ULUSLARARASI KATILIMLI

9. ULUSAL

Sosyal Pediatri Kongresi

"Çocuğa Bütüncül Yaklaşım ve Sağlıklı Nesiller"



15-17 EKİM 2026

InterContinental Istanbul







Bildiri Kitabı

Dalya

www.sosped2026.com

DAVET ***8***

KURULLAR ***9***

BİLİMSEL PROGRAM ***11***

KONUŞMA ÖZETLERİ ***19***

Kronik Hastalıklı Çocuğun Bağışıklamasındaki Önemli Noktalar Nelerdir? **20**

Eksik Aşılı Çocuğu Nasıl Aşılamalıyım? **21**

Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş: Ne ile Ne Zaman, Nasıl Olmalı? **23**

Olgularla Sık Yapılan Hatalar ve Tamamlayıcı Beslenme Sorunları **25**

Tamamlayıcı Beslenme Döneminde Mikrobesin ve Vitamin Destekleri **27**

Duyarlı Besleme ve Güncel Besleme Yöntemleri **29**

İklimi Değişen Çocuk: Pediatrist Ne Yapmalı? **31**

Beslenme Güçlükleri: Nasıl Yönetelim? **33**

Sanat ve Çocuk **36**

Özel Gereksinimi Olan Çocuğun Bakımında Kanıta Dayalı Yenilikçi Yaklaşımlar **39**

Dünyada ve Ülkemizde Özel Gereksinimi Olan Çocuğun İzlemi **45**

Özel Gereksinimli Çocukların Ailesi Olmak **48**

Çocuklarda Akılcı Antibiyotik Kullanımı **51**

Ergenlerde Uyku Sağlığı Biyolojik Ritim, Sosyal Jetlag ve Kronoterapi Yaklaşımları **53**

Uyku Sorunlarına Eşlik Eden Beslenme Güçlüklerinin Etkileşimsel Temelli Yönetimi **55**

Çocuk Sağlığında Güncel Takviyeler - Kanıta Dayalı Klinik Pratik **57**

Tamamlayıcı Beslenmede Sağlıklı Tabaklar: Başlangıçlar ve Menü Planlama **62**

Çocuklarda Dijital Bağımlılıkta Atılacak Adımlar ve Ebeveynin Rolü **66**

Emzirmede Sık Karşılaşılan Sorunlar **71**

SÖZLÜ BİLDİRİLER ***72***

SS-01 Nütrisyonel Anemisi Olan ve Olmayan Okul Öncesi Çocuklarda Gıda Güvencesi Durumunun Karşılaştırılması: Bir Pilot Çalışma **78**

SS-02 Çocuk Sağlığı Sorularında Üretken Yapay Zekâ Sohbet Botlarının Doğruluk ve Güvenliği: Yüksek Riskli Klinik Senaryolara Odaklanan Karşılaştırmalı Bir Çalışma **82**

SS-03 Çocuk İhmal ve İstismar Olgularının Demografik ve Klinik Özellikleri: Kütahya Şehir Hastanesi'nin 2 Yıllık Deneyimi 83

SS-04 Neden İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü? Cevap Anne Sütünün Mucizevi Biyoaktif İçeriğinde Saklı Olabilir mi? 84

SS-05 Birinci Basamakta Adölesan İdiyopatik Skolyozun Tanınması ve Sevki: Aile Hekimleri Üzerine Bir Araştırma 86

SS-06 Annelerin Çocukluk Çağı Ateşine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları: Kesitsel Bir Çalışma 89

SS-07 Malnütrisyon Tanılı Çocuklarda İkili Malnütrisyon Yükü: Sıklık ve İlişkili Faktörler 90

SS-08 Kısa mı, Kısa Algılanan mı? Boy Kısalığı Başvurularında Aile Algısı ve Birinci Basamak Yönlendirmesi 91

SS-09 Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde Aşı Kararsızlığı ve Ebeveyn Gerekçeleri . 92

SS-10 Yenidoğan Topuk Kanı Taramasına Yönelik Ebeveyn Tereddüdünün İşitme Taraması Tereddüdüyle İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma 94

SS-11 COVID-19 Pandemisinin Aşı Kararsızlığı Üzerindeki Etkisi 96

SS-12 Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Sonrası Dokuzuncu Aya Kadar Ek Bir İzlem Gerekir mi? 97

SS-13 Üniversite Öğrencileri, Hasta Yakınları ve Sağlık Çalışanlarının Cilt Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması 98

SS-14 Pediatri Asistanlarının Eğitim Süreçlerinin ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi 100

SS-15 Okul Çağı Çocuklarında İklim Değişikliği Farkındalığı 102

SS-16 Anne Sütünde Alfa-1 Antitripsin ve Salgısal IgA Etkileşimi: Sinerjik Etkileri Var mıdır? 105

SS-17 Hareket Davranışı Anketi'nin (Movement Behaviour Questionnaire) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması 107

SS-18 Çocuk İzlem Polikliniğinde Rutin Dışı Aşı Uygulamaları ve Ebeveyn Aşı Kararıyla İlişkili Faktörler 109

SS-19 Erken Çocuklukta Ekran Maruziyeti: 1–5 Yaş Çocuklarda Ekran Süresi, Dijital İçerik Tercihleri ve Kullanım Alışkanlıkları 110

SS-20 Hastanede Yatan Annelerde Emzirmenin Sürdürülmesi: Klinik Karar Algoritması 113

SS-21 Süt Çocuğunda Demir Profilaksisi: Preparat Tercihi, Gerçek Elementer Demir Dozu ve Anemi ile İlişkisi 116

SS-22 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Preterm Bebekler İçin Yapılandırılmış Taburculuk Müdahale Pilot Programının Uygulanabilirliği ve Etkisi 117

SS-23 Okul Öncesi Çocuklarda Gece Korkuları ve Kaygıları: Anksiyete ve Uyku Sorunlarıyla İlişkisi 121

SS-24 Pediyatrik Başağrılarının Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulgularının Değerlendirilmesi 126

SS-25 Hekimlerin Sosyal Pediatri Derneği "Aşı Uygulamaları" Bölümüne İlişkin Farkındalık ve Kullanım Düzeyleri ile Mobil Uygulama Beklentileri: Çok Merkezli Kesitsel Araştırma 127

SS-26 Anne Sütü Alım Süresi ve Okul Çağındaki Çocuklarda Sosyal ve Duygusal Gelişim 130

SS-27 Erken Doğum Sonrası Dönemde Emzirme Eğitiminin Algılanan Yetersiz Süt Miktarı ve Emzirme Başarısı Üzerindeki Etkisi 131

SS-28 Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Kapsamında Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi 132

SS-29 Paylaşan Ebeveynlik (Sharenting) Davranışının Sıklığı ve Bu Davranışı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi 133

SS-30 Türkiye'de Pediatri Uzmanlarının Adölesan İdiyopatik Skolyoz Taraması ve Değerlendirmesine Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları: Ulusal Çok Merkezli Kesitsel Anket 134

SS-31 Bir İlçe Devlet Hastanesinde Pediatri Birimine Başvuran Çocuklarda B 12 ve D Vitamini Eksikliğinin Değerlendirilmesi 135

SS-32 Genel Pediatri Polikliniğine Özgül Olmayan Yakınmalarla Başvuran Çocuklarda Ferritin, Vitamin B12 ve Folat Ölçümlerinin Ek Tanısal Katkısı 137

SS-33 Doğum Öncesi Ortak Ebeveynlik Beklentileri: Bir Doğum Kohortunda Ortak Ebeveynlik İlişkileri Ölçeği–Doğum Öncesi Versiyonu'nun Psikometrik Özellikleri 140

SS-34 B12 Vitamininin Çocuklarda Uyku Bozukluğuna Etkisi 147

SS-35 Çoklu Zeka Kuramı Temelli Antenatal Emzirme Eğitiminin Etkinliği: Nicel ve Nitel Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi 148

SS-36 İstanbul'da Kamusal Alanda Emzirme: Olumsuz Sosyal Tepkiler, Psikososyal Etmenler ve Davranışsal Uyumlar 150

SS-37 Pediatri Asistanlarının Rutin Dışı Aşılara İlişkin Bilgi, Klinik Senaryo Başarısı ve Öneri Davranışlarının Değerlendirilmesi 152

SS-38 Çocukluk Çağının Kendini Sınırlayan Epilepsilerinde Uyku ve Davranış Problemleri..... 153

SS-39 Çocuklarda Ekran Süresi ve Bilişsel İşlev Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Pediatri Servisi Araştırması 156

SS-40 Millî Mücadele Döneminde Çocuk Ölümleri ve Çocuk Bakımı: Hekim Gazetesi Örneği 159

SS-41 Dijital Kettle Pazarında "İdeal Mama Suyu Sıcaklığı" Söylemleri ve DSÖ Önerileriyle Çelişkisi..... 162

SS-42 Özel Durumlarda Pediatrik Aşılama Karar Desteği İçin Büyük Dil Modellerinin Karşılaştırılması: Performans ve Kritik Güvenlik Hataları 166

SS-43 Emzirme Sırasında Olumsuz Duygular Yaşayan Annelerin Değerlendirilmesi 168

SS-44 Sağlıklı Çocuklarda ''Bebeklik- Çocukluk Büyüme Atağı'' Zamanının, Etkileyen Faktörlerin ve 36. ve 60. Aydaki Büyümeye Etkisinin Değerlendirilmesi. 170

SS-45 Social Paediatric Issues in Japan - The Upstream Challenges of Seven Problems..... 172

SS-46 Mülteci Annelerde Yenidoğan Bakımı ve Süt Çocukluğu Beslenmesi: Bilgi, Uygulamalar ve İlişkili Faktörler 173

SS-47 Afet Bölgesinden Uzakta, Depremin Yansımaları: Çocuk Gelişim Uzmanına Yönlendirmelerde Deprem Sonrası Değişim 177

SS-48 Ebeveynlerin Solunum Sinsityal Virüsü ve Monoklonal Antikor ile Bağışıklamaya Yönelik Bilgi ve Tutumları: Çok Merkezli Çalışma 179

SS-49 Yumurta Alerjisi Şüphesi Nedeniyle KKK Aşısı Ertelenen Çocukların Ebeveynlerinde Aşı Kararsızlığı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma..... 181

SS-50 Okul Çağı Çocuklarında Uyku Bozuklukları ile Duygusal ve Davranışsal Güçlükler Arasındaki İlişki: Bir Doğum Kohortunun İzlem Çalışması..... 183

SS-51 Sağlıklı Çocukta Yüksek ALP: Her Zaman Hastalık mı? Benign Geçici Hiperfosfatazemi 186

SS-52 Algılanan Sosyal Destek ve Doğum Sonrası Depresif Belirtiler: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma..... 188

SS-53 Çocuk Uyku Sorunlarında Annelerin Yardım Arama Davranışları ve Bilgi Kaynakları..... 191

SS-54 Doğum Sonrası Altıncı Ayda Annelerin Bebeklerinin Ağlamasına Verdikleri Duygusal Tepkiler: Bir Anne-Bebek Kohortunda Duygularım Anketi'nin Psikometrik Özellikleri 193

SS-55 Çocuk ve Adölesanlarda Anne Sütü Süresi Kas-Yağ Oranı ve El Kavrama Gücü ile İlişkili midir? 196

SS-56 Büyük Ebeveynlere Uygulanan Etkileşim Temelli Eğitimin Torunların Büyüme ve Gelişmesi Üzerine Etkisi 198

SS-57 Anne ve Hekim Gözüyle Güncel Bebek Bakım Yöntemleri: Kullanım, Bilgi Kaynakları ve Farkındalık 201

SS-58 Seçici Yeme ve Pediatrik Beslenme Sorunlarında Yapay Zeka Yanıtlarının Kalitesi, Güvenlik Göstergeleri ve Okunabilirliği 203

SS-59 Laktasyon-Relaktasyon Polikliniğine İlk Başvuruda Karma/Formül Beslenme: İlişkili Faktörler ve Meme Reddi Profili 204

POSTER BİLDİRİLER*..... *206

PS-01 Anne-Bebek Ayrılığında Görsel Uyaranın Süt Sağımına Etkisinin 3 Olgu Üzerinde İncelenmesi 208

PS-02 Obezite Nedeniyle Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Anneden Doğan Bebekte Vitamin B12 Eksikliği: Olgu Sunumu 210

PS-03 İlk 1000 Gün ve Yenidoğan Bakımında Multidisipliner Yaklaşım: Gebe Okulu Verileri, Hekim Farkındalığı ve Aşı/İşlem Reddi Süreçlerinin Değerlendirilmesi 211

PS-04 Sağlıklı Ergenlerde Rutin Dışı Aşı Uygulamalarının Değerlendirilmesi 214

PS-05 Genital Lezyonların Ayırıcı Tanısında Gözden Kaçabilen Bir Neden: Adölesanda Skabiyes Olgusu 215

PS-06 Emzirmenin Kesilmesinde Yanlış Uygulama Nedeniyle Görülen Hiponatremik Nöbet 217

PS-07 Ceyhun Atuf Kansu ve Turhal'da Sosyal Pediatri Araştırmaları 218

PS-08 Kilo Vermenin Görünmeyen Yüzü: Hızlı Kilo Kaybı, Kısıtlayıcı Yeme Davranışları ve Atipik Anoreksiya Nervoza Riski Olan Bir Adolesan Olgu 221

PS-09 Özel Klinik Durumu Olan Çocuklarda Rutin Dışı Aşı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi 223

PS-10 Sağlık Okuryazarlığının Büyüme Üzerine Etkisi: Formül Mamanın Yanlış Hazırlanmasına Bağlı Yetersiz Kilo Alımı Olan Bir Bebek Olgusu 224

PS-11 İkiz Bebeklerde Emzirmenin Sürdürülmesinde Erken Profesyonel Desteğin Önemi: İki Pediatri Hekimi Annenin Karşılaştırmalı Olgu Sunumu 226

PS-12 Kronik Servikal Lenfadenopatiden Çocuk İhmaline: Bir Pediculosis Capitis Olgusu 228

PS-13 Yumurta Anafilaksisi KKK Aşısına Engel Değil 231

PS-14 Okul Öncesi Dönemde DEHB'nin Erken Tanısı ve Pediatristlerin Stratejik Rolü: Bir Olgu Sunumu 234

PS-15 Evlat Edinen Annelerde Emzirme Danışmanlığı: Olgu Sunumu Eşliğinde Pediatrik İzlem Yaklaşımı 236

PS-16 Kızamık Aşısı Uygulanmasında Yanlış Kontrendikasyonlar-İki Olgu Sunumu 237

PS-17 Sıvı Tedavisi Sırasında Gelişen Anafilaksi: Gözden Kaçabilen Tetikleyici Lateks 238

PS-18 Anne Sağlığı ve Emzirmenin Birlikte Korunması: Transdermal Estradiol Tedavisi Planlanan Bir Olgu 241

Uluslararası Katılımlı 9. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi Sonuç Bildirgesi.....242

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı ve Sosyal Pediatri Derneği ile, **15-17 Ekim 2026** tarihlerinde İstanbul'da düzenlenecek olan "***Uluslararası Katılımlı 9. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi***'ne sizleri davet etmekten büyük onur ve mutluluk duymaktayız.

Kongremiz bu yıl, "**Çocuk Sağlığında Bütüncül Bakım: Beden sağlığından ruh sağlığına, aileden topluma**" teması ile gerçekleşecek olup koruyucu çocuk sağlığı alanında güncel kanıta dayalı bilgilerin bütüncül bakış açısı ile paylaşılması ve tartışılması planlanmaktadır.

Ekim ayında **InterContinental İstanbul**'da yapılacak olan kongremizde sizlerle buluşmaktan mutluluk duyacağımızı belirtir, Sosyal Pediatri Derneği yönetim kurulu ve kongre düzenleme kurulu olarak güncel bilgileri paylaşmak, dostlarla buluşmak ve yeni anılar biriktirmek için hepinizi İstanbul'da ağırlamak isteriz.

Sevgi ve saygılarımızla

Prof. Dr. Gülbin Gökçay
Sosyal Pediatri Derneği
Yönetim Kurulu ve
Kongre Başkanı

KURULLAR

Kongre Başkanı

Dr. Emine Gülbin Gökçay

Kongre Bilimsel Sekreterleri

Dr. Gonca Keskindemirci

Dr. Adnan Barutçu

Kongre Düzenleme Kurulu*

Dr. Adnan Barutçu

Dr. Gizem Elitok Kara

Dr. Gonca Keskindemirci

Dr. Nalan Karabayır

Dr. Özlem Bostan Gayret

Kongre Bilimsel Kurulu*

Dr. Adnan Barutçu

Dr. Gizem Elitok Kara

Dr. Gonca Keskindemirci

Dr. Mine Başıbüyük

Dr. Nalan Karabayır

Dr. Özlem Bostan Gayret

Dr. Perran Boran

*: İsimler alfabetik sıraya göre düzenlenmiştir.

Sosyal Pediatri Yönetim Kurulu

Prof. Dr. Gülbin Gökçay

Prof. Dr. Meda Kondolot

Prof. Dr. Habip Almış

Prof. Dr. Özlem Bağ

Doç. Dr. Adnan Barutçu

BİLİMSEL PROGRAM

15 Ekim 2026 GIDR (GELİŞİMİ İZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ) KURSU	
09:00 - 16:45	**GIDR (GELİŞİMİ İZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ) KURSU** **Kurs Başkanı:** Dr. Bahar Bingöler Pekcici
09:00 - 09:30	**1.Bölüm: Kurs Öncesi Değerlendirme, Tanışma ve Beklentiler** Dr. Bahar Bingöler Pekcici
09:30 - 10:30	**2. Bölüm: Gelişime Bütüncül Yaklaşım** Dr. Derya Gümüş Doğan
10:30 - 10:45	**Kahve Molası**
10:45 - 11:30	**3. Bölüm: GİDR Tekniği, Temel İlkeleri, Uygulama** Dr. Azize Büyükkoç
11:45 - 12:30	**4. Bölüm: GİDR Kodlama ve Yorumlama** Dr. Bahar Bingöler Pekcici
12:15 - 13:15	**Öğle Yemeği**
13:15 - 13:30	**5. Bölüm: GİDR Yarışması** Dr. Azize Büyükkoç
13:30 - 14:15	**6.Bölüm: GİDR Uygulaması** Dr. Gizem Kara Elitok
14:15 - 14:45	**7. Bölüm: Bireyselleştirilmiş Destekleme Bölümü** Dr. Derya Gümüş Doğan
14:45 - 15:00	**Kahve Molası**
15:00 - 15:45	**8. Bölüm: Gelişimsel Zorluklara Yaklaşım** Dr. Bahar Bingöler Pekcici
15:45 - 16:15	**9.Bölüm: Dünyada GIDR Uygulamaları ve Yeni Gelişmeler** Dr. Derya Gümüş Doğan
16:15 - 16:45	**10.Bölüm: Kursun Değerlendirmesi ve Kapanış** Dr. Gizem Kara Elitok

ÇOCUKLARDA UYKU SAĞLIĞI VE UYKU BOZUKLUKLARI KURSU

08:45 - 16:45	**ÇOCUKLARDA UYKU SAĞLIĞI VE UYKU BOZUKLUKLARI KURSU** **Kurs Başkanı:** Dr. Perran Boran
08:45 - 09:00	**Açılış ve Ön Test**
09:00 - 09:45	**Çocuklarda Uyku Sağlığı ve Uykunun Gelişimi** **Uyku Fizyolojisi, Gelişimsel Özellikler, Aile ve Kültürün Önemi, Çocuklarda Uyku Sağlığı** Dr. Perran Boran
09:45 - 10:30	**Uyku Yakınması ile Gelen Çocukta Klinik Değerlendirme** **Uyku Öyküsü, Uyku Günlüğü, Ölçekler, Kırmızı Bayraklar** Dr. Ezgi Barış
10:30 - 10:45	**Kahve Molası**
10:45 - 11:30	**Erken Çocukluk Çağı İnsomnisi ve Davranışsal Uyku Sorunları - 1** **NEST Kavramsal Çerçeve ve Değerlendirme** Dr. Perran Boran
11:30 - 12:15	**İnsomni Tanısında Ayırıcı Tanı: Ne Zaman Farklı bir Uyku Bozukluğundan Şüphelenelim?** **Gece Paroksismal Olaylar, Narkolepsi, İpuçları Değerlendirme, Yönlendirme** Dr. Gülçin Benbir Şenel
12:15 - 13:15	**Öğle Yemeği**
13:15 - 14:15	**ErErken Çocukluk Çağı İnsomnisi ve Davranışsal Uyku Sorunları - 2** **NEST Yaklaşımı ile Aile Merkezli, Duyarlı Müdahale Seçenekleri** Dr. Perran Boran
14:15 - 14:45	**Ergenlerde Uyku Sağlığı: Biyolojik Ritim, Sosyal Jetlag ve Kronoterapi Yaklaşımları** Dr. Şenay Türe
14:45 - 15:00	**Kahve Molası**
15:00 - 15:20	**Erken Çocuklukta Beslenme Güçlükleri: Etkileşimsel Düzenleme** **Uyku Sorunlarına eşlik eden Beslenme Güçlüklerinin Etkileşimsel Temelli Yönetimi** Dr. Mahmut Caner Us
15:20 - 16:30	**Olgu Temelli Çalışma** **4 kısa Olgu, Küçük Grup Tartışması** Uz. Psikolog Hülya Barlak ve Eğiticiler
16:30 - 16:45	**Son Test ve Kapanış**

BAĞIŞIKLAMA KURSU

09:00 - 13:15	**BAĞIŞIKLAMA KURSU** **Kurs Başkanı:** Dr. Emel Gür **1.Bölüm Başkanları:** Dr. Emel Gür, Dr. Filiz Orhon
09:00 - 09:15	**Kayıt, Açılış ve Konuşma**
09:15 - 09:45	**Aşılamada Genel İlkeler Nelerdir? Rutin Aşı Takvimizdeki Yenilikler** Dr. Sevtap Velipaşaoğlu
09:45 - 10:30	**Rutin Dışı Aşılarda Güncellemeler ve Gelişmeler** Dr. Feyza Koç
10:30 - 10:45	**Kahve Molası**
10:45 - 11:30	**Prematüre Aşılamasında Yenilikler, Adolesanlarda Aşılama ve Önemi** Dr. Meda Kondolot
11:30 - 12:15	**Eksik Aşılı Çocuğu Nasıl Aşılamalıyım?** Dr. Filiz Orhon
12:15 - 13:15	**Öğle Yemeği**
13:15 - 16:30	**BAĞIŞIKLAMA KURSU** **II. Bölüm Başkanları:** Dr. Emel Gür, Dr. Filiz Orhon
13:15 - 14:00	**Kronik Hastalıklı Çocuğun Bağışıklamasındaki Önemli Noktalar Nelerdir?** Dr. Meltem Dinleyici
14:00 - 14:45	**Kemoterapi Alan, Kemik İliği Nakli Olan, Biyolojik Ajan Tedavisi Alan Çocukların Aşılanmasında Dikkat Edilmesi Gerekenler** Dr. Gonca Keskindemirci
14:45 - 15:00	**Kahve Molası**
15:00 - 15:45	**Aşı Kararsızlığı- Reddi Karşısında Nasıl Bir Yol İzlemeliyiz?** Dr. Ahmet Ergin
15:45 - 16:30	**Görüşler ve Kapanış**

