, WHO
16. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, HSGM
17. Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı Ve Tedavi Programı, HSGM
18. Shulman ST et al . Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012;55:1279–82.
19. Nationale Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) . Urinary tract infection in children: Diagnosis, treatment and long-term management. Clinical guideline 54. August 2007. <http://nice.org.uk/cg054>. Accessed 2 August 2010

20. Ammenti A, Cataldi L, Chimenz R, Fanos V, La Manna A, Marra G, et al. Febrile urinary tract infections in young children: recommendations for the diagnosis, treatment and follow-up. *Acta Paediatrica* 2012; 101: 451-457
21. American Academy of Pediatrics, subcommittee on urinary tract infection, steering committee on quality improvement and management. Urinary tract infection: Clinical Practice Guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in Febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics* 2011; 128 (3) :595-610
22. Pennesi M, L'Erario I, Travas L, Ventura A. Managing children under 36 months of age with febrile urinary tract infection: a new approach. *Pediatr Nephrol* 2012; 27: 611-615
23. The Treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. -- 4th rev. World Health Organization 2005
24. Pekcan G, Beslenme Durumunun Saptanması, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Beslenme Bilgi Serisi-1, Ankara 2012
25. Merdol TK, Okul öncesi dönem çocuklarının beslenmesi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Beslenme Bilgi Serisi-1, Ankara 2012
26. Karağaoğlu N, İlköğretim çocuklarının beslenmesi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Beslenme Bilgi Serisi-1, Ankara 2012
27. Ülkar B, Üstü Y, İki dakikalık ortopedik muayene, Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı, ASM Yönetimi, İşleyiş ve Mevzuat Modülü, Spora Katılım Öncesi Sağlık Değerlendirmeleri ve Sporcu Lisans Raporları Kas iskelet sistemi muayenesi, Ankara, 2013
28. Aycan Z, Ergenlerde Boy Kısalığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin: Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı, Ankara
29. Büyükgebiz A, Ergenlerde sık görülen sağlık sorunlarına yaklaşım, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin: Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı, Ankara
30. Kızılkın MP, Kanbur NÖ, Ergenlerde Psikososyal Öykü- Görüşme: Ergensor "HEEADSSS", Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin: Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı, Ankara
31. Kanbur NÖ, Puberte ve Egzersiz, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin: Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı, Ankara