SÜT ÇOCUKLARINDA BESLENME KURSU

09:00 - 16:45	**SÜT ÇOCUKLARINDA BESLENME KURSU** **Kurs Başkanları:** Dr. Songül Yalçın, Dr. Nalan Karabayır
09:00 - 09:15	**Kayıt, Açılış ve Konuşma**
09:15 - 09:45	**Laktasyon Fizyolojisi ve Erken Dönemde Emzirme Süreci** Dr. Elif Korgalı
09:45 - 10:30	**Doğru Emzirme ve Emzirmeyi Değerlendirme** Dr. Şeyma Karatekin
10:30 - 10:45	**Kahve Molası**
10:45 - 11:00	**Emzirmede Sık Karşılaşılan Sorunlar** Dr. Mine Başıbüyük
11:00 - 11:30	**Hasta Anne ve Emzirme (İlaç, Görüntüleme, Hospitalize Anne, Enfeksiyonlar)** Dr. Nalan Karabayır
11:30 - 12:15	**Vaka Sunumları (3 vaka)** Dr. Nalan Karabayır
12:15 - 13:15	**Öğle Yemeği**
13:15 - 14:00	**Ülkemizde Tamamlayıcı Beslenme Durumu ve Beslenme Belirteçleri** Dr. Songül Yalçın
14:00 - 14:30	**Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Ne Zaman, Ne ile ve Nasıl Olmalı?** Dr. Nilgün Demirli Çaylan
14:30 - 14:45	**Tartışma**
14:45 - 15:00	**Kahve Molası**
15:00 - 15:30	**Duyarlı Beslenme ve Güncel Besleme Yöntemleri** Dr. Emel Örün
15:30 - 16:00	**Tamamlayıcı Beslenme Dönemi Mikrobesin ve Vitamin Destekleri** Dr. Merve Küçükoğlu Keser
16:00 - 16:30	**Olgularla Beslenme Sorunları ve Sık Yapılan Hatalar** Dr. Meryem Erat Nergiz
16:30 - 16:45	**Tartışma ve Kapanış**

TOPLANTI SALONU - I	
17:00 - 18:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Özlem Bostan Gayret, Dr. Nisa Eda Çullas İlarslan
TOPLANTI SALONU - II	
17:00 - 18:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Vefik Arıca, Dr. Ayşegül Doğan Demir
TOPLANTI SALONU - III	
17:00 - 18:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Pınar Yılmazbaş, Dr. Övgü Büke
KIOSK - I	
17:00 - 18:00	**Poster Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Adnan Barutçu, Dr. Mine Başıbüyük
16 Ekim 2026 **ANA SALON**	
09:00 - 09:45	**Açılış Töreni ve Açılış Konuşmaları**
09:45 - 10:30	**Prof. Dr. Gülbin Gökçay Emeklilik Töreni**
10:30 - 10:50	**Kahve Molası**
10:50 - 11:40	**PROF. DR. GÜLBİN GÖKÇAY OTURUMU: ÇOCUK SAĞLIĞININ BELİRLEYİCİLERİ VE DEMOGRAFİK DEĞİŞİM** **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Gülbin Gökçay, Dr. Nurdan Evliyaoğlu
	Demografik Dönüşüm ve Bunun Olası Toplumsal/Ekonomik Sonuçları Dr. Veysel Bozkurt
	Doğurganlık Oranlarındaki Değişim Nedenleri ve Çocuk Sağlığına Etkileri-Çözüm Önerileri Dr. Ahmet Ergin
11:40 - 12:10	**UYDU SEMPOZYUMU** **Menquadfi ile Erken Koruma** **Konuşmacı:** Dr. Adnan Barutçu sanofi
12:10 - 13:10	**Öğle Yemeği**
13:10 - 13:40	**UYDU SEMPOZYUMU** **Nimenrix ile Tam Zamanında ve Uzun Süreli Koruma** **Konuşmacı:** Dr. Feyza Koç Pfizer
13:40 - 14:10	**ÇOCUK SAĞLIĞINDA ARAŞTIRMALAR** **Oturum Başkanı:** Dr. Elif Özmert
	Kanıta Dayalı Pediatri: Araştırmadan Yayına Giden Yol (Evidence-Based Pediatrics: From Research to Publication) Dr. Stuart Logan
14:10 - 15:10	**ÇOCUK SAĞLIĞI: BÜTÜNCÜL İZLEM** **Oturum Başkanları:** Dr. Sevgi Başkan, Dr. Nilgün Çöl
	Diş Sağlığı ve Çocuk Dr. Yeliz Güven
	İlk 5 Yaşta Ayak Gelişimi ve Sık Karşılaşılan Sorunlar Dr. Semih Ayanoğlu
	Dayanıklı Çocuk ve Ebeveynlik Dr. Burak Doğangün
15:10 - 15:30	**Kahve Molası**

15:30 - 16:30	**ÇOCUK SAĞLIĞINI TEHDİT EDEN SORUNLAR VE MÜDAHALE ÖNERİLERİ** **Oturum Başkanları:** Dr. Figen Dağlı, Dr. Betül Ulukol
	Çocuklarda Dijital Bağımlılıkta Atılacak Adımlar ve Ebeveynin Rolü Dr. Betül Orhan Kılıç
	İklimi Değişen Çocuk- Pediatrist Ne Yapmalı Dr. Özlem Bostan Gayret
	Evde Acil ilk Müdahale Dr. Demet Demirkol
16:30 - 17:00	**IBCLC: Neden Anne Sütü, Neden Uluslararası Sertifikalı Laktasyon Danışmanlığı (IBCLC)** **Oturum Başkanı:** Dr. Bahar Kural **Konuşmacı:** Dr. Tijen Eren
17:00 - 18:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Burçin Nalbantoğlu, Dr. Fadime Yüksel

TOPLANTI SALONU - I

17:00 - 18:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Yaşar Topal, Dr. Gökçe Celep

TOPLANTI SALONU - II

17:00 - 18:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Atilla Çifci, Dr. Ayşe Tolunay Oflu

TOPLANTI SALONU - III

17:00 - 18:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Ayşin Nalbantoğlu, Dr. Adnan Barutçu

KIOSK - I

17:00 - 18:00	**Poster Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Nazmi Mutlu Karakaş, Dr. Tuğba Ayçiçek Dinçer

KIOSK - II

17:00 - 18:00	**Poster Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Göksel Vatansever, Dr. Öykü Özbörü Aşkan

17 Ekim 2026
ANA SALON

08:00 - 09:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Bahar Çuhacı Çakır, Dr. Melek Oğuz
09:00 - 09:50	**ÇOCUKLARDA UYKU SAĞLIĞI: NORMAL UYKU İLE UYKU BOZUKLUKLARINI AYIRT ETMEK** **Oturum Başkanları:** Dr. Derya Karadeniz, Dr. Gülçin Benbir Şenel
	Çocuklarda Uyku Sağlığı: Klinik ve Gelişimsel Perspektif Dr. Perran Boran
	Çocuklarda Uyku Bozukluklarını Nasıl Dışlarız? Klinik İpuçları – How to Rule Out Sleep Disorders in Children? Clinical Tips Dr. Lourdes DelRosso
09:50 - 10:20	**UYDU SEMPOZYUMU** **Prevenar 20 ile Temeli Sağlam Genişleyen Kapsam** **Konuşmacı:** Dr. Gonca Keskindemirci
10:20 - 10:40	**Kahve Molası**
10:40 - 11:40	**BESLENME** **Oturum Başkanları:** Dr. Aysu Duyan Çamurdan, Dr. Selda Karaayvaz
	Tamamlayıcı Beslenmede Sağlıklı Tabaklar: Başlangıçlar, Menü Planlama Dyt. Beyza Eliuz Tipici
	Beslenme Güçlükleri: Nasıl Yönetelim? Dr. Habip Almiş
	Çocuk Sağlığında Güncel Takviyeler: Kanıta Dayalı Klinik Pratik Dr. Özlem Bağ
11:40 - 12:10	**UYDU SEMPOZYUMU** **Beyfortus ile RSV'ye Karşı Etkin Koruma** **Konuşmacı:** Dr. Tolga İnce
12:10 - 13:10	**Öğle Yemeği**
13:10 - 13:40	**UYDU SEMPOZYUMU** **Bexsero ile Menenjite Karşı Koruma -** **Menenjit aşılarına genel bakış : MenB (Bexsero) & MenACWY (Menveo)** **Konuşmacı:** Dr. Nicel Yıldız Silahlı
13:40 - 14:10	**BAĞIŞIKLAMA: SURVEYANS VE GELECEK** **Oturum Başkanı:** Prof. Dr. Gülbin Gökçay
	Bağışıklamada Epidemiyolojinin Yeri-The Place of Epidemiology in Immunization Dr. Helen Campbell

14:10 - 15:10	**ÇOCUK GELİŞİMİ: SAĞLIKLI BAŞLANGIÇ VE SAĞLIKLI SÜRDÜRME** **Oturum Başkanları:** Dr. Selda Bülbül, Dr. Adem Aydın
	Ulusal Tarama Programlarında Güncel Durum Dr. Merve Tosyalı
	Çocuk ve Ergenlerde Güvenli Spor: Hangi Yaş, Hangi Spor Dr. Bülent Bayraktar
	Sanat ve Çocuk: Nasıl Desteklenmeli? Dr. Bahar Öztelcan Gündüz
15:10 - 15:30	**Kahve Molası**
15:30 - 16:20	**ÖZEL GEREKSİMİNİ OLAN ÇOCUK** **Oturum Başkanları:** Dr. Serpil Uğur Baysal, Dr. Gonca Yılmaz
	Özel Gereksinimi Olan Çocuğun Ailesi Olmak Dr. Fadime Yüksel
	Dünyada ve Ülkemizde Özel Gereksinimi Olan Çocuğun İzlemi Dr. Nihal Durmaz
	Özel Gereksinimi Olan Çocuğun Bakımında Kanıta Dayalı Yenilikçi Yaklaşımlar Dr. Melda Çelik
16:20 - 16:40	**Akılcı Antibiyotik Kullanımı** Dr. Ayşe Kılıç
16:40 - 17:10	**Kapanış**
TOPLANTI SALONU - I	
08:00 - 09:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Özlem Tezol, Dr. Filiz Tubaş
TOPLANTI SALONU - II	
08:00 - 09:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Aysun Kara Uzun, Dr. Hüsniye Yücel
TOPLANTI SALONU - III	
08:00 - 09:00	**Sözlü Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Medine Ayşin Taşar, Dr. Meltem İleri
KIOSK - I	
08:00 - 09:00	**Poster Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Seda Topçu, Dr. Ganime Ayar
KIOSK - II	
08:00 - 09:00	**Poster Bildiriler** **Oturum Başkanları:** Dr. Demet Soylu, Dr. Mehmet Semih Demirtaş

KONUŞMA ÖZETLERİ

Kronik Hastalıklı Çocuğun Bağışıklamasındaki Önemli Noktalar Nelerdir?

Prof.Dr.Meltem Dinleyici
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Aşı uygulamaları hayat kurtaran ve sayısız çocuğu hastalık ve sakatlıktan koruyan, dünya üzerindeki en uygun maliyetli halk sağlığı müdahalelerinden biridir. Çocuklarda kronik hastalık; şu anda tedavi edilemeyen ve en az üç aydır mevcut olan, muhtemelen üç aydan daha uzun sürecek olan veya son bir yıl içinde en az üç kez meydana gelen ve tekrarlayacak olan tıbbi bir durum olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuklarda hastalığın kendisine ait nedenler ve/veya kullanılan ilaçların etkisi sonucu hastaneye sık yatış ve sağlık kuruluşuna sık başvurular olmakta, bu çocuklarda enfeksiyon riski artmakta ve enfeksiyonlar ciddi komplikasyonlar ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenlerle kronik hastalığı olan çocuklarda aşılanma önem taşımaktadır. Kronik hastalığı olan çocukların aşı ile önlenebilir hastalıklardan korunması için bağışıklama planı yapılırken, hastalığın kendisinin ya da uygulanan tedavinin bir aşı için kontrendikasyon oluşturup oluşturmadığı, hastalığın bir enfeksiyon açısından risk yaratıp yaratmadığı, hastalığı ve/veya kullandığı ilaçlar nedeniyle bağışıklama programı dışında gereken ek bir aşı olup olmadığı açısından değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu nedenle her hasta ve hastalığı özelinde bireysel değerlendirme yapılarak bağışıklama kararı verilmelidir. Genel olarak bütün kronik hastalıklar için geçerli kural; özellikle kontrendikasyona neden olacak bir durum yok ise sağlıklı çocuklar için önerilen aşıların tümünün kronik hastalığı olan çocuklara da uygulanmasıdır. Kronik hastalığı olan çocuklarda aşıları, yaşlarına ve klinik durumlarına uygun olarak mümkün olan en kısa sürede tamamlamak önemlidir. Bu hastalara ve evdeki temaslılara yıllık mevsimsel influenza aşı uygulanmasının önemi vurgulanmalıdır.

Kaynaklar

1. American Academy of Pediatrics. Immunization in Special Clinical Circumstances. In: Kimberlin DW, Baerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2024, *Report of the Committee on Infectious Diseases*. American Academy of Pediatrics; 2024 p:87-110.
2. Centers for Disease Control and Prevention. General Recommendations on Immunization. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/index.html. Son erişim Tarihi: 07.10.2026.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine Recommendations and Guidelines of the ACIP. Altered Immunocompetence. Erişim: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/altered-immunocompetence.html. Son erişim tarihi: 07.10.2026

Eksik Aşılı Çocuğu Nasıl Aşılamalıyım?

Prof. Dr. Filiz Orhon
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Aşılanmamış veya eksik aşılı çocuk; aşı takviminde belirtilen aralıklara göre yapılması gereken aşıları hiç yapılmamış ya da eksik olan çocuk olarak tanımlanır. Uygun olmayan fiziksel altyapı, personel yetersizliği, aşı hakkında bilgi eksikliği ve aşı kontrendikasyonları hakkında bilgi eksikliği gibi sağlık sistemi kaynaklı nedenler, ailenin aşılar konusunda bilgi eksikliği, sağlık personeli ile uygun olmayan iletişim ve aşı yaptırmakta tereddüt durumu gibi bireysel ve ailesel nedenler ve savaş, göç, afet vs durumların varlığı, toplumda aşı ile ilgili yanlış veya yetersiz bilgilendirme yapılması ve batıl inanışlar gibi diğer nedenler çocuklarda eksik aşılamanın nedenleri arasında bulunmaktadır.

Eksik aşılı çocukları değerlendirmede aşının yapılıp yapılmadığının iyi belirlenmesi gereklidir. Aşının yapıldığına dair kesin kanıt olarak, aşılama tarihinin de bulunduğu yazılı kayıtlar kabul edilmelidir. Azaltılmış ya da bölünmüş dozda yapılan aşı dozu geçerli sayılmamalıdır. Aşılanma durumunu belirlemek için serolojik test yapılması bir alternatif olabilmekle birlikte her zaman önerilmemektedir.

Eksik rutin aşıların tamamlanmasında genel ilkeler göz önüne alınmalıdır. Hiç aşılanmamış ya da bazı aşıları yapılmış ama aradan bir süre geçmiş kişilerin yakalandığı anda o yaşa uygun şema ile aşılanması gereklidir. Kişiye ve yaşa uygun aşılama şeması oluşturmak uygundur. Aşı dozları arasındaki minimum süre ve aşılar arası etkileşim gözönüne alınarak hızlandırılmış bir şema uygulanmalıdır. Aşılar arasında minimum süre bırakılmalı, aynı anda birden fazla aşı yaparak bir an önce eksik aşılar tamamlanmaya çalışılmalıdır. Bırakılması gereken en az süreye uyulmadığında yapılan dozun geçersiz sayılması ve uygun süre sonra tekrarlanması gereklidir. Aşı minimum süreden 4 veya daha az gün önce öncesinde yapılırsa genellikle geçerli sayılabilir (Kuduz aşısı dışında). Aşı minimum süreden 5 gün veya daha fazla süre geçtikten sonra yapılmışsa geçersiz kabul edilmeli ve yaşına uygun olarak tekrarlanmalıdır.

Aşıların eş zamanlı uygulanması gerektiğinde bazı ilkelere dikkat edilmelidir. BCG, OPV, DaBT-İPV-Hib-HBV, KKK ve hepatit B aşılarının aynı gün yapılmasında bir sakınca yoktur. Kural olarak parenteral (enjeksiyonla) uygulanan iki canlı viral aşı (KKK, suçiçeği aşıları) aynı anda uygulanabilir. Ancak aynı anda uygulanamayacaksa aralarında en az 4 hafta süre bırakılması gerekir. OPV ile diğer canlı aşılar arasında süre bırakılması gerekmez. Canlı virüs aşıları Tüberkülin Cilt Testini (TCT) bozabileceğinden ppd uygulaması kızamık içeren aşılar ile aynı günde veya 4–6 hafta sonra yapılmalıdır. Kızamık hastalığı ya da aşısı sonrası lenfopeni oluşma olasılığı nedeniyle, hücresel bağışıklık yetersiz kalabileceğinden kızamık içeren aşılar sonrası BCG uygulamasını 4 hafta sonra yapmak gerekir. BCG aşısının önce uygulandığı durumda ise kızamık içeren aşıların uygulanması için süre bırakmaya gerek yoktur.

Aşısız ya da eksik aşılı çocukların aşılanmasında "Sosyal Pediatri Derneği Aşısız Çocuklar İçin Aşı Takvimi Önerisi" bir rehber olarak önerilmektedir. *(https://www.sosyalpediatri.org.tr/assets/files/asi-uygulamalari/au5.pdf?t=002)*

Sonuç olarak; kaçırılmış fırsata yol açmamak için, sağlık kurumuna herhangi bir nedenle başvuran her çocuğun aşılama durumu kontrol edilmeli, aşılanması gerekenler ve eksik aşılılar tespit edilmeli ve eksik aşılı ya da aşısız çocuklar yakalandığı anda ilkeler doğrultusunda aşılanmalıdır.

Kaynaklar

1. AAP. Red Book: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: AAP: 2024.
2. Ezeanolue E et al. Best Practices Guidance of the ACIP. *[www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf]*.
3. Vaccine Recommendations and Guidelines of the ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization Contraindications and Precautions. https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html
4. World Health Organization. Intervention guidebook for implementing and monitoring activities to reduce Missed Opportunities for Vaccination. Geneva, 2019. *https://www.who.int/publications/i/item/9789241516310*
5. Sosyal Pediatri Derneği Aşısız Çocuklar İçin Aşı Takvimi Önerisi *https://www.sosyalpediatri.org.tr/assets/files/asi-uygulamalari/au5.pdf?t=002*
6. **Orhon F,** Ergin A. Aşılamada Kaçırılmış Fırsatlar ve Eksik Aşılı Çocuğun Aşılanması. Ankara Tıp Pediatri. Editör: Prof. Dr. Tayfun Uçar. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2026. p. 231-239. ISBN: 978-625-5746-50-4.

Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş: Ne ile Ne Zaman, Nasıl Olmalı?

[1,2] Doç. Dr. Nilgün Demirli Çaylan
[1]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Çorum
[2]Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çorum

Yaşamın ilk 2 yılı büyümenin son derece hızlı olduğu, beyin gelişiminin büyük ölçüde tamamlandığı ve bağırsak mikrobiyotasının şekillendiği hayati bir yaşam evresidir. İlk 6 ay boyunca anne sütü, bebeğin tüm gereksinimlerini tek başına eksiksiz karşılayabilir. Ancak 6. ayın bitiminde (~180. gün), bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için anne sütü tek başına yeterli gelmemeye başlar; özellikle enerji, demir ve çinko gibi temel makro ve mikro besin öğelerinde ciddi bir açık oluşur. Bu süreçte, sıvı kıvamlı beslenmeden katı, yarı katı ve parçalı sofra yemeklerine kademeli geçişi ifade eden tamamlayıcı beslenme dönemi başlar. Dönemin temel amacı, çocuklara uzun vadeli ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmaktır. Tamamlayıcı beslenmeyle birlikte emzirmenin 2 yaş ve daha sonrasına kadar sürdürülmesi de kritik bir öneme sahiptir.

Tamamlayıcı beslenmeye geçiş zamanı; bebeğin nöromüsküler, sindirim, boşaltım ve bağışıklık sistemlerinin olgunlaşmasıyla doğrudan ilişkilidir. Bebeğin baş ve boynunu dik tutabilmesi, destekli oturabilmesi, yiyecek teklif edildiğinde ağzını açması, kaşığı diliyle itme refleksinin kaybolması ve nesneleri eliyle kavrayıp ağzına götürebilmesi önemli gelişimsel hazır bulunuşluk göstergeleridir. Prematüre bebeklerde ise ek gıdaya geçiş kararı düzeltilmiş yaşa ve nöromotor gelişim basamaklarına bakılarak hekim kontrolünde verilir. Ek gıdaya erken başlanması (özellikle 4. aydan önce); aspirasyon riskini, sindirim güçlüklerini, ishalleri ve alerjik reaksiyonları artırırken, anne sütünün erken kesilmesine neden olabilir. Geç başlanması (7. aydan sonraya bırakılması) ise yetersiz enerji alımı nedeniyle malnütrisyona, demir eksikliği anemisine, besin reddine ve çiğneme/konuşma fonksiyonlarında gecikmelere yol açar.

Bebeklerin sağlıklı gelişimi için besin çeşitliliği temel şarttır; minimum diyet çeşitliliği için tanımlanan 8 temel besin grubundan her gün en az 5 tanesinin tüketilmesi gerekir. Yaşa göre önerilen kıvam ve öğün yapıları şu şekildedir:

- 6-8 Aylık Dönem: Ek besinlerle tanışma evresidir. Besinlerin kıvamı iyice ezilmiş yoğun püre kıvamında olmalıdır. İlk kez tanıtılan besinler 1-2 tatlı kaşığı kadar verilir, giderek miktarı arttırılarak bebeğin alışması sağlanır. Yeni besinleri başlarken ardışık günlerde başlanabilir, bir zaman aralığı vermeye gerek yoktur. İlk verilecek besin ana besin gruplarından herhangi birinden olabilir. Genellikle sebze püresi, günlük taze mayalanan ev yoğurdu gibi besinler ilk olarak tercih edilmektedir. Demir eksikliğini önlemek için erken dönemde pürelere kıyma veya püre kırmızı et eklenmesi çok önemlidir. Yumurta, balık, kuruyemiş gibi alerjen potansiyeli yüksek gıdalar geciktirilmeden 6. aydan sonra tanıtım dozlarıyla başlanmalıdır. Ek besinlere şeker ve tuz eklenmemelidir.

- 9-11 Aylık Dönem: İnce doğranmış veya pütürlü ezilmiş gıdalara geçilir. Bebeğin baş ve işaret parmağıyla kavrayıp kendi yiyebileceği parmak besinler (mücver, haşlanmış sebze dilimleri, köfte, kılçıksız balık parçaları) öğünlere eklenir. Anne sütüne ek olarak günde 3 öğün ve isteğe göre 1-2 ara öğün şeklinde beslenme düzenlenir.
- 12-23 Aylık Dönem: Bebek artık aile sofrasına oturarak küçük parçalar halinde normal sofra gıdalarını (baharatsız ve normal yağlı) tüketebilir. Günde 3-4 ana öğün ve 1-2 ara öğün planlanır.

Güvenli ve hijyenik besin hazırlığı için eller yemekten önce ve çiğ gıdayla temastan sonra en az 20 saniye sabunla yıkanmalıdır. Çiğ et, tavuk ve balık gibi riskli gıdalar diğer besinlerden ayrı tutulmalı, farklı kesme tahtaları kullanılmalıdır. Özellikle etlerin içi tamamen pişmeli, pembe kısım kalmamalıdır. Pişmiş yemekler oda sıcaklığında 2 saatten fazla bekletilmemeli ve tehlikeli sıcaklık aralığı olan 5-60 °C'den korunmalıdır. Boğulma riski nedeniyle kuruyemişler ezilerek verilmelidir. Bütün üzüm/domates, sert ve büyük elma/havuç dilimleri kesinlikle verilmemelidir.

Çay, bitki çayları (rezene dahil), 1 yaşından önce bal ve tuz, şekerli/paketli gıdalar, konserve ve aşırı işlenmiş ürünler (tatlandırılmış içecekler, paketli atıştırmalıklar, hazır çorbalar, çocuk yoğurtları, tatlı bisküviler ve hazır kahvaltılık gevrekler gibi) ve bakla (favizm riski) bebek beslenmesinde yer almamalıdır. Besleme sürecinde; vegan, vejetaryen beslenme, zorlama, oyalama (ekran izletme gibi) veya uykuluyken yedirme gibi hatalı uygulamalardan kaçınılmalıdır. Özellikle bebeğin açlık ve tokluk sinyallerine göre düzenlenen duyarlı beslenme ilkelerinin uygulanması beslenme problemlerinin ortaya çıkmasını engellemede oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. WHO Guideline for Complementary Feeding of Infants and Young Children 6–23 Months of Age. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Yalçın S.S., Duyan Çamurdan, A., Örün, E. ve ark. (2026) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Tamamlayıcı Beslenme Rehberi. Sosyal Pediatri Derneği Yayınları.
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary feeding: A position paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017;64(1):119-132.
4. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition (ESPGHAN), European Academy of Paediatrics (EAP), European Society for Paediatric Research (ESPR), et al. World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6–23 months 2023: A multisociety response. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;79(1):181-188.

Olgularla Sık Yapılan Hatalar ve Tamamlayıcı Beslenme Sorunları

Doç. Dr. Meryem Erat Nergiz
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı; Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Yaşamın ilk iki yılı, çocuğun büyüme ve gelişiminin hızla devam ettiği, beslenme davranışlarının şekillendiği ve yaşam boyu sürecek alışkanlıkların temellerinin atıldığı önemli bir dönemdir. Bu dönemde kazanılan beslenme alışkanlıkları, çocuğun yalnızca mevcut sağlık durumunu değil, ilerleyen yaşlardaki beslenme tercihlerini ve sağlığını da etkiler. Tamamlayıcı beslenme sürecinde sık yapılan hataların ve karşılaşılan sorunların bilinmesi, bunların erken dönemde fark edilerek uygun yaklaşımlarla çözüme kavuşturulması açısından önemlidir. Bu sorunlar ve çözüm önerileri aşağıda özetlenmiştir.

Zamanlama ve Öğün Düzeni

Sorunlar: Tamamlayıcı beslenmeye erken veya geç başlanması, öğünlerin yaşa uygun planlanmaması, öğün aralarında sürekli yiyecek sunulması, yeni besinler arasında gereksiz uzun süre beklenmesi ve yemek süresinin aşırı uzatılması.
Çözümler: Tamamlayıcı beslenmeye altıncı ayda başlanmalı; öğün sıklığı ve miktarı çocuğun yaşına ve isteğine göre düzenlenmelidir. Düzenli ana öğünler ve gerektiğinde planlı ara öğünler oluşturulmalı, besin çeşitliliği artırılmalı ve yemek saatleri baskı oluşturmayacak şekilde planlanmalıdır.

Duyarlı Beslenme ve Yeme Davranışı

Sorunlar: Açlık ve tokluk işaretlerinin dikkate alınmaması, çocuğun yemek yemeye zorlanması, yemek sırasında ekran kullanılması, kendi kendine beslenmenin desteklenmemesi, reddedilen besinlerin tekrar sunulmaması ve aileyle birlikte yemek yenmemesi.
Çözümler: Çocuğun açlık ve tokluk işaretleri izlenmeli, doyduğunda yemesi için ısrar edilmemelidir. Sakin ve dikkat dağıtıcıların olmadığı bir ortam sağlanmalı; çocuğun gelişimine uygun şekilde kendi kendine yemesi desteklenmelidir. Reddedilen besinler farklı zamanlarda, baskı uygulanmadan tekrar sunulmalı ve aile yemekleri olumlu bir rol model oluşturacak şekilde değerlendirilmelidir.

Besin Seçimi ve Besin Ögesi Yeterliliği

Sorunlar: Demirden zengin besinlerin yetersiz sunulması, yalnızca sebze ve meyve ağırlıklı beslenme, protein ağırlıklı beslenirken karbonhidratların kısıtlanması, sağlıklı yağların gereksiz azaltılması, et suyu veya kemik suyunun etin yerine kullanılması, meyve suyu tercih edilmesi, şeker ve tuz eklenmesi ve vegan beslenme.
Çözümler: Et, balık, yumurta, uygun baklagiller, tahıllar, sebze ve meyveler dengeli ve çeşitli biçimde sunulmalıdır. Karbonhidrat, protein ve yağ kaynakları çocuğun enerji gereksinimini karşılayacak şekilde diyette yer almalıdır. Etin kendisi tercih edilmeli, meyve suyu yerine yaşına uygun bütün veya ezilmiş meyveler sunulmalı, ilave şeker ve tuzdan kaçınılmalıdır. Vegan beslenme konusunda ısrarcı olunması durumunda uzman desteği alınmalı; özellikle B12 vitamini, demir, kalsiyum ve D vitamini takviyesi ile takip edilmelidir.

Besin Hazırlama, Kıvam, Enerji Yoğunluğu ve Güvenlik

Sorunlar: Her öğünde sulu çorba verilmesi, püre kıvamının uzun süre sürdürülmesi, pütürlü besinlere geçişin geciktirilmesi, boğulma riski taşıyan besinlerin uygunsuz sunulması, çocuğun yemek sırasında yalnız bırakılması, biberonla tamamlayıcı besin verilmesi ve hijyen kurallarına uyulmaması.

Çözümler: Besinlerin enerji yoğunluğu ve besleyici içeriği artırılmalı; farklı besin grupları ve gelişime uygun kıvamlar sunulmalıdır. Pütürlü ve küçük parçalı besinlere geçiş çocuğun gelişimine uygun biçimde desteklenmelidir. Boğulma riski taşıyan besinlerden kaçınılmalı, çocuk dik pozisyonda ve yetişkin gözetiminde beslenmelidir. Besinler güvenli koşullarda hazırlanmalı ve saklanmalıdır.

Emzirme ve Beslenmede Gereksiz Kısıtlamalar

Sorunlar: Anne sütünün gereksiz yere kesilmesi, sık emzirmenin tamamlayıcı beslenme sorunlarının tek nedeni olarak değerlendirilmesi, alerjen besinlerin gereksiz yere geciktirilmesi ve tıbbi gereklilik olmadan eliminasyon diyeti uygulanması.

Çözümler: Emzirmeye iki yaş ve sonrasına da anne ve çocuğun karşılıklı isteği doğrultusunda devam edilmelidir. Emzirme ve öğün zamanlaması düzenlenerek tamamlayıcı besinlerin uygun aralıklarla sunulması sağlanmalıdır. Alerjen besinler yaşa uygun ve güvenli biçimde sunulmalı; besin grupları yalnızca kanıtlanmış alerji veya tıbbi endikasyon varlığında kısıtlanmalıdır.

Beslenme sorunlarının çözümü için ayrıntılı beslenme öyküsü alınmalı ve besin günlüğü istenmeli, çocuğun büyümesindeki değişim büyüme eğrileri ile incelenmelidir. Fizik muayene ve gelişimsel değerlendirme yapılmalı, beslenme süreci video kayıtları istenerek değerlendirilmelidir. Büyümenin duraksaması veya yetersiz kilo alımı yalnızca iştahsızlığa bağlanmamalı ve altta yatabilecek hastalıklar gözden kaçırılmamalıdır.

Tamamlayıcı beslenmede sık yapılan hataların önlenmesi; düzenli öğünler, yeterli besin çeşitliliği, duyarlı beslenme, güvenli besin sunumu ve emzirmenin desteklenmesini içeren bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Beslenme sorunlarının erken fark edilmesi ve uygun müdahaleler yapılması, sağlıklı büyüme ve olumlu yeme davranışlarının geliştirilmesi açısından önemlidir. Yaşamın ilk yıllarında kazanılan sağlıklı beslenme alışkanlıkları, çocukların uzun dönemli sağlığının temelini oluşturur.

Tamamlayıcı Beslenme Döneminde Mikrobesin ve Vitamin Destekleri

Doç. Dr. Merve Küçükoğlu Keser, PhD
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Sosyal Pediatri

ÖZET

Yaşamın ilk iki yılı, hızlı somatik büyüme, nörolojik gelişim ve bağışıklık sisteminin olgunlaşması nedeniyle mikrobesin gereksinimlerinin arttığı kritik bir dönemdir. Özellikle 6–23 ay arasındaki tamamlayıcı beslenme sürecinde, anne sütü veya formül mamanın yanında sunulan besinlerin çeşitliliği, besin ögesi yoğunluğu ve biyoyararlanımı, çocukların büyüme ve gelişiminde belirleyici rol oynamaktadır. Bu dönemde demir, çinko, B12 vitamini, D vitamini ve iyot başta olmak üzere mikrobesinlerin yetersiz alımı, büyüme geriliği, anemi, nörogelişimsel sorunlar ve bağışıklık işlevlerinde bozulma ile ilişkilidir. Bununla birlikte, tüm çocuklara rutin mikrobesin desteği verilmesi yerine, desteklerin bilimsel kanıtlar, ulusal sağlık politikaları ve bireysel risk faktörleri doğrultusunda planlanması gerekmektedir.

Türkiye'de sağlıklı bebek izlemi kapsamında uygulanan D vitamini ve demir destek programları, mikrobesin eksikliklerinin önlenmesinde temel koruyucu sağlık uygulamalarıdır. D vitamini profilaksisi, yaşamın ilk günlerinden itibaren bir yaşına kadar 400 IU/gün olarak önerilmektedir. Bir yaş sonrasında günlük D vitamini gereksinimi 600 IU olmakla birlikte, destek kararı beslenme durumu ve bireysel riskler dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Sağlıklı çocuklarda rutin 25-hidroksivitamin D ölçümü önerilmemektedir. Demir desteği ise ulusal program kapsamında anemisi olmayan 4–12 aylık bebeklere 10 mg/gün elementer demir şeklinde uygulanmaktadır. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde desteklerin başlama zamanı ve dozları farklılık göstermektedir. Demir eksikliğinin önlenmesinde profilaksinin yanı sıra biyoyararlanımı yüksek demir kaynaklarının tamamlayıcı beslenmeye zamanında eklenmesi önemlidir.

B12 vitamini, folat, A vitamini, çinko, iyot ve kalsiyum destekleri sağlıklı çocuklarda rutin olarak değil, beslenme durumu ve eksiklik riskleri doğrultusunda değerlendirilmelidir. Özellikle maternal B12 vitamini eksikliği, vegan veya kısıtlayıcı beslenme, malabsorpsiyon sendromları, kronik hastalıklar, prematürite ve yetersiz besin çeşitliliği önemli risk faktörleridir. B12 vitamini eksikliği süt çocuklarında ciddi ve kalıcı olabilen nörolojik etkiler oluşturabileceğinden erken tanı ve uygun tedavi kritik öneme sahiptir. Çinko desteğinin akut ishal gibi belirli klinik durumlarda yararı gösterilmiş olmakla birlikte, sağlıklı çocuklarda rutin kullanımını destekleyen kanıtlar sınırlıdır. Benzer şekilde iyot, folat, A vitamini ve kalsiyum destekleri, beslenme örüntüsü ve klinik gereksinimler doğrultusunda bireyselleştirilmelidir.

Son yıllarda multivitamin-mineral preparatları, omega-3 yağ asitleri ve probiyotiklerin çocukluk dönemindeki kullanımı giderek yaygınlaşmıştır. Ancak sağlıklı ve dengeli beslenen çocuklarda bu ürünlerin rutin kullanımının büyüme, nörogelişim ve genel sağlık sonuçları üzerindeki ek yararlarına ilişkin kanıtlar yeterli ve tutarlı değildir. Özellikle probiyotiklerin etkileri suş, doz ve klinik endikasyona özgüdür. Çoklu mikrobesin desteği ise belirgin beslenme yetersizliği,

malabsorpsiyon, kısıtlayıcı diyetler veya çoklu eksiklik riski bulunan çocuklarda değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, tamamlayıcı beslenme döneminde mikrobesin eksikliklerinin önlenmesinde temel yaklaşım; yeterli, çeşitli ve mikrobesin açısından zengin beslenmenin sağlanması, ulusal profilaksi programlarının etkin uygulanması ve riskli çocukların erken belirlenmesidir. Destek kararı, ayrıntılı beslenme öyküsü, büyümenin izlenmesi, klinik değerlendirme ve gerektiğinde hedefe yönelik laboratuvar incelemeleriyle bireyselleştirilmelidir. Mikrobesin ve vitamin destekleri, yeterli ve dengeli beslenmenin alternatifi değil, kanıta dayalı endikasyonlarda beslenmeyi tamamlayan koruyucu ve tedavi edici uygulamalardır.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı beslenme, mikrobesinler, vitamin desteği, demir, D vitamini, süt çocuğu, kanıta dayalı pediatri.

Kaynaklar

1. WHO. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. 2023.
2. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary Feeding: Position Paper. JPGN. 2017;64:119–132.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Demir Gibi Türkiye Programı Uygulama Rehberi.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. D Vitamini Desteğinin ve Programın Uygulanması Rehberi.
5. AAP. Prevention, Screening, Diagnosis, and Treatment of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia. Pediatrics. 2026;158:e2026077414.
6. ESPGHAN Nutrition Committee. Vegan diet and nutritional status in infants, children and adolescents. JPGN. 2025;81:1318–1345.
7. WHO eLENA. Multiple micronutrient powders for children 6–23 months; Vitamin A supplementation 6–59 months.
8. WHO Europe. Commercial foods for infants and young children in Türkiye. 2023.

Duyarlı Besleme ve Güncel Besleme Yöntemleri

Prof. Dr. Emel Örün
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları ABD, Ankara
Etlik Şehir Hastanesi, Sosyal Pediatri Bölümü

Tamamlayıcı beslenme dönemi, bebeğin yalnızca enerji ve besin ögesi gereksinimlerinin karşılandığı bir süreç olmayıp, aynı zamanda yeme davranışlarının, öz düzenleme becerilerinin ve yaşam boyu sürecek beslenme alışkanlıklarının şekillendiği kritik bir gelişim dönemidir. Güncel yaklaşımlar, beslenme uygulamalarında çocuk merkezli ve gelişimsel ihtiyaçları dikkate alan yöntemlerin önemini vurgulamaktadır. Duyarlı besleme (responsive feeding), çocuğun açlık ve tokluk sinyallerinin doğru şekilde algılanması ve bu sinyallere uygun yanıt verilmesine dayanan bir besleme yaklaşımıdır. Bu modelde ebeveyn veya bakım veren, sağlıklı ve yaşa uygun besinleri uygun zaman ve ortamda sunmaktan sorumludur; çocuğun görevi ise ne kadar ve hangi besinleri tüketeceğine karar vermektir. Böylece çocuk, kendi enerji gereksinimlerini düzenleme becerisi kazanırken, yeme davranışları üzerinde özerklik geliştirmektedir. Araştırmalar, duyarlı besleme uygulamalarının sağlıklı büyüme ve gelişmeyi desteklediğini, aynı zamanda seçici yeme davranışları ve ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek obezite riskinin azaltılmasına katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Beslenme süreci yalnızca biyolojik gereksinimlerden etkilenmemektedir. Çocuğun mizacı, ebeveyn tutumları, aile yapısı, sosyoekonomik koşullar ve kültürel faktörler beslenme davranışlarının şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle tamamlayıcı beslenme, ebeveyn ve çocuk arasında karşılıklı etkileşime dayanan dinamik bir öğrenme süreci olarak değerlendirilmelidir. Özellikle baskıcı veya zorlayıcı besleme uygulamalarının çocuğun açlık ve tokluk sinyallerini tanımasını güçleştirebildiği ve öz düzenleme becerilerini olumsuz etkileyebildiği bildirilmektedir.

Güncel besleme yöntemleri bebek önderliğinde besleme yöntemleri olarak geçmektedir. Baby-Led Weaning (BLW), bebeğin eline alabileceği uygun gıdalarla kendi kendini beslemesini teşvik eden bir tamamlayıcı beslenme yaklaşımıdır. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) ise BLW'nin geliştirilmiş bir versiyonu olup, özellikle demir eksikliği, yetersiz enerji alımı ve boğulma riskini azaltmaya yönelik öneriler içermektedir. BLISS yaklaşımında her öğünde demirden zengin ve enerji içeriği yüksek besinlerin sunulması önerilmektedir.

Güncel bilimsel veriler, geleneksel kaşıkla besleme, BLW ve BLISS yöntemleri arasında büyüme göstergeleri veya obezite riski açısından belirgin farklılıklar olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, klasik BLW uygulamalarında demir, çinko ve B12 vitamini alımının yetersiz kalabilme riski nedeniyle besin seçiminin dikkatle planlanması gerekmektedir. Boğulma riski açısından ise uygun kıvamda hazırlanmış ve güvenli şekilde sunulan besinler kullanıldığında BLW uygulamalarının geleneksel yöntemlere göre ek risk oluşturmadığı bildirilmektedir.

Sonuç olarak güncel yaklaşım, belirli bir besleme yöntemini diğerine üstün görmekten ziyade, duyarlı besleme ilkelerinin benimsenmesini ön plana çıkarmaktadır. Tamamlayıcı beslenmede temel hedef çocuğun büyüme ve gelişimini desteklemek, sağlıklı yeme davranışları oluşturmak, öz düzenleme becerilerini güçlendirmek ve olumlu ebeveyn-çocuk etkileşimini geliştirmektir.

Anahtar kelimeler: duyarlı besleme, geleneksel besleme, bebek önderliğinde besleme

Kaynaklar

1. Pérez-Escamilla R, Jimenez EY, Dewey KG. Responsive feeding recommendations: harmonizing integration into dietary guidelines for infants and young children. Curr Dev Nutr. 2021;5(6):nzab076
2. Spill MK, Callahan EH, Shapiro MJ, et al. Caregiver feeding practices and child weight outcomes: a systematic review. Am J Clin Nutr. 2019 Mar 1;109(Suppl_7):990S-1002S. doi: 10.1093/ajcn/nqy276. PMID: 30982865.
3. Matzeller KL, Krebs NF, Tang M. Current Evidence on Nutrient Intakes and Infant Growth: A Narrative Review of Baby-Led Weaning vs. Conventional Weaning. Nutrients. 2024;16:2828. doi:10.3390/nu16172828.

İklimi Değişen Çocuk: Pediatrist Ne Yapmalı?

[1]Özlem Bostan Gayret

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İklim değişikliği, 21. yüzyılda insan sağlığını tehdit eden en önemli küresel sorunlardan biridir. Temiz hava, güvenli içme suyu, yeterli beslenme ve barınma gibi sağlığın temel belirleyicilerini olumsuz etkileyen iklim değişikliğinin, 2030–2050 yılları arasında yılda yaklaşık 250.000 ek ölüme neden olacağı öngörülmektedir. İklim krizinden en fazla etkilenen grupların başında çocuklar gelmektedir. Dünya genelinde yaklaşık 1,1 milyar çocuk, sağlıklarını, eğitimlerini ve yaşamlarını tehdit eden en az üç iklim tehlikesine eş zamanlı olarak maruz kalmaktadır.

İklim değişikliğinin etkilerine en savunmasız gruplardan biri çocuklardır. Gelişimsel, fizyolojik ve sosyal özellikleri nedeniyle iklimle ilişkili sağlık risklerine daha duyarlıdır. Artan sıcaklıklar, hava kirliliği, aşırı hava olayları, gıda ve su güvensizliği, çocuklarda solunum yolu hastalıkları, enfeksiyonlar, yetersiz beslenme ve ruh sağlığı sorunlarının görülme riskini artırmaktadır. Bu etkiler, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler nedeniyle dezavantajlı çocuklarda daha belirgin hale gelmektedir.

İklim krizinde pediatristlerin sorumluluğu, yalnızca iklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini tanımak ve tedavi etmekle sınırlı değildir. Pediatristler; klinik uygulamalarında iklimle ilişkili sağlık risklerini değerlendirmeli, aileleri koruyucu önlemler konusunda bilgilendirmeli, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir uygulamaları desteklemeli ve iklim değişikliği ile çocuk sağlığı arasındaki ilişkinin tıp eğitimine entegrasyonuna katkı sağlamalıdır. Bunun yanı sıra, çocukların sağlık hakkını savunan politikaların geliştirilmesinde, iklim adaletinin sağlanmasında ve toplumun iklim değişikliğine karşı dayanıklılığının artırılmasında aktif rol üstlenmelidir.

Sonuç olarak iklim değişikliği yalnızca çevresel bir sorun değil, aynı zamanda bir çocuk sağlığı ve çocuk hakları sorunudur. İklim krizi bugünün çocuk sağlığı sorunudur. Pediatristler klinik hizmet sunucusu olmanın ötesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinde, toplumsal farkındalığın artırılmasında ve çocukların sağlıklı bir geleceğe erişim hakkının savunulmasında önemli sorumluluklar taşımaktadır. Sürdürülebilir halk sağlığı hizmetleri ve çocuk odaklı iklim politikalarında aktif rol üstlenmelidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization 2022. Climate change and health. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health
2. Burke SEL, Sanson AV, Van Hoorn J. The psychological effects of climate change on children. Curr Psychiatry Rep. 2018;20(5):35.
3. Bostan Gayret Ö, Keskindemirci G, Gökçay EG. İklim değişikliğinin kontrolünde bireylere düşen görevler. Yalçın SS, editör. Küresel İklim Değişikliğinin Çok Disiplinli

Gözden Geçirilmesi ve Çocukluktan Erişkinliğe Etkileri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.136-42.

4. UNICEF. Children's Climate Risk Report (2026). Available from: https://www.unicef.org/reports/childrens-climate-risk-report-2026
5. American Academy of Pediatrics. Global Climate Change and Children's Health: AAP Recommendations. Available from: https://www.aap.org/en/patient-care/climate-change/global-climate-change-and-childrens-health-aap-recommendations/

Beslenme Güçlükleri: Nasıl Yönetelim?

Prof. Dr. Habip ALMİŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sosyal Pediatri Bölümü

Beslenme güçlükleri küresel bir sorun olmaya devam etmektedir. Özellikle çocuklarda beslenme güçlükleri giderek artan sıklıkta görülmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran hastaların önemli bir kısmını bu hastalar oluşturmaktadır. Uzayan öğün süreleri, uzamış gıda retleri, yıpratıcı stresli öğünler beslenme güçlüğü düşündüren bulgulardır.

Beslenme güçlükleri bir tür beslenme problemi olduğunu belirten şemsiye bir terim olup iştah problemlerinden Kaçıngan/kısıtlayıcı beslenme bozukluğuna (ARFID) hatta yeme bozukluklarından anoreksiya nervozaya ulaşan bir spektrumda izlenebilir. Annenin çocuğun beslenmesinde problem olduğunu belirtmesi değerlendirme için yeterlidir.

Gıda neofobisi; yeni gıdaların yani tanıdık olmayan gıdaların reddedildiği seçici yeme grubundan bir hastalıktır. Aslında evrimsel olarak zararlı maddelerin tüketilmesini engelleyen bir mekanizmadır. 2-5 yaş arası sık olup 18-24 ay arası zirve yapar. Sebzeler acı tatları nedeniyle en sık reddedilen gıdalardır. Yeni besinlerin zorlamadan, tutarlı bir şekilde sunulması (8–15 kez) kabul şansını arttırır.

Seçici yeme; picky veya fussy (seçici) yeme, çok çeşitli gıda tüketmeyen (yetersiz çeşit), tanıdık veya tanımadıkları birçok gıdanın reddedildiği bir tablodur. En sık 2-5 yaş arasında görülür ve 3 yaş civarında zirve yapar. Genellikle gelişim normal olup çoğunlukla geçici bir durumdur. Bu hastalarda sebze ve meyve tüketiminin az olması alınan lif oranını azaltmakta bu durum kabızlıkla sonuçlanabilmektedir. Yine alınan gıdaların çeşitliliğinin az olması vitamin ve mineral eksikliklerine (çinko, demir) zemin hazırlamaktadır. İleri derece gıda seçiciliğinde; diyet <10–15 besinle sınırlı olup gıdalar tat, doku, koku, sıcaklık veya görünüme bağlı duyusal hassasiyete kaynaklı gıda reddi ön plandadır. Otizmli çocuklarda %90'a varan oranda ileri düzeyde seçicilik görülebilmektedir. Hamilelik ve emzirmede çeşitli tatlar, ek gıdaya geçişte kabulü artırabilir.

ARFID: (Avoidant/restrictive food intake disorder) Kaçıngan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu ise Yemeğe veya yiyeceğe karşı belirgin ilgi eksikliğinin bulunduğu ayrıca yiyeceğin duyusal özelliklerine (renk, doku, sıcaklık ve koku) dayalı kaçınmanın var olduğu yemenin hoşa gitmeyen sonuçlarına dair endişenin (yutma, boğulma, kusma korkusu) eşlik ettiği ağır bir beslenme bozukluğudur. Bu hastaların anoreksiya nervozadan en önemli farkı beden algısı endişelerinin olmamasıdır. İnfantil anoreksi; 6 ay - 3 yaş (kaşıkla/kendi kendine yemeye geçiş) arasında sık görülmekte olup bu çocuklar açlık belirtisi göstermez, yemeğe ilgisiz çocuklardır.

Anoreksiya nevroza; genetik faktörlerle güçlü ilişkili, çocuğun kilosu ve/veya beden algısıyla ilgili bir bozukluk olup bu çocuklar kilo almaktan çok korkar, ama aşırı kilo kaybının risklerinden ve sonuçlarından korkmaz, durumun ciddiyetini çoğunlukla algılayamazlar. Tedavide amaç; psikoeğitim, kilo artışı izlemi, zihinsel ve fiziksel iyileşmeye yönelik olmalıdır. Bu hastalarda

multidisipliner yaklaşım şart olup çoğunlukla yatış gerekebilir, haftalık kilo alma hedefleri (örneğin 300 g/hafta) ve destek tedavileri uygulanmaktadır.

Atipik yeme bozuklukları; pika, ruminasyon ve ağızda yemek bekletmedir. Pika; besleyici olmayan maddelerin ≥1 ay yenmesi durumu nolup psikososyal kaynaklı veya sıklıkla demir eksikliği anemisinin de bir bulgusu olabilir. Ruminasyonda yenilen gıdaların mideden ağza doğru geri püskürtülesi durumudur. Reflü veya psikososyal stresin bir yansıması olabilmektedir. Altta yatan durumun tedavisi ve davranışsal tedaviler uygulanmaktadır.

Beslenme güçlüklerinde ebeveyn endişesi varlığında klinik değerlendirme yapılmalı, ayrıntılı öykü, fizik muayene, antropometrik ölçümler eşliğinde standart büyüme eğrileriyle değerlendirmeler gerçekleştirilmelidir. Çocuk organik kırmızı bayraklar (disfaji, odinofaji, reflü, ishal, kusma, gelişme geriliği, alerji ve enfeksiyon gibi) ve davranışsal kırmızı bayraklar (zorlama, baskı varlığı, duyarsız besleme, travma öyküsü, beslenmeyle öğürme refleksi gibi) açısından değerlendirilmeli, ebeveyn stili belirlenmeli, beslenme bozukluğu düşünülen hastalarda temel beslenme kuralları yanında alt tipe özel stratejiler ve karmaşık olgularda multidisipliner yaklaşım uygulanmalıdır.

Sonuç olarak; beslenme güçlükleri çocuklarda oldukça sık karşılaşılan problemlerden biri olup aile merkezli, baskısız yaklaşım ve gerekli durumlarda multidisipliner yaklaşımla başarı şansı yüksektir.

Kaynaklar

1. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics. 2015;135(2):344-53. doi: 10.1542/peds.2014-1630.
2. Yılmaz Özdemir S, Orhon F. İştahsız çocuğa tanısal yaklaşım. Almiş H, editör. Çocuklarda Beslenme Problemleri, Yeme Bozuklukları ve İştah Sorunları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2026. p.152-7.
3. Öztelcan Gündüz B, Duyan Çamurdan A. Çocuklarda gıda reddi: Çocuklarda kaçınmacı/kısıtlayıcı gıda alımı bozuklukları. Almiş H, editör. Çocuklarda Beslenme Problemleri, Yeme Bozuklukları ve İştah Sorunları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2026. p.57-63.
4. Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. Korean J Pediatr. 2017;60(12):379-384. doi: 10.3345/kjp.2017.60.12.379
5. Dinleyici M. Çocuklarda ruh sağlığı sorunları varlığında beslenme problemleri. Almiş H, editör. Çocuklarda Beslenme Problemleri, Yeme Bozuklukları ve İştah Sorunları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2026. p.104-9.
6. Taylor CM, Emmett PM. Picky eating in children: causes and consequences. Proc Nutr Soc. 2019;78(2):161-9.
7. Al-Beltagi M. Nutritional management and autism spectrum disorder: A systematic review. World J Clin Pediatr. 2024;13(4):99649. doi: 10.5409/wjcp.v13.i4.99649.

8. Hebebrand J, Gradl-Dietsch G, Peters T, Correll CU, Haas V. The Diagnosis and Treatment of Anorexia Nervosa in Childhood and Adolescence. Dtsch Arztebl Int. 2024;121(5):164-174
9. Çelik M. Çocuklarda atipik yeme bozuklukları. Almiş H, editör. Çocuklarda Beslenme Problemleri, Yeme Bozuklukları ve İştah Sorunları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2026. p.64-70

Sanat ve Çocuk

[1] Doç, Dr. Bahar Öztelcan Gündüz[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara

Çocuk dünyayı önce ritim, ses, renk ve hareket aracılığıyla tanır. Bir ninni, kâğıda bırakılan ilk çizgi ya da bir oyun şarkısı, çocuk için hem kendini ifade etmenin hem de bir başkasıyla bağ kurmanın ilk araçlarıdır. Sanatın çocuk eğitimindeki yeri yeni değildir: Fröbel'in 1840'ta kurduğu ilk anaokulundan bu yana şarkı, oyun ve el işi erken çocukluk eğitiminin merkezinde yer almıştır. Yeni olan, sanatın bir sağlık kaynağı olarak tanımlanması ve bu tanımın bilimsel kanıtla sınanmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 3.000'i aşkın çalışmayı tarayan raporunda sanatın fizyolojik, psikolojik, sosyal ve davranışsal yollarla hastalıkları önlemede, sağlığı geliştirmede ve tedaviyi desteklemede rol oynayabileceğini ortaya koymuştur (1). Lancet tıp dergisi 2026'da sanat ile ilgili yayımladığı makale serisinde, sanatla etkileşimin fiziksel aktivite, beslenme ve uyku gibi sağlığı geliştiren bir davranış olarak tanınmasını, sanata eşit erişimi ve sağlık, eğitim ve kültür alanları arasında sürekli yatırımı önermiştir (2,3). Bu yaklaşım, sağlığı yalnızca hastalığın yokluğu olarak değil, çocuğun yaşadığı, öğrendiği ve oyun oynadığı ortamlarda biçimlenen bir iyilik hâli olarak gören sosyal pediatri anlayışıyla örtüşmektedir.

Sanatın çocuk sağlığına katkısı, yaşamın ilk aylarında, anne ile bebek arasındaki ilişki ile başlar. Doğum sonrası depresif belirtileri olan 199 anneyle yürütülen SHAPER-PND randomize kontrollü çalışmasında (RKÇ), 10 haftalık anne–bebek şarkı grubuna katılan annelerde depresif belirtilerdeki düzelme, toplum temelli diğer anne–bebek etkinliklerine katılanlara göre daha kalıcı olmuş ve program maliyet-etkin bulunmuştur (4). Aynı çalışmanın ileri analizlerinde şarkı grubundaki annelerin bebeklerine daha çok bebek odaklı ve olumlu ifadelerle seslendiği, bu farkın 36. haftaya kadar da sürdüğü gösterilmiştir (5). Bu bulgular, sanatın erken dönemde anne-bebek bağını güçlendiren bir araç olabileceğini işaret etmektedir.

Okul öncesi dönemde sanat, eğitim ortamının doğal bir parçası hâline gelmektedir. Avustralya'da dezavantajlı bölgelerdeki sekiz anaokulunda 213 çocukla yapılan RKÇ'de, sınıf öğretmenlerinin uyguladığı sekiz haftalık ritim ve hareket programı çocukların sosyal becerilerini artırmış, dışsallaştırma ve içselleştirme sorunlarını azalttığı ve bu olumlu etkilerin ilkokula geçiş sırasında da devam ettiği gösterilmiştir (6). Ülkemizde 36–48 aylık 56 çocukla yapılan bir RKÇ, yedi haftalık yapılandırılmış sanat eğitiminin kişisel-sosyal gelişimi desteklediğini göstermiştir (7).

Okul çağında ve ergenlikte tablo daha karmaşıktır. 6–12 yaş grubunda 34 çalışmayı değerlendiren güncel sistematik derleme, uzmanlarca yürütülen kısa süreli programlarda stres ve iyilik hâli üzerine olumlu ilk işaretler saptamış; eğlence amaçlı programlarda ise etkilerin tutarsız olduğunu ve kanıt kesinliğinin düşük ya da çok düşük düzeyde kaldığını bildirmiştir (8). Ergenlerde düzenli sanat etkinliği ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen 28 çalışmalık sistematik derleme, nedensel bir ilişki için orta düzeyde destek bulmuştur (9). Birleşik Krallık'ta 11–15 yaş ergenleri

izleyen geniş bir panel çalışması da sanat ve kültür etkinliklerine katılımın dışsallaştırma sorunlarında küçük ama anlamlı bir azalma ile ilişkili olduğunu ve etkin katılımın, izleyici konumunda kalmaktan daha yararlı olabileceğini bildirmiştir (10).

Sanatın etkisi, özel gereksinimli ve hastalıkla yaşayan çocuklarda ayrıca önem taşır. Otizm spektrum bozukluğu olan 1.457 çocuğu kapsayan meta-analizde müzik terapisi dil-iletişim ve sosyal becerilerde iyileşme ile ilişkili bulunmuş, ancak çalışmalar arasında yüksek heterojenlik saptanmıştır (11). Ankara'da tip 1 diyabetli 72 ergenle yapılan RKÇ'de, altı hafta boyunca birebir çevrim içi yürütülen terapötik sanat etkinlikleri kaygıyı azaltmış ve psikolojik iyi oluşu artırmıştır (12). Ürdün'de travma sonrası stres bozukluğu tanısı bulunan 102 Suriyeli mülteci çocuğun katılımıyla gerçekleştirilen RKÇ'de 12 haftalık kum oyunu ve sanat terapisi uygulamalarının standart danışmanlık hizmetine kıyasla travma sonrası stress belirtilerini azaltmada daha etkili olduğu gösterilmiştir (13). Sözün yetersiz kaldığı durumlarda sanat, çocuğa kendini ifade edebileceği bir alan açmaktadır.

Ülkemizde bu olanaklara erişim açısından eşitsizlikler bulunmaktadır. İstanbul'da devlet okullarına giden 6–11 yaş çocuklarla yapılan bir çalışmada, serbest zamanında aktif olarak bir sanat etkinliğine katılan çocuk oranı alt sosyoekonomik düzeyde %1, üst düzeyde %19 bulunmuş; çocukların %73'ünün müze ya da sergiye, %49'unun tiyatroya hiç gitmediği bildirilmiştir (14). 2024–25 sezonunda çocuk eserleri gösteri sayısı bir önceki sezona göre %5,5 artarak 13.156'ya ulaşmıştır (15); ancak sanatsal etkinliklerin sayısındaki bu artış, tüm çocukların bu etkinliklere eşit düzeyde erişebildiği anlamına gelmemektedir. Çocukların sanatla düzenli olarak buluşabildiği başlıca ortamlardan biri olan okullarda ise genellikle sanat eğitimi haftada birkaç ders saati ile sınırlı kalmaktadır (16).

Sanat, çocuğun bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimini destekleyen, sağlığa ve esenliğe katkı sağlayan bir araçtır; bu nedenle sanata erişim bir eşitlik meselesi olarak ele alınmalıdır. Okul öncesi ve okula devam eden çocuklarda ritim, şarkı ve sanat etkinlikleri yaygınlaştırılmalı; dezavantajlı çocuklar öncelikli hedef olmalı; sağlık, eğitim, kültür ve yerel yönetimler birlikte planlama yapmalıdır. Çocuklara özgü kanıtın önemli bir bölümünün küçük örneklemli ve kısa izlemli çalışmalara dayandığı da göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle Türkiye'ye özgü, iyi tasarlanmış araştırmalara ve güncel ulusal veriye ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. (Health Evidence Network Synthesis Report 67).

2. Sajnani N, et al. The arts as a global health resource: key priorities for future research. Lancet. 2026. doi:10.1016/S0140-6736(26)00610-0.

3. Fancourt D, et al. Developing roadmaps for advancing practice, research, and policy in the arts and health. Lancet. 2026. doi:10.1016/S0140-6736(26)00611-2.

4. Bind RH, Lawrence AJ, Estevao C, Hazelgrove K, Priestley K, Rebecchini L, et al. Clinical effectiveness, implementation effectiveness and cost-effectiveness of a community singing

intervention for postnatal depressive symptoms, SHAPER-PND: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2025;227(6):836–45.

5. Rebecchini L, Bind RH, Estevao C, Hazelgrove K, Priestley K, Laijawala R, et al. Maternal communication and attachment following a group singing intervention for postnatal depression: findings from the SHAPER-PND trial. Psychol Med. 2026;56:e98.

6. Williams KE, Bentley L. A preschool rhythm and movement intervention: RCT evidence for improved social and behavioral development. Behav Sci (Basel). 2026;16(1):100.

7. Çetin Z. The effect of a modular art education programme on the personal-social development of preschool children. S Afr J Child Educ. 2021;11(1):1–7.

8. Vasilopoulos F, et al. The mental health and wellbeing outcomes and mechanisms of change in arts inclusive programs for children aged 6–12: a systematic review. Front Health Serv. 2026;6:1827784. doi:10.3389/frhs.2026.1827784.

9. Hugh-Jones S, Ray S, Wilding A, Sutton M, Humphrey N, Munford L. Does regular engagement with arts and creative activities improve adolescent mental health and wellbeing? A systematic review and assessment of causality. SSM Popul Health. 2025:101845.

10. Hugh-Jones S, Munford L. The effects of engagement in arts and cultural activities on adolescent mental health: results from a large UK panel study. Soc Sci Med. 2025;382:118343. doi:10.1016/j.socscimed.2025.118343.

11. Shi Z, Wang S, Chen M, Hu A, Long Q, Lee Y. The effect of music therapy on language communication and social skills in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2024;15.

12. Gocen O, Ozturk CS. The effect of therapeutic artistic activities on anxiety and psychological well-being in adolescents with type 1 diabetes: a randomized controlled study. Eur J Pediatr. 2025;184(7):386.

13. Al-Fakih A, Alzoubi A, Alrawashdeh A, Alsulaiman JW, Ba-Shammakh SA, Khasawneh A, et al. Healing beyond words: a randomized controlled trial of sandplay and art therapies for PTSD among Syrian refugee children in Jordan. Int J Pediatr. 2026;2026(1):7636252.

14. Çorapçı F. Erken Çocukluktan Gençliğe: Sanatla Büyümek. İstanbul: İstanbul Kültür Sanat Vakfı; 2019.

15. Türkiye İstatistik Kurumu. Sinema ve Gösteri Sanatları İstatistikleri, 2025. Ankara: TÜİK; 2026.

16. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı. Haftalık ders çizelgeleri (ilköğretim kurumları ve diğer okul türleri). Ankara: MEB; 2025–2026.

Özel Gereksinimi Olan Çocuğun Bakımında Kanıta Dayalı Yenilikçi Yaklaşımlar

[1]Melda ÇELİK

[1] Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Özel gereksinimli çocuk; fiziksel, zihinsel, duyusal veya psikososyal özellikleri nedeniyle akranlarından farklı olan ve günlük aktivitelere katılım ve toplumsal uyum sağlayabilmek için ek destek veya özel hizmetlere ihtiyaç duyan çocuk olarak tanımlanmaktadır[1]. Son birkaç dekatta özel gereksinimli çocukların bakımında, geçmişteki yalnızca bireysel ve tıbbi (biyomedikal) çözümlerin yerini çevresel ve sosyal faktörleri de gözeten «biyo-psiko-sosyal» yaklaşımlar almış ve geleneksel müdahale yöntemlerine kanıta dayalı ve teknoloji destekli yeni müdahaleler eklenmiştir. Özel gereksinimli çocuklarda yenilikçi kanıta dayalı bakımın temellerini bireyselleştirilmiş bakım, aile merkezli yaklaşım, nöroplastisite, multidisipliner yaklaşım ve dijital entegrasyon oluşturmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım çocuğun bireysel gelişimsel ihtiyaçlarına ve kapasitesine göre şekillendirilmiş müdahaleleri kapsar. Aile merkezli yaklaşım, güncel kanıtların ve sürecin ailelerle paylaşılmasını, klinik kararlara aktif katılımın sağlanmasını, bakım yükünün azaltılmasını ve bakım verenin refahının izlenmesini içerir. Nöroplastisite, erken dönem beyin gelişimini hedef alan ve nöral ağların yeniden şekillenmesini sağlayan erken müdahale stratejileriyle desteklenir. Multidisipliner yaklaşım, fizyoterapi, ergoterapi, özel eğitim ve tıbbi branşların eşzamanlı ve bütüncül yaklaşımıyla mümkün olur. Erişilebilir ve hasta takibini kolaylaştıran teknoloji destekli modüller ile dijital entegrasyon sağlanır[2].

Yenilikçi Yaklaşımlar

1.Doğal Gelişimsel Davranışsal Müdahaleler (DGDM): Geleneksel davranışsal müdahale yöntemlerinden olan Uygulamalı Davranış Analizi (ABA) ilkelerini gelişimsel teorilerle birleştiren ve doğal ortamlarda uygulanan kanıta dayalı erken müdahale yaklaşımlarıdır. Otizm Spektrumu Bozuklukları (OSB), öğrenme ve zihinsel yetersizlik ile özel öğrenme güçlükleri (ÖÖG) (disleksi, disgrafi, diskalküli) gibi durumları, geleneksel yöntemlerin aksine eksikliklere değil, güçlü yönlere dayalı ve birey merkezli bir «nöroçeşitlilik» çerçevesinde değerlendiren yeni yaklaşımlardır. Nöroçeşitlilik kavramına göre, nörogelişimsel farklılıklar, eksikliklerden ziyade insan çeşitliliğinin doğasını temsil eder[3]. Güncel bir sistematik derlemede (34 çalışma) nörogelişimsel farklılıkları olan çocuklara yönelik davranışsal müdahaleler incelenmiştir (Megari ve ark, 2026). Sonuçlar, geleneksel davranışsal müdahalelerin tedavide etkili olduğunu gösterse de, Doğal Gelişimsel Davranışsal Müdahalelerin *birey merkezli* ve *oyunlaştırılmış* yapısıyla nöroçeşitlilik ilkeleriyle daha uyumlu olduğu da gösterilmiştir. Bunlar, sosyal iletişim, dil, ortak dikkat, öğrenme becerileri ve özerkliğe odaklıdır. Özel eğitimciler, psikologlar ve dil ve konuşma terapistleri tarafından uygulanır. Ergoterapi ile birlikte özellikle nörogelişimsel farklılıkları olan çocukların rehabilitasyonunda tamamlayıcı yöntemlerdir[3].

2.Ergoterapi (iş ve uğraşı terapisi): Bireylerin günlük yaşam aktivitelerine tam ve bağımsız katılımını sağlayarak sağlık ve iyilik halini geliştirmeyi hedefleyen kanıta dayalı bütüncül bir rehabilitasyon disiplinidir. Pediatrik ergoterapi, çocukların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kazanmalarını ve okul, oyun ve sosyal çevrelerine maksimum düzeyde katılım sağlamalarını amaçlar. Çocukların fiziksel, duyusal, bilişsel ve sosyal becerilerini geliştirerek yaşam kalitelerini artırmayı hedefler[4]. Çocukların "işi" olan oyun, öğrenme ve özbakım merkeze alınarak gelişimsel basamakların desteklenmesini sağlar. 1940'larda ilk olarak Serebral Palsili çocukların rehabilitasyonuyla başlayan Ergoterapi uygulamalarının OSB, DEHB ve nörogelişimsel farklılıkları olan diğer çocuklarda standart bir klinik yaklaşım haline gelmesi, 1960'larda A. Jean Ayres'in «Duyu Bütünleme Teorisi»ile hız kazanmıştır. Özel gereksinimli çocuklarda ergoterapinin müdahale alanları şunlardır:

1. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA): Beslenme (çiğneme/yutma zorlukları, seçici yeme), giyinme, tuvalet eğitimi ve kişisel hijyen becerilerinde bağımsızlığın desteklenmesini kapsar. 2.Duyu Bütünleme: Çocuğun çevreden ve kendi vücudundan aldığı duyusal uyaranları (5 duyu ile denge, propriyosepsiyon ve interosepsiyon dahil sekiz duyu) beyninde doğru şekilde işleme ve anlamlı davranış ve tepkiler üretme becerisini desteklemeye odaklanır. 3. Motor Beceriler: Yazı yazma, makas kullanma, düğme ilikleme gibi ince motor beceriler ile postural kontrol ve koordinasyon gerektiren kaba motor becerilerin geliştirilmesini kapsar. 4.Bilişsel ve Psikososyal Gelişim: Dikkat, problem çözme, yürütücü işlevler, akran etkileşimi ve duygu düzenleme stratejilerinin oyun temelli müdahalelerle yapılandırılmasını amaçlar[4] .

Ayres Duyusal Bütünleme (ASI) Müdahalesi: İlk olarak Dr. Jean Ayres (1972) tarafından tanımlanan, ergoterapinin temel müdahale yaklaşımlarından biridir. Duyu bütünleme müdahalesi, pasif müdahalelerin aksine, çocuğun aktif motor ve adaptif katılımını içeren; eğitimli ergoterapistler tarafından uygulanan, kılavuza ve kanıta dayalı, sistematik bir yöntemdir. Esas olarak oyun temelli, bireye özel ve uygun zorluk seviyesinde tasarlanmış, nöroplastisiteyi destekleyen, duyusal açıdan zengin aktiviteler içerir. ASI, günümüzde özellikle OSB olan çocuklarda ergoterapi rehberlerinde güçlü, Amerikan Pediatri Akademisi rehberlerinde ise orta kanıt düzeyinde bir ergoterapi yaklaşımıdır ve diğer gruplarda da yaygın olarak kullanılmaktadır[5].

Pediatrik ergoterapide hedef gruplar**:** Serebral Palsi (SP); Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB); Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); Duyusal Entegrasyon-İşleme Bozuklukları (SI-SP); Zihinsel yetersizlik; Psikomotor gerilik; Spina bifida ve kas hastalıkları (muskuler distrofiler); yazı yazma ve ince motor beceri sorunları; Özel Öğrenme Güçlükleri (disleksi, disgrafi, diskalküli), Gelişimsel koordinasyon bozuklukları (dispraksi); Down sendromu vb. çeşitli genetik bozukluklar; beyin travması; ortopedik yaralanmalar (kırık, tendon); brakial pleksus yaralanması ve nörogelişimsel problemleri olan tüm çocuklardır.

Pediatrik ergoterapinin kapsadığı temel alanlar ve içerikleri şunlardır[4]:

1. Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Özbakım: Çocuğun temel ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılaması hedeflenir. Yemek yeme (çatal-kaşık kullanımı) ve beslenme problemleri (yemeği reddetme, doku seçiciliği), giyinme, soyunma ve ayakkabı bağlama, kişisel hijyen (diş fırçalama, banyo yapma, el yıkama) bunlardandır. 2. Motor Becerilerin Geliştirilmesi: Çocuğun yaşına uygun fiziksel aktiviteleri rahatça yapabilmesi için kas gücü, denge ve koordinasyonu artırılır. İnce motor beceriler (kalem tutma, yazı yazma, makas kullanma, düğme ilikleme ve fermuar çekme); kaba motor beceriler (denge kurma, merdiven çıkma, top yakalama/atma, koşma ve bisiklete binme); ve bilateral koordinasyon (vücudun her iki tarafını uyum içinde kullanma) becerilerini içerir.3.Duyu Bütünleme: Çocuğun çevreden ve kendi vücudundan aldığı duyusal uyaranları (dokunma, denge, hareket, ses, ışık vb.) beyninde doğru şekilde işleme ve anlamlı tepkiler verme becerisi desteklenir. Duyusal hassasiyet (sesten, belirli kumaşlardan veya dokulardan rahatsız olma); duyusal arayış (hiperaktif davranışlar, sürekli zıplama veya dönme isteği) ve vücut farkındalığı ve yön bulma becerilerini kapsar. 4. Akademik ve Bilişsel Beceriler: Çocuğun okul ortamına uyum sağlaması ve öğrenme süreçlerinin kolaylaştırılması sağlanır. Dikkat süresini uzatma, odaklanma ve dürtü kontrolü; sınıfta bir süre hareketsiz oturabilme ve sırasını bekleme; görsel-motor algı (gördüğünü kopyalama, şekilleri çizme ve mekânsal ilişkileri anlama) ve zaman yönetimi, planlama ve organize olma becerilerini içerir. 5. Oyun ve Sosyal Etkileşim: Çocuklar için oyun en önemli aktivitedir. Ergoterapi, çocuğun akranlarıyla sağlıklı ilişkiler kurmasını destekler. Yaşına uygun fonksiyonel oyunlar oynamayı ve oyuncakları amacına uygun şekilde keşfetmeyi; paylaşma, sıra alma ve oyun kurallarına uymayı, yalnız oynamak yerine akranlarıyla iletişim kurmayı ve sosyalleşmeyi içerir.

Pediatrik ergoterapi ünitesinde tüm çocuklar duyusal, algısal, motor, bilişsel, psikolojik ve psikososyal alanlarda standardize testlerle değerlendirilmekte; sonrasında çocuğun ihtiyaçlarına özel alanlara yönelik ev programları veya ünitede haftalık seanslar düzenlenmektedir. Ayrıca gerektiğinde yardımcı teknolojik araçların kullanımına yönelik eğitim verilmektedir.

2020 yılı Amerikan Ergoterapi Birliği (AOTA) 5-21 yaş Rehberi'ne göre SP'li ve OSB'li çocuklarda öz bakım aktiviteleri ve rutinlere katılımın artırılması, okul ortamında yapılandırılmış fizik aktiviteler ve DEHB ve OSB'li çocuklarda grup sporları güçlü (A) kanıt düzeyinde; Sanal gerçeklik ve aktif video oyunları, el yazısı müdahaleleri, OSB'li çocuklarda akran aracılı sosyal beceri programları orta (B) kanıt düzeyinde; hayvan destekli müdahaleler (örn. Hipoterapi-at terapisi, eşek, köpek destekli müdahaleler) orta-zayıf (B-C) kanıt düzeyinde uygulamalardır[4]. AOTA'nın 0-5 yaş rehberi ise prematüre, OSB, obez, beslenme sorunları olan, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan (NICU) ve serebral palsi olan çocuklara yönelik, emmeyi/çiğnemeyi desteklemeye, postüral kontrole, temel öz bakım becerilerine (bebek bezinden tuvalete geçiş, giyinme) ve ebeveyn bağını güçlendirmeye odaklanmıştır[6].

Hayvan Destekli Terapi: Son yıllarda artan sayıda çalışmada, OSB, nörogelişimsel bozukluklar ve motor/zihinsel yetersizlikleri olan çocuklarda hayvanların (köpek, at, eşek vb.) tedavide tamamlayıcı etkisiyle çocukların gelişimsel ve psikososyal potansiyellerinin, motor koordinasyon ve dikkat süresinin arttığı, ağrı ve anksiyetenin ve bakım verenin stresinin anlamlı şekilde azaldığı bildirilmiştir. Ergoterapi rehberlerinde kanıt düzeyi orta ve zayıftır.

3.Dijital Sağlık ve Dijital Teknolojiler: Dijital sağlık, telesağlık, tele-tıp ve tele-rehabilitasyon gibi dijital teknolojilerle uzaktan teşhis, bakım, izlem ve tedavi için kullanılan yöntemleri kapsar (yapay zekâ, giyilebilir cihazlar, elektronik kayıtlar vb.). COVID-19 pandemisiyle yaygınlaşarak, özel gereksinimli çocuklar için de standart bir bakım modülü hâline gelmiştir. Sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olduğu durumlarda, davranışsal terapilerin ve bazı takiplerin dijital sağlık yöntemleriyle uzaktan yapılmasının, yüz yüze takipler kadar güvenilir ve etkili olduğu gösterilmiştir[7, 8].

Rehabilitasyon İçin Dijital Teknolojiler (DT4R): 1. Robotik ve koşu bandı sistemleri, 2. Sanal/Artırılmış Gerçeklik ve Aktif Video Oyunları, 3. Telerehabilitasyon ve mobil uygulamalar olarak sınıflandırılabilir.

Pediatrik rehabilitasyonda dijital teknoloji kullanımının avantajları arasında tedavinin bireyselleştirilebilmesi; simülasyonların gerçek dünya ile benzer olması; çok tekrarlı ve görev odaklı motor aktivitelerle pekiştirmeyle öğrenme; nöroplastisiteden faydalanarak yeni nöral yolların oluşturulması; motivasyonu ve eğlenmeyi artırarak terapiye aktif katılımın sağlanması ve objektif, gerçek zamanlı performans değerlendirmesi imkânı sayılabilir[4, 9].

1. Robotik ve koşu bandı sistemleri: SP'li çocuklarda uygulanan Robot Destekli Yürüme Eğitimi Sistemlerinin, geleneksel yöntemlerle karşılaştırıldığında motor fonksiyon, denge, spastisite ve günlük yaşam aktivitelerini iyileştirdiği ve geleneksel yöntemlerin umut vadeden bir tamamlayıcısı olduğu gösterilmiştir. Bu yöntemlerin kanıt düzeyi çok düşük ile orta arasındadır ve daha uzun takip süreli, yüksek kaliteli çalışmalar gereklidir[10]. 2. Sanal/Artırılmış Gerçeklik ve Aktif Video Oyunları: Son on yılda sanal gerçeklikle desteklenen aktif oyun müdahaleleri (exergames), kanıta dayalı ve ilgi çekici bir alternatif haline gelmiştir. Geleneksel dijital müdahalelerden farklı olarak, çocukların simüle edilmiş gerçek yaşam senaryolarına katılabilecekleri, motive edici ve yoğun etkileşimli ortamlar yaratmaktadır. Bireyin fiziksel fonksiyonlarını, dengesini geliştirmek, korku ve anksiyetesini gidermek için kullanılan oyunlardır. Örneğin, Nintendo *Wii* oyunu, basit sanal gerçeklik içeren hareket algılama özelliğindedir ve tüm oyunlar arasında, özellikle üst ekstremite motor fonksiyonunun iyileşmesinde en fazla kanıta sahiptir. Rehabilitasyonda bireysel değerlendirme ve ağırlık aktarma, denge, propriyosepsiyon ve koordinasyon gibi alanlarda egzersiz yapma olanağı sağlar. Pediatrik nöro-rehabilitasyonda sanal gerçeklik destekli uygulamalar öncelikle SP, travmatik beyin yaralanması, OSB, DEHB ve öğrenme veya zihinsel engelli çocuklarda çalışılmıştır. SP ve Zihinsel yetersizlik, OSB ve Muskuler distrofi hastalarında sanal gerçeklik destekli uygulamaların kanıt düzeyleri çok düşük ile orta arasında değişmektedir[11, 12]. 3. Telerehabilitasyon ve Mobil Uygulamalar: Tele-rehabilitasyon teknolojileri görüntü tabanlı, sensör tabanlı, sanal gerçeklik temelli olabilir ve sıklıkla mobil cep telefonu uygulamalarıyla birlikte kullanılır. Görüntü tabanlı tele-rehabilitasyon, danışmanlık, fiziksel değerlendirme ve eğitim için video konferans platformları kullanır. Sensör tabanlı tele-rehabilitasyon, vücut hareketlerinin uzaktan izlenmesini içerir. Ev ortamında terapi hedeflerine ulaşılması, ebeveynlerin değerlendirilmesi, çocukların ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından avantajlıdır. Sağlık hizmetlerine eşit erişime ve hızlı tanı, izlem ve tedaviye olanak sağlar. Maliyet etkinliği ile

birlikte, hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artırır.SP, Muskuler distrofiler, Myelomeningosel, Artrogripozis, OSB, ALL tanılı özel gereksinimli çocuklar için kullanımı giderek artmaktadır. SP ve diğer nöromotor bozuklukları, zihinsel yetersizliği, OSB ve işitme engeli olan çocuklarda tele-rehabilitasyonun tedaviyi kolaylaştırma, sosyal-iletişimsel davranışların desteklenmesi ve ebeveynleri sürece dahil etme açısından umut verici olduğu görülmüştür[13, 14].

4.Yapay Zekâ Teknolojileri: Nöromotor veya görme engelli çocuklar için yardımcı teknolojiler, robotik rehabilitasyon ve etkileşimli simülasyonlarda kullanılmaktadır. SP'li çocukların rehabilitasyonunda yapay zekâ teknolojilerinin bireyselleştirilmiş, veriye dayalı ve motive edici müdahaleler sunmada büyük bir potansiyeli olduğu, ancak klinik kullanılabilirliğin ve kanıtların güçlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Genel olarak, yapay zekâ ve dijital teknolojiler, geleneksel rehabilitasyona yardımcı yöntemler olarak umut vaat etmektedir[15]. Rehabilitasyonda dijital teknoloji kullanımındaki zorluklar ve etik engeller çocukların biyolojik ve bilişsel olarak sürekli gelişmesi; veri azlığı; güven sorunları (şeffaf olmayan modeller); aile merkezli onam süreçleri; uzun vadeli gizlilik riskleri ve algoritmaların sağlık eşitliğini zedeleme ihtimali olarak bildirilmektedir. Bunlara yönelik çözüm yolları olarak altyapıya erişimin kolaylaştırılması; güvenilir performans kanıtlarının artırılması; standardizasyon; sıkı insan denetimi ve etik düzenlemeler sayılabilir[9, 16].

Kaynaklar:

1. Krahn GL. WHO World Report on Disability: a review. Disabil Health J. 2011;4(3):141-2. doi: 10.1016/j.dhjo.2011.05.001.

2. Poojari DP, Umakanth S, Maiya GA, Rao BK, Khurana S, Kumaran DS, et al. Effect of family-centered care interventions on well-being of caregivers of children with cerebral palsy: a systematic review. F1000Res. 2023;12:790. doi: 10.12688/f1000research.133314.2.

3. Megari K, Katsarou DV, Mantsos E, Papadopoulou S, Efthymiou E, Theodoratou M, et al. Psychological Interventions for Children with Neurodevelopmental Disabilities in the Context of Neurodiversity: A Systematic Review. Children (Basel). 2026;13(8). doi: 10.3390/children13081071.

4. Cahill SM, Beisbier S. Occupational Therapy Practice Guidelines for Children and Youth Ages 5-21 Years. Am J Occup Ther. 2020;74(4):7404397010p1-p48. doi: 10.5014/ajot.2020.744001.

5. Piller A, Glennon TJ, Andelin L, Auld-Wright K, McHugh Conlin J, Teng K, et al. Occupational Therapy Interventions Using Ayres Sensory Integration® for Children and Youth (2015-2024): A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2026;80(1). doi: 10.5014/ajot.2025.051130.

6. Arbesman M, Bazyk S, Nochajski SM. Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. Am J Occup Ther. 2013;67(6):e120-30. doi: 10.5014/ajot.2013.008359.

7. Yuen E, Winter N, Savira F, Huggins CE, Nguyen L, Cooper P, et al. Digital Health Literacy and Its Association With Sociodemographic Characteristics, Health Resource Use, and Health Outcomes: Rapid Review. Interact J Med Res. 2024;13:e46888. doi: 10.2196/46888.

8. Alonazi A. Effectiveness and Acceptability of Telerehabilitation in Physical Therapy during COVID-19 in Children: Findings of a Systematic Review. Children (Basel). 2021;8(12). doi: 10.3390/children8121101.

9. Mensah Gourmel J, Brochard S, Bekteshi S, Monbaliu E, Cornec G, Grigoriu AI, et al. Explaining the Use Behavior of Digital Technologies in Pediatric Rehabilitation: Structural Equation Modeling Analysis of a Cross-Sectional European Survey. J Med Internet Res. 2026;28:e80355. doi: 10.2196/80355.

10. Zhou H, Zhang Y, Nie M, Ge L. Effects of virtual reality and robot-assisted therapy on rehabilitation outcomes in cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. J Neuroeng Rehabil. 2026;23(1). doi: 10.1186/s12984-026-01973-0.

11. Mahmood Q. Game-oriented interventions for children with cerebral palsy: a review of efficacy, engagement, and functional outcomes. Dev Neurorehabil. 2026:1-13. doi: 10.1080/17518423.2026.2746730.

12. Hao D, Mansi H, Elkefi S. Extended reality (XR) interventions in supporting children with autism: A systematic review. Int J Med Inform. 2026;222:106719. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2026.106719.

13. Micai M, Gila L, Caruso A, Morelli D, Totino MG, Balboni G, et al. Telerehabilitation in children and adolescents with intellectual disability: a systematic review. Front Psychiatry. 2026;17:1855260. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1855260.

14. Ebrahimi S, Marzaleh MA, Zakerabbasali S, Ahmadi A, Sarpourian F. Comparing the Clinical Effectiveness of Telerehabilitation with Traditional Speech and Language Rehabilitation in Children with Hearing Disabilities: A Systematic Review. Telemed J E Health. 2024;30(2):307-20. doi: 10.1089/tmj.2023.0258.

15. Li J, Zhu Q, Mohd Noor MN, Foong CC. Effectiveness and usability of artificial intelligence-powered assistive technologies in Supporting daily activities of children with cerebral palsy: a systematic review. Ann Med. 2026;58(1):2649427. doi: 10.1080/07853890.2026.2649427.

16. Wu J, Chen B, Chan KC, Liang M, Lyu Y, Yu P, et al. Harnessing artificial intelligence for pediatric health: Current trends and future opportunities. iScience. 2026;29(6):115962. doi: 10.1016/j.isci.2026.115962.

Dünyada ve Ülkemizde Özel Gereksinimi Olan Çocuğun İzlemi

[1]Doç.Dr. Nihal Durmaz

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara

Giriş ve Amaç:

Özel sağlık gereksinimi olan çocuklar; kronik fiziksel, gelişimsel, duygusal veya davranışsal durumları bulunan ya da bu durumlar açısından risk taşıyan ve yaşıtlarına göre daha kapsamlı sağlık ve ilişkili destek hizmetlerine ihtiyaç duyan çocukları kapsamaktadır. Bu çocukların izlemi; hastalıkların yönetiminin yanında gelişimin desteklenmesini, ikincil sorunların önlenmesini, aile gereksinimlerinin karşılanmasını ve toplumsal katılımın güçlendirilmesini gerektirir. Bu derlemenin amacı, özel gereksinimi olan çocukların izleminde temel kuramsal yaklaşımları ve uluslararası hizmet modellerini değerlendirmek; Türkiye'de sağlık, eğitim, rehabilitasyon ve sosyal destek süreçlerinin bütüncül izlem içindeki yerini tartışmaktır.

Kuramsal Çerçeve ve Kapsam:

İzlem yaklaşımı; biyopsikososyal model, aile merkezli bakım, hasta ve aile merkezli bütüncül ve koordineli bakım yaklaşımı (*Medical Home*) ile Dünya Sağlık Örgütünün İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) çerçevesine dayanmaktadır.

Özel gereksinimlerin sıklığına ilişkin veriler; kullanılan tanımlara, yaş gruplarına ve ölçüm yöntemlerine göre farklılaşmaktadır. Bu nedenle gelişimsel gecikme, gelişimsel yetersizlik, engellilik ve özel sağlık gereksinimi göstergeleri birbirinin yerine kullanılmamalıdır.

Uluslararası uygulamalar; birinci basamak merkezli bakım koordinasyonu, multidisipliner uzman merkezler, sağlık–eğitim–sosyal bakımın ortak planlanması, karmaşık bakım programları ve toplum temelli rehabilitasyon yaklaşımları etrafında şekillenmektedir. Bu yaklaşımlarda aile katılımı, tanımlı bir koordinasyon sorumlusu, ortak bakım planı ve hizmetler arası iletişim öne çıkmaktadır. Tıbbi ev yaklaşımı, aynı fiziksel mekânda hizmet sunulmasından çok erişilebilir, kapsamlı, sürekli ve koordineli bakımı ifade etmektedir.

Gelişimsel izlem; aile kaygılarının dinlenmesini, gelişim öyküsünün alınmasını, çocuğun gözlenmesini, risk ve koruyucu etkenlerin belirlenmesini ve bulguların zaman içinde değerlendirilmesini içerir. Standartlaştırılmış tarama araçları bu süreci destekler; ancak tanısal değerlendirmenin veya gelişimsel izlemin yerini almaz. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR), gelişimin değerlendirilmesini aileyle iş birliği, destek ve erken müdahaleyle ilişkilendiren bir yaklaşım sunmaktadır.

Türkiye'de Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER), çocuğun özel gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve ilgili hizmetlere erişimi açısından önemli bir araçtır. Bununla birlikte raporlama, sürekli sağlık izleminin yerine geçmez. Sağlık hizmetleri ile Rehberlik ve Araştırma Merkezleri (RAM), özel eğitim, rehabilitasyon ve sosyal hizmetler arasında karşılıklı bilgi akışı ve yönlendirme sonuçlarının takibi gereklidir.

Sonuç ve Öneriler:

Özel gereksinimi olan çocuğun izlemi; günlük yaşam işlevlerini, güçlü yönlerini, toplumsal katılımını ve aile önceliklerini temel almalıdır. Ailenin gelişimsel kaygıları dikkate alınmalı, değerlendirme ve destek süreçleri geciktirilmemelidir. Her çocuk için bir izlem koordinatörü belirlenmeli; gereksinimlere göre güncellenen ortak bakım planı oluşturulmalı ve erken müdahale hizmetlerine erişim sağlanmalıdır. Sosyal pediatri yaklaşımı, çocuğun sağlığını ve gelişimini aile, toplum ve çevreyle etkileşimi içinde değerlendirirken sağlığın sosyal belirleyicilerini, çocuk haklarını ve eşitsizlikleri gözetir. Koruyucu sağlık hizmetlerini, gelişimsel desteği ve ailenin güçlendirilmesini birlikte ele alarak sağlık, eğitim, rehabilitasyon ve sosyal hizmetler arasında iş birliğini destekler. Böylece erişilebilir, eşitlikçi ve sürekliliği olan bütüncül bakımın geliştirilmesine katkı sağlar.

Kaynaklar

1. Ömercioğlu E, Çelen Yoldaş T. Gelişimsel gecikmelerde tanılama ve izlem. editör.: Çelen Yoldaş T, editör. Gelişimsel Gecikmelere Klinik Yaklaşım. 1. baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2025. s. 9–14.
2. Ertem İÖ, Krishnamurthy V, Mulaudzi MC, Sguassero Y, Bilik B, Balta H, et al. Validation of the International Guide for Monitoring Child Development demonstrates good sensitivity and specificity in four diverse countries. Acta Paediatr. 2019;108(6):1074–1086.
3. Lipkin PH, Macias MM. Promoting optimal development: Identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. Pediatrics. 2020;145(1).
4. Rosenbaum P, Gorter JW. The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child Care Health Dev. 2012;38(4):457–463.
5. Gümüş Doğan D. Gelişimsel Pediatri'de kronik hastalıklara yaklaşım. Gümüş Doğan D, editör. Kronik Hastalıklar ve Gelişim. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2024. p.1-7.
6. World Health Organization (WHO), *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2001.
7. Council on Children with Disabilities, Medical Home Implementation Project Advisory Committee. Patient- and family-centered care coordination: A framework for integrating care for children and youth across multiple systems. Pediatrics. 2014;133(5)–e1460.
8. Kuo DZ, Houtrow AJ. Recognition and management of medical complexity. Pediatrics. 2016;138(6).
9. American Academy of Pediatrics (AAP). *The Medical Home*, 2002/2014.

10. Özalp Akın E, Bingöler Pekcici B. Çocuklar için özel gereksinim raporu. Özmert EN, editör. Riskli Bebekte Gelişimsel İzlem. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.98-102.

Özel Gereksinimli Çocukların Ailesi Olmak

Doç. Dr. Fadime Yüksel[1]
[1] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Sosyal Pediatri

Özel gereksinimli çocuk yaşamın herhangi bir döneminde gelişim sürecinde yaşıtlarından farklı gelişim özellikleri gösteren çocukları kapsar. Bu farklılıklar prenatal, natal, postnatal dönemde genetik ve çevresel etkenlerle ilişkili olabilir. Bilişsel gelişim, dil ve konuşma, motor beceriler, fiziksel gelişim, sosyal ve duygusal alanlar bu kapsamda değerlendirilebilir. Gelişim farklılıkları gecikme veya ileri olma durumudur. Zihinsel yetersizlik, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, özel öğrenme güçlükleri, görme veya işitme yetersizlikleri, serebral palsi, ortopedik engeller, kronik hastalıklar ve birden fazla alanda desteğe ihtiyaç duyulması özel gereksinim için farklı örneklerdir.

Emily Perl Kingsley'in 1987'de yazdığı ve çok bilinen Hollanda metaforu, ailelerin tanı sonrasında yaşadıklarını anlamak için güçlü bir anlatımdır. Çocuk sahibi olurken planlanan dışında bir hedefe varmak olarak betimlenir. Varılan nokta kötü bir yer olmasa da hayali kurulan yerin yasını tutmaya devam edilirse yeni rotanın güzellikleri farkedilemez. Aile için, başlangıçta hayal ettiği yolculuğun farklılaşmasının yasını tutabilmesine izin vermek ve zaman içinde yeni roanın güzelliklerini de görebilmesine eşlik etmek önemlidir.

Tanının ilk kez paylaşılması, aile için hafızada uzun süre kalan bir andır. Şok sırasında verilen tıbbi bilgilerin %80'I unutulsa da hekimin ses tonu, ilk cümlesi, tavrı, görüşmenin yapıldığı ortam yıllarca hatırlanabilir. Bu nedenle kötü haberin içeriği kadar nasıl verildiği de önemlidir.

SPIKES yaklaşımı kötü haberi verirken görüşmeyi yapılandırmak için kullanılabilir. İlk adım, (Setting) uygun ortamı hazırlamaktır: kapısı kapanabilen, sakin ve kesintiye uğramayacak bir ortamda, mümkünse oturarak konuşmak gerekir. İkinci adım, ailenin mevcut algısını (Perception) anlamaktır. Çocuğun gelişiminde neler gözlemlediği sorulur. Üçüncü adım, davet (İnvitation); ailenin ne kadar bilgi almak istediğini ve ayrıntılara hazır olup olmadığını anlamaktır. Ardından bilgi (Knowledge), tıbbi jargondan kaçınarak küçük ve anlaşılır parçalar hâlinde paylaşılır. Empati (Empathy) aşamasında ailenin şoku, üzüntüsü veya gözyaşı geçiştirilmeden duygularına alan açılmalıdır. Son aşamada ise görüşme somut bir sonraki adımla (Strategy), planlanan yönlendirme veya kontrol randevusuyla tamamlanmalıdır.Aileye yalnızca tanının adını söylemek yeterli değildir. 'Şimdi ne olacak?', 'Nereye başvuracağız?', 'Hangi desteğe ihtiyacımız var?' ve 'Bir sonraki adım nedir?' sorularına da yanıt vermek gerekir. Bilginin yazılı olarak verilmesi, ailelerin görüşme sırasında kaçırdıkları ayrıntılara daha sonra dönmelerini sağlayabilir.

Tanı sonrasında aileler şok ve inkâr, öfke ve isyan, pazarlık, kronik keder şeklinde yasın evrelerini yaşayabilir. Tanıyı kabullenememe, ikinci bir görüş almak isteği, tanının yanlış olabileceğini umudu, farlı sağlık kuruluşlarına tekrarlayan başvurular olabilir, bilimsel dayanağı olmayan, mucizevi sonuçlar vaadeden uygulamalara yönelebilir. Sağlık çalışanlarının görevi, ailenin kaygısını anlamak ve kanıta dayalı seçenekleri anlatmak, ailenin istismarını da önlemeye çalışmak olmalıdır.

Ailenin yası okula başlama, ergenlik, doğum günleri veya akranların yeni gelişim basamaklarına ulaşması gibi dönemlerde yeniden ortaya çıkabilir. Bu durum kronik keder olarak tanımlanır ve tek

başına patolojik depresyon anlamına gelmez. Ailenin bu dönemlerde yeniden desteğe ihtiyaç duyması olağan bir süreçtir. Ebeveynler zaman içinde yalnızca anne veya baba rolünü değil; terapist, öğretmen, bakım veren ve hak savunucusu rollerini de üstlenebilir. Bu yükü fark etmek ve aileye destek olmak gerekir.

Kullannılan kelimeler dikkatle seçilmeli, çocuğu tanısından ibaret görmek yerine, önce çocuk olduğunu hatırlamak önemlidir. Otistik çocuk yerine 'otizm tanılı çocuk' ya da 'özel gereksinimli çocuk' denebilir.'Hiçbir şey beklemeyin, yürüyemez' gibi kesin ve umutsuz ifadelerden kaçınılmalı, çocuğun potansiyelini değerlendirmek ve hedefleri adım adım belirlemek gerektiği söylenmelidir. Aileye 'Siz çok özel, seçilmiş bir ailesiniz' demek iyi niyetli görünse de ailenin yorgunluğunu ve zor duygularını ifade etmesini güçleştirebilir. 'Yaşadığınız zorlanma ve yorgunluk çok normal' demek daha gerçekçi ve destekleyicidir. Aile verilen görevi yapamadığında, ev programını uygulayamadığında suçlayıcı bir tutum yerine, 'Egzersizleri günlük yaşamınıza nasıl daha kolay yerleştirebiliriz?' gibi ılımlı yaklaşmak gerekir.

Ailenin onaylamadığı, günlük rutinine sığdıramadığı bir bakım planı sürdürülemez. Bu nedenle hedefleri ailenin günlük yaşamındaki öncelikler de gözetilerek plan yapılmalıdır, birimler koordine çalışmalı, hekim, fizyoterapist, özel eğitim uzmanı ve sosyal hizmet uzmanı iletişim içinde olmalı; aile farklı birimlerden parça parça bilgi toplamak zorunda bırakılmamalıdır. Üçüncü ilke, bilimsel kılavuzluk ve korumadır. Aileleri kanıtı olmayan, pahalı veya riskli tedavilerden korumak için bilimsel bilgiyi anlaşılır biçimde sunmalı ve gerçekçi beklentiler oluşturmalarına yardımcı olunmalıdır.

Özel gereksinimli bir çocuğun bakım yükü tek ebeveyne yüklenmemeli. Hastane ve okul ziyaretleri, terapi programları, ekonomik maliyetler ve sosyal hayatın kısıtlanması zamanla fiziksel ve ruhsal tükenmişliğe yol açabilir. Bu nedenle poliklinikte yalnızca çocuğu değerlendiriken bakım verenin durumu da sorulmalıdır. Öz bakım ve psikolojik destek bir lüks değil, bakımın sürdürülebilirliğinin bir parçasıdır.

Ebeveynlerin dikkati ve zamanı çoğunlukla daha fazla desteğe ihtiyaç duyan özel gereksinimli çocuğa yöneldiğinde, diğer çocuklar geri planda kalabilir, yaşlarından büyük sorumluluklar üstlenebilir, sorun çıkarmamaları gerektiğini düşünebilirler. Kardeşlerine karşı sevgi ve koruma duygusu yaşarken aynı zamanda öfke, utanç veya suçluluk hissedebilirler. Baş ağrısı ve karın ağrısı gibi somatik yakınmalar görülebilir. Bu çocuklar "cam çocuklar" olarak adlandırılır aile içinde ihtiyaçları fark edilmeyebilir. Kardeşlere özel zaman ayrılması, duygularını açıkça ifade edebilecekleri bir ortam oluşturulması ve yaşlarına uygun sorumluluklar verilmesi gerekir.

Açık iletişim, ebeveynlerin dinlenebilmesi, profesyonel destek ve akran dayanışması koruyucu faktörlerdir. Benzer deneyimler yaşayan ailelerle bir araya gelmek yalnızlık hissini azaltabilir ve bilgiye, sosyal desteğe ve haklara erişimi kolaylaştırabilir.

Özel gereksinimli çocukların ve ailelerinin karşılanmamış ihtiyaçlarını gidermek için tıbbi tedavi yanısıra bütüncül bir yaklaşım gerekir. Hastane dışında da toplum temelli merkezler, yerel yönetimler ve dijital sağlık çözümleriyle desteklenmelidir. Tele-sağlık uygulamaları, uygun durumlarda uzaktan görüşme ve takip olanağı sunabilir; sesli notlar, belirti günlükleri ve ilaç hatırlatıcıları da bakımın düzenlenmesine katkı sağlayabilir.

Ebeveynlere geçici dinlenme olanağı sağlayan mola bakımı, stresle baş etmeyi destekleyen programlar ve gevşeme uygulamaları da önemlidir. Ebeveynden ebeveyne destek programları, çevrim içi güvenli topluluklar ve kardeş destek programları aile üyelerinin kendi ihtiyaçlarına uygun destek almasını sağlayabilir. Bu hizmetlerin erişilebilir, güvenilir ve ailelerin gerçek yaşamına uyarlanmış olması gerekir.

Sonuç olarak, özel gereksinimli çocukların ailelerini desteklemek için çok yönlü ve boyutlu bir yaklaşım şarttır. Sağlık sistemi, eğitim kurumları, sosyal hizmetler, yerel yönetimler ve sivil toplum arasında iş birliği kurulmalıdır. Aileye yalnızca tanı ve tedavi sunmak değil; anlaşılır bilgi, koordinasyon, psikososyal destek, dinlenme olanağı ve toplumsal katılım sağlamak gerekir.

Kaynaklar

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998.
2. Dyke P, Mulroy S, Leonard H. Siblings of children with disabilities: challenges and opportunities. Acta Paediatr. 2009 Jan;98(1):23-4. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.01168.x. PMID: 19086940.
3. Erdem, Ö., & Nazlı, S. (2024). Özel Gereksinimli Çocukları Olan Ailelerin İhtiyaçlarının İncelenmesi. Aile Psikolojik Danışmanlığı Dergisi, 7(2), 88-128. https://doi.org/10.58434/apdad.1557336
4. Güven Baysal Ş, Çorabay S. Caregiver Burden and Depression in Parents of Children with Chronic Diseases. Turk Arch Pediatr. 2024 Jan;59(1):70-77. doi: 10.5152/TurkArchPediatr.2024.23126. PMID: 38454263; PMCID: PMC10837583.
5. McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, Perrin JM, Shonkoff JP, Strickland B. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998 Jul;102(1 Pt 1):137-40. doi: 10.1542/peds.102.1.137. PMID: 9714637.
6. Öztürk A. The mediating role of mindfulness and psychological resilience in the relationship between internalized stigma and caregiver burden among parents of children with Autism Spectrum Disorder. Front Psychol. 2026 Feb 17;17:1751960. doi: 10.3389/fpsyg.2026.1751960. PMID: 41783316; PMCID: PMC12953103.
7. Rivera M, Yang T, Moadel T, Corbo S, Natesan S. SPIKES: Breaking bad news in the emergency department. AEM Educ Train. 2024 Apr 15;8(2):e10977. doi: 10.1002/aet2.10977. PMID: 38633135; PMCID: PMC11018640.

Çocuklarda Akılcı Antibiyotik Kullanımı

Prof. Dr. Ayşe Kılıç
İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D

Akılcı antibiyotik kullanımı; antibiyotiğin yalnızca gerekli olduğunda, uygun ajan, doz, uygulama yolu ve süreyle verilmesidir. Amaç, bakteriyel enfeksiyonu etkili biçimde tedavi ederken gereksiz ilaç maruziyetini, yan etkileri ve antibiyotik direncini azaltmaktır. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), bu yaklaşımın hem hastanelerde hem ayaktan bakımda uygulanmasını desteklemektedir. [1]

Bakteriyel enfeksiyon bulgusu olmayan üst solunum yolu enfeksiyonları, bronşiolit, akut bronşit ve streptokokal olmayan farenjitte antibiyotik verilmemelidir. Otitis media, sinüzit ve streptokok farenjiti uygun tanı ölçütleriyle değerlendirilmelidir. Üriner sistem enfeksiyonunda idrar incelemesi ve kültür önemlidir. Seçim, hastalık şiddeti, olası etken ve yerel duyarlılık verilerine göre yapılmalı; etkili olan en dar spektrumlu ajan tercih edilmelidir. [1, 2] Antibiyotik başlamadan önce mutlaka kültürler alınmalı, kanıta dayalı veriler ışığında antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır.

Başlanan antibiyotik tedavisi 48–72 saat içinde klinik yanıt ve mikrobiyolojik sonuçlarla yeniden değerlendirilmelidir. Etken belirlenmişse spektrum daraltılmalı, antibiyotik gereksinimi ortadan kalkmışsa tedavi kesilmelidir. Penisilin alerjisi öyküsünün doğruluğu gözden geçirilmeli; uygun hastalarda oral tedavi veya parenteral tedaviden oral tedaviye geçiş değerlendirilmelidir. [1, 2]

Hedef, her enfeksiyonda süreyi kısaltmak değil, etkili olduğu gösterilmiş en kısa uygun süreyi seçmektir. SCOUT-CAP çalışması, başlangıç tedavisine yanıt veren seçilmiş komplikasyonsuz pnömonili çocuklarda 5 günlük tedaviyi desteklemektedir. Üriner enfeksiyon çalışmalarında ise sonuçlar farklıdır: SCOUT-UTI ve INDI-UTI kısa tedavinin aşağı kalmadığını gösterememiş, STOP çalışması seçilmiş olgularda 5 günlük tedaviyi desteklemiştir. Bu nedenle süre; yaş, enfeksiyonun yeri ve şiddeti, risk faktörleri ve klinik yanıtla birlikte belirlenmelidir. Ağır veya komplike enfeksiyonlara kısa tedavi sonuçları doğrudan genellenemez. [3–6]

Uygun seçilmiş, komplikasyonsuz solunum yolu enfeksiyonlarında gözlem veya gecikmiş reçete, açık yeniden değerlendirme talimatlarıyla antibiyotik kullanımını azaltabilir. Aileye ilacın konsantrasyonu, doz miktarı, uygulama sıklığı, süresi ve yan etkileri açıklanmalı; sıvı ilaç oral enjektörle ölçülmelidir. Kurumlarda enfeksiyona özgü tedavi yolları, reçete denetimi ve geri bildirim uygulanmalıdır. Avrupa Pediatri Birliği (EPA-UNEPSA), amoksisilin gibi birinci seçenek ilaçların ve uygun pediatrik formülasyonların erişilebilirliğinin korunmasını da vurgulamaktadır. [1, 7–9]

Kaynaklar:

1. Gerber JS, Jackson MA, Tamma PD, Zaoutis TE. Antibiotic Stewardship in Pediatrics. Pediatrics. 2021;147(1):e2020040295. Eylül 2025'te yeniden onaylandı. https://doi.org/10.1542/peds.2020-040295

2. AAP. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Urinary Tract Infection in Children From 8 Days to 5 Years of Age. Pediatrics. 2026;158(4):e2026078565. https://doi.org/10.1542/peds.2026-078565

3. Williams DJ ve ark. Short- vs Standard-Course Outpatient Antibiotic Therapy for Community-Acquired Pneumonia in Children: The SCOUT-CAP Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatrics. 2022;176(3):253–261. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35040920/

4. Short-Course Therapy for Urinary Tract Infections in Children: The SCOUT Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatrics. 2023;177(8):782–789. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37358858/

5. Montini G ve ark. Short Oral Antibiotic Therapy for Pediatric Febrile Urinary Tract Infections: A Randomized Trial. Pediatrics. 2024;153(1):e2023062598. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38146260/

6. Efficacy and safety of individualised versus standard 10-day antibiotic treatment in children with febrile urinary tract infection (INDI-UTI). Lancet Infectious Diseases. 2025;25:925–935. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40187361/

7. Mas-Dalmau G ve ark. Delayed Antibiotic Prescription for Children With Respiratory Infections: A Randomized Trial. Pediatrics. 2021;147(3):e20201323. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33574163/

8. Cohen R ve ark. The Shortage of Amoxicillin: An Escalating Public Health Crisis in Pediatrics Faced by Several Western Countries. Journal of Pediatrics. 2023;257:113321. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36669589/

9. EPA-UNEPSA/ECPCP. Drug Shortages in Pediatrics in Europe: The Position of the European Pediatric Societies. Journal of Pediatrics. 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37182656/

Ergenlerde Uyku Sağlığı Biyolojik Ritim, Sosyal Jetlag ve Kronoterapi Yaklaşımları

[1]Şenay TÜRE

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Ergenlikte uyku sağlığı, biyolojik ritimdeki gelişimsel değişiklikler ile okul ve sosyal yaşamın gereklilikleri arasındaki etkileşimle şekillenir. Bu konuşmada ergenlerde uyku fizyolojisi, sosyal jetlag, uyku sorunlarının klinik değerlendirmesi ve kronoterapi yaklaşımları ele alınmaktadır. Uyku sağlığının değerlendirilmesinde toplam uyku süresinin yanı sıra uyku zamanlaması, düzenlilik ve gündüz işlevselliği birlikte incelenmelidir. 13–18 yaş grubunda düzenli olarak günde 8–10 saat uyku önerilmekle birlikte bireysel gereksinimler dikkate alınmalıdır [1]. Yaşam boyu uyku özelliklerini inceleyen geniş örneklemli bir meta-analiz, uyku süresinin yaşla değiştiğini ve ergenlerde önerilen sürenin altında uykunun yaygın olduğunu göstermektedir [2].

Uyku–uyanıklık döngüsü, suprakiazmatik çekirdeğin düzenlediği sirkadiyen ritim ile uyanıklık boyunca artan homeostatik uyku basıncının etkileşimiyle oluşur. Ergenlikte melatonin salınımının ve sirkadiyen fazın gecikmesi, daha geç uyuma ve uyanma eğilimine yol açar. Erken okul başlangıçları, akşam ışık maruziyeti, ekran kullanımı ve psikososyal etkenler bu eğilimle birleşerek uyku yetersizliğini artırabilir [3]. Okul günleri ile serbest günlerdeki uyku orta noktaları arasındaki fark olarak tanımlanan sosyal jetlag, biyolojik ve sosyal zaman arasındaki uyumsuzluğu yansıtır [4].

Klinik değerlendirmede ayrıntılı öykü ve fizik muayene temel alınmalı; yatakta geçirilen süre gerçek uyku süresinden ayrılmalıdır. Uyku günlüğüyle okul ve serbest günlerde uyku başlangıcı, uyanma saati, toplam uyku süresi ve değişkenlik izlenmelidir. Sabah uyanma güçlüğü, gündüz uykululuğu ve okul katılımı sorgulanmalıdır. Serbest günlerde geç saatlerde başlayıp normal süre ve kalitede devam eden uyku, sirkadiyen faz gecikmesini düşündürür [5]. Horlama, kataplexi, uyku atakları, eşlik eden duygudurum belirtileri veya tedaviye direnç varlığında ileri değerlendirme planlanmalıdır.

Yaklaşımın temelini ergen ve ailenin eğitimi, düzenli uyku–uyanma saatleri ve uygun uyku ortamı oluşturur. Akşam ekran kullanımının ve uyarılmanın azaltılması, kafein tüketiminin sorgulanması ve hafta içi–hafta sonu zamanlama farkının sınırlandırılması önemlidir. Sirkadiyen müdahaleler, ışık ve karanlığın zamanlanmasını ve seçilmiş olgularda hekim gözetiminde melatonin kullanımını içerir. Işığın faz kaydırıcı etkisi biyolojik zamana bağlı olduğundan uygulama bireyselleştirilmelidir. Melatoninde doz kadar uygulama zamanı da önem taşır. Uyku saatini ardışık günlerde geciktirerek hedef saate taşıyan klasik kronoterapi, sınırlı kanıt ve ritim bozulması riski nedeniyle rutin ilk basamak yaklaşımı değildir [5].

Ergenlerde uyku sağlığının desteklenmesi, biyolojik ritimle uyumlu ve sürdürülebilir bir günlük düzenin kurulmasını gerektirir. İzlemde başarı, yeterli uyku süresiyle birlikte sabah uyanmanın, gündüz uyanıklığının ve okul işlevselliğinin iyileşmesiyle değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. J Clin Sleep Med. 2016;12(11):1549–1561. doi:10.5664/jcsm.6288.
2. Kocevska D, Lysen TS, Dotinga A, et al. Sleep characteristics across the lifespan in 1.1 million people from the Netherlands, United Kingdom and United States: a systematic review and meta-analysis. Nat Hum Behav. 2021;5(1):113–122. doi:10.1038/s41562-020-00965-x.
3. Crowley SJ, Wolfson AR, Tarokh L, Carskadon MA. An update on adolescent sleep: New evidence informing the perfect storm model. J Adolesc. 2018;67:55–65. doi:10.1016/j.adolescence.2018.06.001.
4. Wittmann M, Dinich J, Merrow M, Roenneberg T. Social jetlag: misalignment of biological and social time. Chronobiol Int. 2006;23(1–2):497–509. doi:10.1080/07420520500545979.
5. Auger RR, Burgess HJ, Emens JS, Deriy LV, Thomas SM, Sharkey KM. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Intrinsic Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: Advanced Sleep-Wake Phase Disorder (ASWPD), Delayed Sleep-Wake Phase Disorder (DSWPD), Non-24-Hour Sleep-Wake Rhythm Disorder (N24SWD), and Irregular Sleep-Wake Rhythm Disorder (ISWRD). An Update for 2015: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. J Clin Sleep Med. 2015;11(10):1199–1236. doi:10.5664/jcsm.5100.

Uyku Sorunlarına Eşlik Eden Beslenme Güçlüklerinin Etkileşimsel Temelli Yönetimi

[1]Mahmut Caner Us

[1]Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Erken çocuklukta uyku sorunlarına eşlik eden beslenme güçlükleri, çocuğun davranışı kadar gelişimsel öz düzenleme, bakım veren–çocuk etkileşimi ve bakım ağı bağlamında ele alınmalıdır. Besin reddi, uykuya geçiş güçlüğü ve aşırı ağlama farklı nedenlerle ortaya çıksa da çocuğun sinyallerini tanıma ve uygun yanıt verme ortak klinik süreçlerdir. Geliştiren Bakım ve NEST yaklaşımı, uyku ve beslenmenin duyarlı bakım, ortak düzenleme ve karşılıklı etkileşimsel süreçler içinde değerlendirilmesini destekler (1).

Obezite ile uyku sorunları arasındaki ilişki, çocukluk ve yaşamın ileri dönemlerinde çok sayıda araştırmada incelenmiştir. Yaşamın ilk 1000 gününe odaklandığımızda ise EndObesity derlemesi, uyku, beslenme ve aile temelli yaşam alışkanlıklarının sosyal bağlamla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (2). Duyarlı besleme, çocuğun açlık ve tokluk sinyallerini tanımayı, bu sinyallere gelişimsel olarak uygun yanıt vermeyi, baskıcı beslemeden ve yiyeceği ödül ya da sakinleştirme aracı olarak kullanmaktan kaçınmayı temel alır. Bu yaklaşımın obeziteyi tek başına önlediğine ilişkin kanıtlar henüz sınırlı olmakla birlikte, beslenme ve uyku bileşenlerini birlikte ele alan duyarlı ebeveynlik müdahalelerinde bazı bebek uyku sonuçlarında iyileşme bildirilmiştir (3).

Bu çerçevede uyku sorunlarına eşlik eden beslenme güçlüklerinin klinik değerlendirmesi; büyüme, beslenme ve yutma becerileri ile olası tıbbi ve nörogelişimsel nedenlerin incelenmesinin yanında, bakım veren–çocuk etkileşiminin günlük rutinlerde gözlemlenmesini de içermelidir. Ebeveynlerin beslenme uygulamaları, yaşa ve beslenme biçimine uygun özbildirim araçları olan BUYA-AS ve BUYA-YK versiyonlarıyla değerlendirilebilir (4). Öğün sırasındaki karşılıklılık, çatışma, kontrol davranışları ve sinyallere yanıt verme, Chatoor'un video kaydına dayalı beslenme etkileşimi yaklaşımıyla incelenebilir (5). Günlük bakım ve oyun etkileşimlerinde ebeveyn ve çocuk davranışları ise EDDÖ-TV ve ÇDDÖ-TV gibi video kodlama araçlarıyla ayrı ayrı değerlendirilebilir (6). Video gözleminin ardından uygulanan yapılandırılmış video geri bildirim, bu değerlendirmeden farklı olarak, bakım verenin çocuğun sinyallerini ve kendi yanıtlarını fark etmesini destekleyen bir müdahale yöntemidir (7).

Etkileşimsel temelli yönetimde hedef, yalnızca yeme veya uyku davranışını değiştirmek değil; çocuğun açlık-tokluk, ilgi, yorgunluk ve huzursuzluk sinyallerini fark eden, karşılıklı ve gelişimsel olarak uygun bakım örüntülerini güçlendirmektir. Dünya Sağlık Örgütü, 6–23 aylık çocuklar için özerkliği ve öz düzenlemeyi destekleyen duyarlı beslemeyi önermektedir (8). Bu becerilerin desteklenmesine erken bebeklikten itibaren; yalnızca uyanıklıkta ve gözetim altında karın üstü zaman, yüz yüze oyun, yerde karşılıklı oyun gibi doğal etkileşim fırsatlarından başlanabilir. Gereksinime göre ETEÇOM-2 gibi duyarlı öğretim/etkileşim temelli programlar ve farklı endikasyonları olan DIR/Floortime benzeri yaklaşımlar düşünülebilir; bu yöntemlerin kanıt düzeyleri ve hedefleri aynı değildir. Öğünlerde, günlük aktiviteler sırasında ve yatma öncesi rutinlerde çocuğun temposunu izlemek, beklemek, fırsat vermek ve uygun yanıt sunmak ortak ilkeler olarak öne çıkar. Büyük ebeveynleri de içeren ETEÇOM-2 pilot çalışmamızda gözlenen

etkileşimsel duyarlılık, çocuk katılımı, talep üzerine beslenme ve kuşaklararası bakım uyumundaki değişimler, duyarlı bakımın tüm bakım veren ağı içinde desteklenmesinin önemini örneklemektedir (9).

Bu bulgular, etkileşimsel temelli müdahalelerin uyku ve beslenme sorunlarının doğrudan tedavisinde etkili olduğuna ilişkin bir kanıt olarak yorumlanmamalıdır. Her iki sorunun yönetiminde de öncelikle altta yatabilecek organik, gelişimsel ve davranışsal nedenlerin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi ve uygun kanıta dayalı tedavi yaklaşımlarının uygulanması esastır. Bununla birlikte, uyku ve beslenme güçlüklerinin ortaya çıkmasında veya sürmesinde rol oynayabilecek ortak düzenleme süreçlerinin ve bakım veren–çocuk etkileşiminin değerlendirilmesi; duyarlı bakımın, karşılıklı etkileşimin ve çocuğun öz düzenleme becerilerinin desteklenmesi açısından bütüncül klinik yönetimin önemli bir tamamlayıcı bileşeni olarak ele alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Boran P, DelRosso LM. Nurturing care for early childhood sleep interventions with tailored care: the NEST Approach. Sleep Med Rev. 2026;86:102241. doi:10.1016/j.smrv.2026.102241.
2. Schipper MC, et al. First 1000 days strategies to prevent childhood obesity: a narrative review and recommendations from the EndObesity Consortium. Pediatr Obes. 2025:e70060. doi:10.1111/ijpo.70060.
3. Lavner JA, et al. Effects of a responsive parenting intervention among Black families on infant sleep: a secondary analysis of the Sleep SAAF randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2023;6(3):e236276. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.6276.
4. Us MC, Baris HE, Öztürk E, Şahin A, Nizam G, Şenyürek B, Boran P. Turkish Adaptation of the Feeding Practices and Structure Questionnaire Milk Feeding and Solid Feeding Versions. Food Sci Nutr. 2025;13(6):e70357. doi:10.1002/fsn3.70357.
5. Chatoor I, Getson P, Menvielle E, et al. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. Infant Ment Health J. 1997;18(1):76–91.
6. Diken Ö, Topbaş S, Diken İH. Ebeveyn Davranışını Değerlendirme Ölçeği (EDDÖ) ile Çocuk Davranışını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi. 2009;10(02):41–64. doi:10.1501/Ozlegt_0000000139.
7. O'Hara L, Smith ER, Barlow J, et al. Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(11):CD012348. doi:10.1002/14651858.CD012348.pub2.
8. World Health Organization. WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: WHO; 2023.
9. Us MC. Büyük ebeveynlere uygulanan etkileşim temelli eğitimin torunların büyüme ve gelişmesi üzerine etkisi. Doktora tezi. Marmara Üniversitesi; 2026.

Çocuk Sağlığında Güncel Takviyeler - Kanıta Dayalı Klinik Pratik

Prof. Dr. Özlem Bağ

SBÜ İzmir Tıp Fakültesi

İzmir Şehir Hastanesi Sosyal Pediatri Bölümü

Vitamin, mineral ve gıda takviyeleri, yetersiz beslenme ve yetersiz beslenmenin neden olduğu eksikliklerin düzeltilmesine ek olarak değişen sağlık anlayışı nedeniyle giderek artan bir kullanım alanı bulmaktadır. Günümüzde, gıda üretim teknolojilerine karşı yaşanan güven kaybı, değişen dünyada besin içeriklerinin yeterli olmadığı düşüncesi, sürdürülebilir beslenme kavramının getirdiği beslenme modelleri, ilaç değil takviye algısı ve tezgah üstü satış (OTC-over the counter) olarak satılıyor olmaları nedeniyle ülkemizde 2025 yılında bir önceki yıla göre %56,7 büyüyerek yaklaşık 30 milyar TL'lik bir pazara ulaşılmıştır. Ürünlerin önemli bir kısmı, magnezyum, D vitamini, demir ve omega 3 içeren preperatlardan oluşmakta ve yaklaşık %40' çocuklara yönelik olarak pazarlanmaktadır.

Ülkemizdeki vitamin ve mineral preperatlarının bir kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından ilaç ruhsatı ile bulunmakta iken, önemli bir kısmı, Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından gıda takviyesi adı altında sunulmaktadır. Bu ürünlerin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından sağlık beyanı yönünden denetimi 2023 yılında düzenlenen yönetmelik kapsamında başlatılmıştır (1).

Kanıt Değeri Yüksek ve Rutin Önerilen Destekler

D Vitamini

Nutrisyonel riketsin önlenmesi için beslenme şekline bakılmaksızın tüm bebeklere doğumdan itibaren bir yaşına dek 400 IU 10 µg D vitamini uygulaması, yapılan meta-analiz çalışmaları sonucunda kanıt düzeyi yüksek ve güçlü öneri olarak saptanması nedeniyle pek çok uluslararası ve ulusal rehberde yerini almıştır. Bir yaşından büyük tüm çocuklar ve yetişkinler için günlük D vitamini gereksinimleri en az 600 IU (15 µg) olarak belirlenmiştir. Tedavi gerektiren semptomatik D vitamini eksikliği öyküsü olan çocuklar, D vitamini eksikliği açısından yüksek riskli çocuklar ve yetişkinler ile gebe kadınlara D vitamini verilmesi önerilmektedir (Kanıt kalitesi yüksek, güçlü öneri)(2).

Diğer yandan, sağlıklı çocuklarda rutin 25OHD taraması önerilmemektedir; dolayısıyla, bu popülasyonda D vitamini takviyesi için belirli bir 25OHD eşik değeri hedeflenmemektedir (Kanıt kalitesi yüksek, güçlü öneri). Ancak risk faktörleri olan bebekler ve çocuklar için D vitamini eksikliği açısından 25OHD laboratuvar taraması yapılabilir (Kanıt kalitesi düşük, zayıf öneri) (2)

D vitamininin ekstraskeletal etkileri ile ilgili çalışmalar nedeniyle, güncel kılavuzlarda, 1 ila 18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde, solunum yolu enfeksiyonu riskini potansiyel olarak azaltmak amacıyla ampirik D vitamini takviyesi yerini almıştır (Kanıt kalitesi orta) (3).

Ülkemizde, 2018'de yayınlanan bebek ve çocuklarda D vitamini ile ilgili bilim kurulu rehberi doğrultusunda aile sağlığı merkezlerinde ücretsiz olarak D vit damlası dağıtılmaktadır (4). Bu D vitamini preperatlarında yardımcı madde olarak kullanılan bütilhidroksianisol (1,5 mg/15 ml; 3 damlada 0,18 mg bütilhidroksianisol) miktarı, izin verilen günlük tüketim miktarı olan 1,0 mg/kg'ın oldukça altındadır.

Demir

Hemoglobin, myoglobin, oksidatif enzimlerin yapısında yer alan oksijen taşınması, enerji üretimi ve bağışıklık fonksiyonları için hayati önem taşıyan temel mineral olan Fe, genellikle 4. aydan sonra depoların azalması ile belli bir miktarda alınması gerekmektedir (Tablo 1).

Zamanında Doğan Bebekler	1 mg/kg (max 15 mg) (4. aydan sonra)
Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler	2 - 4 mg/kg (max 15 mg) (2. aydan sonra)
6 - 12 Ay	8 - 10 mg
1 - 3 Yaş	7 mg
4 - 8 Yaş	10 mg
9 - 13 Yaş	8 - 11 mg
14 - 18 Yaş (Kız)	15 mg
14 - 18 Yaş (Erkek)	11 mg
Gebelik (Hamilelik)	27 - 30 mg

Dünya Sağlık Örgütü, demir eksikliği ve anemiyi önlemek amacıyla, aneminin son derece yaygın olduğu bölgelerde yaşayan 6–23 aylık bebek ve küçük çocuklarda halk sağlığı müdahalesi olarak günlük demir takviyesi yapılması önerilmektedir (güçlü tavsiye, orta kalitede kanıt) (5). Geçmiş yıllarda ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuklarda demir eksikliği anemisi % 15.2 ile % 62.5 sıklıkta görüldüğü gösterildiğinden Nisan 2004'te Demir Gibi Türkiye Programı başlatılmıştır. Bu program çerçevesinde demir eksikliği anemisi sıklığı bu yaş grubunda %6,3'e gerilemiştir (6).

Program gereği aile sağlığı merkezlerinde zamanında doğmuş bebeklere 4-12 ay arası her bebeğe destek amaçlı (10 mg/gün dozla = +3 değerlikli demir için 4 damla/gün ve günde bir kez, +2 değerlikli demir için 9 damla/gün ve günde 1 kez) verilmektedir. Erken doğan ve düşük doğum ağırlıklı doğmuş bebeklere ise 2. ayında (2 mg/kg/gün) demir preparatı başlanması gerekmektedir. Güncel olarak dağıtılmakta olan Fe +3 preperatlarının her 1 mL (20 damla) çözelti, 50 mg elementer demir'e eşdeğer demir III hidroksit polimaltoz kompleksi ve metil paraben 54 mg, propil paraben 6 mg ve sakkaroz 1500 mg içermektedir. Bunun dışında gıda takviyesi ruhsatlı bazı yeni nesil demir preperatları temiz içerik iddiasıyla kullanım alanı bulmuş olmakla beraber, bu ilaçların demir profilaksisinde etkinliğini gösteren yeterli kanıt bulunmamaktadır (7).

Riskli gruplarda rutin önerilen destekler

B12 vitamini

B12 vitamini, suda çözünen ve beslenme yoluyla alınması gereken ve yalnızca hayvansal kaynaklarda doğal olarak bulunan bir vitamindir. Yaş gruplarına göre alınması gereken B12 miktarı belirlenmiştir (Tablo 2)

Yaş Grubu / Yaşam Evresi	**Günlük Önerilen B12 (mcg)**
0 – 6 Aylık Bebekler	0.4 mcg
7 – 12 Aylık Bebekler	0.5 mcg
1 – 3 Yaş Arası Çocuklar	0.9 mcg
4 – 8 Yaş Arası Çocuklar	1.2 mcg
9 – 13 Yaş Arası Çocuklar	1.8 mcg
14 Yaş ve Üzeri Yetişkinler	2.4 mcg
Gebelik (Hamilelik)	2.6 mcg
Emzirme Dönemi	2.8 mcg
50 Yaş ve Üzeri	2.4 mcg
Vegan & Vejetaryenler	Kişiye göre değişir (Takviye şart)

Ülkemizde ilaç ruhsatı bulunan B12 vitaminlerinin tümü siyanokobalamin içermektedir. Diğer yandan, metilkobalamin içeren ve gıda takviyesi olarak ruhsatlı pek çok ürün bulunmaktadır. Ağız spreyleri için >4 y, dilaltı tabletler için >11 y kullanım önerisi mevcuttur. Yeni yapılan meta-analiz çalışmaları, çocuklarda B12 uygulamasının kan düzeylerini artırmakla birlikte (kanıt

kalitesi orta), tek başına veya diğer mikro besinlerle birlikte B12 vitamini takviyesi; büyüme, bilişsel işlevler ve gelişimsel sonuçlar üzerinde çok az etkiye sahip olduğu ya da hiç etki yaratmadığı bildirmektedir (Kanıt kalitesi düşük) (8). Bu nedenle B12 takviye önerisi, eksiklik açısından riskli gruba sınırlı tutulmalıdır. B12 eksikliği açısından risk grupları:

- B12 eksikliği olan annelerin bebekleri
- Vegan / vejetaryen annelerin bebekleri
- Vegan veya katı vejetaryen çocuklar
- Metabolik diyet uygulayanlar (örn: fenilketonüri - PKU)
- Ağır malnütrisyon (beslenme yetersizliği)
- Kronik bağırsak hastalıkları (Çölyak, Crohn)
- Mide-bağırsak ameliyatı geçirenler
- Bağırsak parazitleri ve bakteriyel çoğalma
- Nadir genetik hastalıklar (örn: Imerslund-Gräsbeck)
- Uzun süreli mide koruyucu veya metformin kullananlar

Balık yağları

Çocuklarda omega-3 yağ asitlerinin kullanımı, esansiyel olmaları ve nörokognitif gelişim ve retina gelişimi açısından önemleri nedeniyle son derece popülerdir. Bununla birlikte ülkemizde ilaç ruhsatlı ağızdan alınan omega 3 preperatı bulunmamakta ve tümü gıda takviyesi olarak ruhsatlandırılmaktadır. Eikosapentaenoik asit (EPA), dokozahekzaenoik (DHA) veya kombinasyon için henüz net bir günlük alım önerisi tanımlanmamış olmakla birlikte bazı uluslararası kaynaklardaki önerilere göre, 6 aydan büyük bebeklerde 10-12 mg/kg/g saf DHA, 2-6 yaş arası çocuklarda 100-200 mg/g (EPA+DHA), 7-12 yaş arasında 200-250 mg/g, daha büyük çocuk ve ergenlerde ise 250 mg/g alınması gerekmektedir. Bu miktar, haftada >2 gün deniz ürünü içeren öğün ile karşılanabilmekte ve ihtiyacın gıdalar yolu ile karşılanması önerilmektedir.

EPA ve DHA'nın kanıta dayalı olarak kullanıldığı 2 alan söz konusudur: 1. Hipertrigliseridemisi olan hastalarda serum trigliserid düzeylerini düşürmek; 2. Gebelik döneminde erken doğum insidansını azaltmak. Çoklu doymamış yağ asitlerinin (ÇDYA) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde kullanımı ile ilgili 37 çalışma ve 2374 olgunun yer aldığı bir meta analiz çalışmasında, ÇDYA alan olgularda toplam DEHB semptomları üzerinde etkisinin olmadığına dair yüksek kalitede kanıtlar bulunmaktadır (9). Sağlıklı çocuklarda besinsel yetersizlik yoksa omega 3 kullanımını destekleyen kanıt bulunmamaktadır.

Bunu dışında, dikkat, öğrenme, bellek, bilişsel fonksiyonları hedefleyen sitikolin, fosfotidil kolin fosfotidilserin gibi takviyelerin mental bozukluklarda kullanımı ile ilişkili yapılan araştırmalarda bilişsel açıdan potansiyel faydalarının sınırlı ve tutarsız olduğu gösterilmiştir. Bu takviyelerin sağlıklı çocuklarda kullanımı ile ilgili uygulamalar kanıta dayalı değildir (10).

Ayrıca, büyüme hızını hedefleyen preperatlar, bağışıklık sistemini destekleme iddiası ile satışa sunulan çeşitli fitoekstratlar, propolis, beta glukan ve antioksidanların çocukluk çağında kullanımı ile ilgili uygulamalar kanıta dayalı değildir.

Kaynaklar:

1. https://mevzuat.gov.tr/mevzuat/MevzuatNo=40228
2. Munns CF, Shaw N, Kiely M, et al. Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(2):394-415. doi:10.1210/jc.2015-2175
3. https://www.uptodate.com/contents/vitamin-d-insufficiency-and-deficiency-in-children-and-adolescents
4. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/d-vitamini-eksikligi-onleme-kontrol-programi.html
5. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549523
6. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme-programlari/demir-gibi-turkiye.html
7. Tosyalı, M.; Demirçelik, Y.; Bağ, Ö.; Karaarslan, U.; Gökçe, Ş.; Koç, F. Use of Different Iron Preparations for Prophylaxis and Effects on Iron Status in Infancy. Healthcare 2024, 12, 1043. https://doi.org/10.3390/healthcare12101043
8. Larvie DY, Güitrón Leal CE, Venkatramanan S, Palma Molina XE, Steel LB, Kuriyan R, Finkelstein JL. Vitamin B12 supplementation for growth, development, and cognition in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2026, Issue 6. Art. No.: CD015264. DOI: 10.1002/14651858.CD015264.pub2.
9. Gillies D, Leach MJ, Perez Algorta G. Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 4. Art. No.: CD007986. DOI: 10.1002/14651858.CD007986.pub3.
10. Kucuksahin NG, Kaya TT, Halac E, Sut E, Ciray RO. The Impact of Citicoline/Phosphatidylserine Supplementation on Cognitive Performance and Executive Functions in Mental Disorders: A Systematic Review of Controlled Trials. Hum Psychopharmacol. 2026;41(5):e70058. doi:10.1002/hup.70058

Tamamlayıcı Beslenmede Sağlıklı Tabaklar: Başlangıçlar ve Menü Planlama

[1]Beyza Eliuz Tipici

[1]İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Aile Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Gebeliğin başlangıcından çocuğun ikinci yaşını tamamlamasına dek uzanan ve "ilk 1000 gün" olarak tanımlanan dönem, yaşam boyu sağlık ve iyilik halinin temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu dönemin önemli bir bölümünü oluşturan tamamlayıcı beslenme (TB), yalnızca anne sütü ya da bebek formülünün bebeğin enerji ve besin ögesi gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığı noktada, süte ek olarak sıvı, yarı katı ve katı besinlerin diyete dahil edilmesi süreci olarak tanımlanmakta ve 6–23. ayları kapsamaktadır. Bu süreçte kazanılan beslenme örüntüleri; büyüme ve nörogelişimin yanı sıra uzun dönem metabolik sağlık ile yeme davranışlarının biçimlenmesi üzerinde de belirleyici rol oynamaktadır.

Ulusal ve uluslararası rehberlerin varlığına karşın klinik pratikte hangi besinin hangi yaşta başlanacağına ve menü çeşitliliğinin nasıl sağlanacağına ilişkin belirsizlikler sürmekte; sosyal medya kaynaklı yanlış yönlendirmeler, aile baskısı ve yanlış inanışlar danışmanlık sürecini güçleştirmektedir. Bu özette TB, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan dört temel nitelik "zamanında, yeterli, güvenilir ve uygun olma" çerçevesinde ele alınmıştır.

Zamanlama açısından rehberler (DSÖ, Amerikan Pediatri Akademisi, Sosyal Pediatri Derneği) yalnızca anne sütü alan bebeklerde TB'ye 6. ayda (180. gün) başlanmasını önermektedir; Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Hepatoloji rehberi ise TB'nin 17. haftadan önce ve 26. haftadan sonra başlatılmamasını vurgulamaktadır. Türkiye'de sosyal pediatri alanında çalışan çocuk hekimlerinin katılımıyla yürütülen bir Delphi çalışmasında da, sadece anne sütü alan bebeklerde TB'ye 6. ayda başlanması ve TB öncesinde kronolojik yaşın yanı sıra nörogelişimsel hazır bulunuşluğun (baş-boyun kontrolü, oturma becerisi ve dil itme refleksinin kaybolması) değerlendirilmesi gerektiği önerileri %98,3 oranında uzlaşı ile kabul edilmiştir. Alerjenik besinlerin emzirmenin sürdürülmesiyle birlikte erken dönemde tanıtılmasının besin alerjisi riskini anlamlı ölçüde azalttığına ilişkin güçlü kanıtlar bulunmaktadır.

Yeterlilik açısından, anne sütü alan bebeklerde TB ile karşılanması gereken enerji 6–8. aylarda 200 kcal/gün (2–3 öğün), 9–11. aylarda 300 kcal/gün (3–4 öğün) ve 12–23. aylarda 550 kcal/gün (3–4 ana öğün ile 1–2 ara öğün) olarak tanımlanmaktadır. Bebeklerde mide kapasitesinin yaklaşık 30 mL/kg olduğu göz önüne alındığında, 6 kg'lık bir bebeğin tek öğünde 180 mL, 7 kg'lık bir bebeğin ise 210 mL besin tüketebileceği öngörülmektedir; bu nedenle tamamlayıcı besinlerin enerji yoğunluğunun 0,8–1,0 kcal/mL düzeyinde olması hedeflenmelidir. Diyetin içerik yeterliliği, DSÖ tarafından tanımlanan sekiz besin grubundan -anne sütü; et, tavuk, balık ve organ etleri; süt ürünleri; yumurta; kuru baklagiller ve sert kabuklu yemişler; A vitamininden zengin sebze ve meyveler; diğer sebze ve meyveler; tahıllar, yumru ve kök sebzeler- en az beşinin günlük olarak tüketilmesi anlamına gelen minimum diyet çeşitliliği ölçütüyle değerlendirilmektedir.

Güvenilirlik ilkesi besinin satın alınmasından hazırlanması ve depolanmasına uzanan tüm aşamalarda hijyenin sağlanmasını gerektirmektedir. Besini hazırlayanın kişisel hijyeni, besinin ve kullanılan kap-gereçlerin temizliği, güvenli su ve çiğ malzeme kullanımı, çiğ ve pişmiş besinlerin ayrı tutulması, besinlerin güvenli sıcaklıklarda saklanması ve etkili pişirme temel uygulamalar arasındadır. Pestisit kalıntılarına maruziyeti azaltmak amacıyla sebze ve meyvelerin uygun biçimde yıkanması ve kabuğu soyulabilenlerin soyularak tüketilmesi önerilmektedir. Nitrat içeriği yüksek sebzeler (ıspanak, havuç, pancar, brokoli) bağlamında methemoglobinemi riskinin esas olarak kuyu suyu kullanımı, nitratlı gübreler ve pişmiş sebzelerin uygunsuz koşullarda bekletilerek nitratın nitrite dönüşmesiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle söz konusu sebzelerin diyetten çıkarılması gerekmemekte; ancak taze pişirilmeleri, bekletilmeden tüketilmeleri, güvenli su kullanılması ve 24 saatten uzun süre saklanacak pürelerin (gerekliyse) dondurulması önerilmektedir.

Uygunluk ilkesi, bebeğin açlık-tokluk sinyallerine ve iştahına duyarlı, öğün aralıkları ve beslenme biçimi bebeğe göre düzenlenen duyarlı beslenme yaklaşımını kapsamaktadır. Besinlerin kıvamı ve çeşitliliği, motor ve oromotor gelişim basamaklarıyla eşgüdümlü biçimde ilerletilmelidir.

Altıncı ve yedinci aylarda bebek nesneleri elden ele geçirebilmekte, önce destekli ardından desteksiz oturabilmekte; oromotor açıdan kemirme, yalama ve ezme hareketleri gelişmektedir. Bu dönemde yumuşak, ezilmiş, pürüzsüz püre kıvamında ve cam rendeden geçirilmiş besinler önerilmektedir. Tamamlayıcı besinler bebek açken ve emzirmeden önce günde 1–2 öğün olarak sunulmaya başlanmakta; ardından bebek istediği zaman ve istediği kadar emzirilmektedir. Başlangıçta mevsime uygun sebze-meyve püresi ya da yoğurt tercih edilebilmekte, besinler ardı ardına tanıtılabilmektedir. Pürenin sulu olmaması ve kaşık eğildiğinde yoğun kıvamda akacak biçimde hazırlanması önerilmektedir. Sebze pürelerine en kısa sürede demir kaynağı olarak kırmızı et eklenmeli; besleyici değerin et ve tavuğun suyunda değil, kendisinde olduğu eğitimlerde vurgulanmalıdır. Günlük tam yağlı pastörize sütten evde mayalanması önerilen yoğurt, iyi bir protein ve kalsiyum kaynağı olmasının yanı sıra sekretuvar IgA salınımını artırarak bağışıklık sistemini destekleyebilmektedir. Sebze ve meyveler β-karoten, C vitamini, folat, potasyum, kalsiyum ve magnezyum açısından zengin olup C vitamininin ısı ve ışığa duyarlılığı nedeniyle meyve pürelerinin bekletilmeden sunulması, sebzelerin ise buharda ya da az suda kapağı kapalı pişirilmesi önerilmektedir. Yumurta, anne sütünden sonra biyolojik değeri en yüksek protein kaynağıdır; orta boy bir yumurta yaklaşık 6 g yüksek kaliteli protein ile A vitamini, lesitin ve kolin içermekte, yağ içeriğinin %53–56'sını doymamış yağ asitleri oluşturmaktadır. Haşlanmış yumurta sarısına 1/8–1/4 oranında başlanarak 6. ayın sonunda tam sarıya ulaşılması önerilmektedir. Çiğ yumurta, enfeksiyon riski ve içerdiği avidinin biyotin biyoyararlanımını azaltması nedeniyle verilmemeli; yumurta beyazı ve sarısı birbirinden ayrılabilecek düzeyde pişirilmeli, uzun süreli pişirmeden kaçınılmalıdır.

Yedinci ve dokuzuncu aylar arasında bebek desteksiz oturabilmekte ve nesneleri bir elden diğerine aktarabilmekte; çiğneme hareketleri başlamakta ve fincandan içebilmektedir. Bu dönemde pütürlü püre kıvamındaki besinlere geçilmekte ve besin çeşitliliği artırılmaktadır. Tam

yumurta sarısı tüketimi sürdürülmekte, yumurta beyazı da diyete eklenebilmektedir. Pastörize sütten yapılmış tuzsuz sert beyaz peynir 7. aydan itibaren küçük miktarlarda verilebilmektedir; aşırı tokluk, iştahsızlık ve renal solüt yükünde artışa yol açabileceğinden yumurta ile aynı öğünde verilmemesi veya kahvaltı öğününde dönüşümlü olarak ya da porsiyonları ayarlanarak sunulması önerilmektedir. Tahıllar çeşitlendirilmeli, kurubaklagiller küçük miktarlarda tanıtılmalı, etler çeşitlendirilmeli ve besinlerin ayrı ayrı tattırılmasına özen gösterilmelidir.

Dokuzuncu ve on birinci aylarda bebek başparmak ve işaret parmağını kullanarak kavrayabilmekte, baş-omuz kontrolü tamamlanmakta ve besini ağzına götürebilmekte; dilin yan hareketleri gelişmektedir. "Parmak besin" dönemi olarak da adlandırılan bu süreçte çatalla ezilmiş besinler ile renkli, elle tüketilebilecek ve formunu koruyacak düzeyde pişirilmiş parmak besinler önerilmektedir. Aile sofrasındaki uygun ve tuzsuz besinler ezilerek verilebilmekte, bebek tam yumurta tüketebilmektedir. Kuru baklagiller, balık ve farklı sebze alternatifleriyle diyet zenginleştirilmeli; kırmızı et, tavuk ve balık küçük parçalar ya da köfte biçiminde sunulabilmektedir.

On iki ile on yedinci aylar arasında el-ağız koordinasyonu ve kaşığı kavrama becerisi gelişmekte, çiğneme ilerlemekte ve katı kıvamlı, kolay çiğnenebilen besinlere geçilmektedir. Bir yaşından itibaren çocuk, sağlıklı ve dengeli beslenen bir ailenin sofrasından çatalla küçük parçalara bölünmüş besinleri rahatlıkla tüketebilmektedir. Çocuklar 15–18. aylarda kaşık ve tabağı bağımsız olarak kullanabilmektedir. Olgun ısırma, kesme ve çiğneme hareketleri genellikle 18. ayda yerleşmektedir. On sekiz ile yirmi dördüncü aylarda hareket kontrolü gelişmekte; yan çiğneme, ısırma ve dudak kapalı yutma becerileri kazanılmakta ve katı kıvamlı besinler tüketilebilmektedir.

Bir yaşından önce bal (Clostridium botulinum sporları ve infant botulizmi riski), ilave tuz (olgunlaşmamış böbrek fonksiyonu, dehidratasyon riski ve tuzlu tat eşiğinin yükselmesi), ilave şeker ve tatlandırıcılar ile ana içecek olarak inek sütü (mikroskobik bağırsak kanamaları, demir eksikliği anemisi ve yüksek renal solüt yükü) önerilmemektedir. Çaylar ve bitki çayları besin değeri taşımamakta ve demir emilimini belirgin biçimde azaltmaktadır. Meyve suları ise sınırlı mide kapasitesini doldurmakta, temel besinlerin yerini alabilmektedir. Ultra işlenmiş besinler ve bebek bisküvileri ile işlenmiş et ürünlerinin 2 yaşından önce, bütün haldeki kuruyemişler ve çiğ havuç, patlamış mısır gibi sert besinlerin ise boğulma riski nedeniyle 3–4 yaşından önce verilmemesi önerilmektedir. Badem, pirinç ve soya gibi bitkisel içeceklerde 1-2 yaş öncesinde önerilmemektedir.

Sonuç olarak, TB danışmanlığında kanıta dayalı önerilerin ailenin sosyokültürel bağlamına uyarlanması, yerel ve erişilebilir besinlerin desteklenmesi, duyarlı beslenme ilkesinin benimsenmesi ve minimum diyet çeşitliliğinin esas alınması sağlıklı bir tabağın temel bileşenleri olarak öne çıkmaktadır.

Kaynaklar

1. Likhar A, Patil MS. Importance of maternal nutrition in the first 1,000 days of life and its effects on child development: a narrative review. Cureus. 2022;14(10):e30083.
2. World Health Organization. WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: WHO; 2023.
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017;64(1):119–132.
4. Yalçın SS, Duyan Çamurdan A, Örün E, Almiş H, Barutçu A, Özbörü Aşkan Ö. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Tamamlayıcı Beslenme Rehberi. Ankara: Sosyal Pediatri Derneği Yayınları; 2026. doi:10.5281/zenodo.22225780
5. Yalçın SS, Özbörü Aşkan Ö, Barutçu A, Almiş H, Örün E, Duyan Çamurdan A. Toward consensus on complementary feeding recommendations: findings from a national evidence-informed modified Delphi study in Türkiye. Postgrad Med. 2026. doi:10.1080/00325481.2026.2745217
6. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. N Engl J Med. 2015;372(9):803–813.
7. Perkin MR, Logan K, Tseng A, et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. N Engl J Med. 2016;374:1733–1743.
8. Skjerven HO, Lie A, Vettukattil R, et al. Early food intervention and skin emollients to prevent food allergy in young children (PreventADALL): a factorial, multicentre, cluster-randomised trial. Lancet. 2022;399:2398–2411.
9. Halken S, Muraro A, de Silva D, et al. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). Pediatr Allergy Immunol. 2021;32:843–858.
10. Scarpone R, Kimkool P, Ierodiakonou D, et al. Timing of allergenic food introduction and risk of immunoglobulin E–mediated food allergy: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2023;177(5):489–497.
11. Kleinman RE, Greer FR, editors. Pediatric Nutrition. 8th ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2019.
12. Sánchez-Echaniz J, Benito-Fernández J, Mintegui-Raso S. Methemoglobinemia and consumption of vegetables in infants. Pediatrics. 2001;107(5):1024–1028.
13. Nuñez de González MT, Osburn WN, Hardin MD, et al. A survey of nitrate and nitrite concentrations in conventional and organic-labeled raw vegetables at retail. J Food Sci. 2015;80(5):C942–C949.
14. Croen LA, Todoroff K, Shaw GM. Maternal exposure to nitrate from drinking water and diet and risk for neural tube defects. Am J Epidemiol. 2001;153(4):325–331.
15. Heyman MB, Abrams SA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; Committee on Nutrition. Fruit juice in infants, children, and adolescents: current recommendations. Pediatrics. 2017;139(6):e20170967.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022*. Yayın No: 1031. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022

Çocuklarda Dijital Bağımlılıkta Atılacak Adımlar ve Ebeveynin Rolü

Doç. Dr. Betül Orhan Kılıç
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Dijital teknolojiler, çocukların günlük yaşamının ayrılmaz bir parçası hâline gelmiş ve dijital medya kullanımı giderek yaygınlaşmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun 2024 verilerine göre 6–15 yaş grubundaki çocukların %91,3'ü internet kullanmaktadır. Dijital medya, yaşa ve gelişim düzeyine uygun içeriklerle ve ebeveyn rehberliğinde kullanıldığında gelişimi destekleyebilirken, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun olmayan şekilde ve denetimsiz medya kullanımı çocuk sağlığı ve gelişimi açısından riskler oluşturabilmektedir. Nitekim araştırmalar, erken yaşta dijital medya kullanımının yaygınlığını ve ergenlerde problemli internet ve sosyal medya kullanımının önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, dijital bağımlılığın yalnızca bireysel davranışlar üzerinden değil, çocukların içinde bulundukları aile, okul, akran çevresi ve dijital ekosistem çerçevesinde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Dijital Medya Kullanımı ve Çocukların Nörogelişimsel Özellikleri

Çocuklarda dijital medya kullanımına ilişkin sorunlar; kullanılan içeriğin niteliği, çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi, kullanımın kontrol edilebilirliği ve günlük yaşam üzerindeki etkileriyle ilişkilidir. Dijital medya kullanımı yalnızca ekran başında geçirilen süreyle değil; uyku, akademik yaşam, aile ilişkileri ve sosyal işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileriyle birlikte değerlendirilmelidir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013 yılında yayımladığı DSM-5'te İnternette Oyun Oynama Bozukluğu'nu (Internet Gaming Disorder) bağımlılıkla ilişkili, ileri araştırma gerektiren bir durum olarak ele almış; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise Oyun Oynama Bozukluğu'nu (Gaming Disorder) ICD-11'de klinik bir tanı olarak sınıflandırmıştır. Bu bozukluk; oyun oynama üzerindeki kontrolün kaybı, oyunun diğer yaşam etkinliklerinin önüne geçmesi ve olumsuz sonuçlara rağmen sürdürülmesi nedeniyle günlük yaşam işlevselliğinin belirgin biçimde bozulmasıyla karakterizedir. Ancak problemli dijital medya kullanımı oyunlarla sınırlı değildir**;** sosyal medya, akıllı telefon ve diğer dijital platformları da kapsayan daha geniş bir kavramdır. Bu kullanım biçimleri, DSM-5 ve ICD-11'de bağımsız birer bağımlılık tanısı olarak kabul edilmemektedir.

Çocuklarda yaşa ve gelişime uygun olmayan dijital medya kullanımının çocuk gelişimi üzerindeki etkilerini açıklamaya yönelik çeşitli hipotezler bulunmaktadır. Bunlardan biri, özellikle erken çocukluk döneminde ekran kullanımının yüz yüze etkileşim, oyun, keşif ve aktif öğrenme gibi temel gelişimsel deneyimlerin yerini almasıdır. Nörobiyolojik hipotezler ise dijital uyaranların beynin ödül ve dikkat sistemleri ile öz düzenleme ve yürütücü işlevler arasındaki olası ilişkilerine odaklanmaktadır. Ergenlik döneminde ödül ve duygusal tepkilerle ilişkili beyin

sistemleri ile karar verme ve dürtü kontrolünde görev alan prefrontal korteksin farklı olgunlaşma süreçlerinin, dijital uyaranlara duyarlılığı artırabileceği düşünülmektedir. Dijital platformların bildirimler, sosyal geri bildirimler, otomatik oynatma ve değişken ödül mekanizmalarına dayalı tasarımlarının, çocuklarda problemli dijital medya kullanımı açısından risk oluşturabileceği öne sürülmektedir.

Öne sürülen hipotezler kesin bir neden-sonuç ilişkisi ortaya koymamakla birlikte, problemli dijital medya kullanımının çocuğun nörogelişimsel özellikleri ile bireysel, ailesel ve çevresel etmenlerin karşılıklı etkileşimi çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Dijital Bağımlılıkta Risk Faktörleri ve Olası Sonuçları

Çocuklarda problemli dijital medya kullanımıyla ilişkili bireysel, ailesel, sosyal ve çevresel birçok etmen bulunmaktadır. Dürtüsellik, öz denetim güçlükleri, psikolojik ve davranışsal sorunlar, düşük psikolojik dayanıklılık, sınırlı sosyal etkinlikler ve olumsuz akran ilişkileri bireysel risk etmenleri arasında yer almaktadır. Aile içi çatışmalar, tutarsız veya cezalandırıcı ebeveynlik tutumları, yetersiz ebeveyn rehberliği ve iletişim sorunları da problemli kullanımla ilişkili olabilmektedir. Ayrıca dijital platformların sürekli erişilebilir olması ve kullanıcıların dikkatini sürdürmeye yönelik tasarım özellikleri çevresel risk etmenleri arasında değerlendirilmektedir.

Problemli dijital medya kullanımı; uyku sorunları, fiziksel hareketsizlik, obezite, kas-iskelet sistemi yakınmaları, dikkat ve davranış sorunları, kaygı, depresif belirtiler, sosyal izolasyon ve akademik işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle erken çocukluk döneminde ekran kullanımının oyun, keşif, karşılıklı etkileşim ve duygu düzenleme deneyimlerinin yerini alması gelişimsel açıdan önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra problemli sosyal medya kullanımı ile siber zorbalık ve çevrim içi mağduriyet arasında da ilişkiler bildirilmiştir.

Bununla birlikte, söz konusu ilişkiler doğrudan nedensellik olarak yorumlanmamalıdır. Problemli dijital medya kullanımı, çocuğun bireysel özellikleri, psikososyal durumu, aile ve akran ilişkileri ile dijital çevresinin karşılıklı etkileşimi içinde değerlendirilmelidir.

Dijital Bağımlılığın Önlenmesinde Ebeveynin Rolü

Çocukların dijital bağımlılıktan korunması; bireysel, ailesel, okul temelli ve toplumsal müdahaleleri kapsayan bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu yaklaşımın temel bileşenlerinden biri olan ebeveynler, çocukların sağlıklı dijital medya alışkanlıkları kazanmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Ebeveynlerin kendi dijital medya kullanım davranışları, çocuklarıyla kurdukları iletişim, sınır koyma biçimleri ve dijital ortamlara yönelik tutumları, çocukların dijital medya kullanım alışkanlıklarıyla yakından ilişkilidir.

Bu bağlamda, ebeveynlerin dijital cihaz kullanımı nedeniyle çocuklarıyla etkileşimlerinin kesintiye uğraması olarak tanımlanan ebeveyn teknoferansı dikkat çekmektedir. Toplam 60.555 katılımcıyı kapsayan 53 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde, ebeveyn teknoferansı ile çocukların problemli dijital medya kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; bu ilişkinin her

iki ebeveynde de teknoferans bulunduğunda daha güçlü olduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerin dijital davranışlarıyla ilişkili bir diğer konu ise çocuklarına ait fotoğraf, video ve kişisel bilgileri sosyal medyada paylaşmaları olarak tanımlanan sharentingdavranışıdır. Türkiye'de 130 anneyle gerçekleştirilen bir araştırmada, sosyal medyada çocukların mahremiyetini ihlal eden veya kimliklerini belli eden paylaşım yapan annelerin bu tarz paylaşımları yapmayanlara kıyasla depresif skorlarının daha yüksek yaşam doyum düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bu noktada ebeveynin ruhsal durumu ve dijital medya kullanımı da direk ve dolaylı olareak çocuğu da etkielemektedir.

Bu bulgular, çocukların dijital medya kullanımına yönelik koruyucu yaklaşımlarda ebeveynlerin kendi dijital alışkanlıklarının, çocuklarıyla etkileşimlerinin ve çocukların dijital mahremiyetinin de ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu süreçte ebeveynlerin yalnızca denetleyen ve sınır koyan değil; sağlıklı dijital medya kullanımı konusunda rol model olan, çocuklarıyla açık iletişim kuran, rehberlik eden ve dijital becerilerini geliştirmelerini destekleyen bir yaklaşım benimsemeleri önemlidir**.** Yalnızca yasaklama ve kısıtlamaya dayalı uygulamalar yerine, aile içinde birlikte belirlenen kuralların, tutarlı sınırların ve çocuğun yaşına uygun özerkliğinin desteklenmesi, sağlıklı dijital medya alışkanlıklarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Sağlıklı Dijital Medya Kullanımına Yönelik Öneriler

Çocuklarda dijital medya kullanımının değerlendirilmesinde yalnızca ekran süresi değil; çocuğun yaşı, gelişim düzeyi, bireysel özellikleri, kullanılan içeriğin niteliği ve ebeveyn rehberliği de dikkate alınmalıdır. Amerikan Pediatri Akademisinin yaşa dayalı önerilerine göre 18 aydan küçük çocuklarda görüntülü görüşmeler dışında ekran kullanımından kaçınılmalı, 18–24 ay arasında nitelikli içerikler ebeveyn eşliğinde izlenmeli, 2–5 yaşta ekran süresi günde bir saati aşmamalı, 6 yaş ve üzerindeki çocuklarda ise tutarlı süre ve içerik sınırları belirlenmelidir. Bununla birlikte, güncel yaklaşımda ekran süresinin ötesine geçilerek çocuğun bireysel ve gelişimsel özelliklerinin değerlendirilmesi önem kazanmıştır. Bu kapsamda geliştirilen 5C yaklaşımı; çocuk (*Child*), içerik (*Content*), bağlam (*Context*), ebeveyn/bakım veren (*Caregiver*) ve çocuğun gelişimi (*Child's Development*) başlıkları üzerinden bireyselleştirilmiş bir değerlendirme yapılmasını sağlamaktadır.

Sağlıklı dijital medya kullanımında temel ilke, ekranın uyku, fiziksel aktivite, serbest oyun, yüz yüze etkileşim ve akademik etkinliklerin yerini almamasıdır. Bu doğrultuda aile medya kullanım planı oluşturulması, ekransız zaman ve alanların belirlenmesi, yaşa uygun içeriklerin seçilmesi, bildirimlerin ve otomatik oynatma özelliklerinin sınırlandırılması, gizlilik ayarlarının düzenlenmesi ve ebeveyn denetim araçlarından yararlanılması önerilmektedir. Özellikle erken çocukluk döneminde ekranın sakinleştirme veya oyalama aracı olarak kullanılmasından kaçınılmalı; oyun, kitap okuma ve ebeveyn-çocuk etkileşimi gibi gelişimi destekleyen etkinliklere öncelik verilmelidir.

Pediatrik izlemler, dijital medya kullanımına ilişkin risklerin erken belirlenmesi ve ailelerin bilinçlendirilmesi açısından önemli fırsatlar sunmaktadır. Görüşmelerde çocuğun dijital ortamda hangi içeriklerle ve kimlerle etkileşim kurduğu, kullanımın günlük yaşamını nasıl etkilediği ve

sınırlandırıldığında verdiği tepkiler sorgulanmalı; özellikle işlevsellik kaybı açısından değerlendirme yapılmalıdır. Ailelere medya kullanım planı ve aile içi internet kullanım sözleşmesi hazırlama, dijital oyunların yaş derecelendirme sistemlerini tanıma ve ebeveyn denetim ile içerik filtreleme araçlarını kullanma konusunda rehberlik edilmelidir. Risk saptanan çocuklarda aileyle iş birliği içinde uygulanabilir ve izlenebilir hedefler belirlenmeli, gerektiğinde multidisipliner destek sağlanmalıdır.

Sonuç

Çocuklarda dijital bağımlılığın önlenmesi; çocuğun bireysel özelliklerini, ebeveyn tutumlarını, okul ve akran çevresini, toplumsal düzenlemeleri ve dijital platformların sorumluluklarını kapsayan bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Çocukların dijital okuryazarlık ve öz düzenleme becerilerinin geliştirilmesi, ebeveynlerin dijital rehberlik konusunda güçlendirilmesi, okul temelli koruyucu programların yaygınlaştırılması ve çocukların dijital haklarını gözeten düzenlemelerin hayata geçirilmesi bu yaklaşımın temel bileşenleridir.

Çocukları dijital bağımlılıktan korumanın temel amacı, onları dijital dünyadan uzaklaştırmak değil; dijital teknolojileri güvenli, bilinçli, dengeli ve gelişimlerine uygun biçimde kullanabilen bireyler olarak güçlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: Dijital bağımlılık, problemli dijital medya kullanımı, çocuk sağlığı, dijital ebeveynlik, koruyucu pediatri, dijital okuryazarlık.

Kaynaklar

1. Boniel-Nissim, M., ve ark. (2024). A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada. WHO Regional Office for Europe.
2. ECD. (2025). How's life for children in the digital age? OECD Publishing.
3. Orhan Kılıç, B., Kılıç, S., & Ulukol, B. (2024). Exploring the relationship between social media use, sharenting practices, and maternal psychological well-being. Archives de Pédiatrie, 31(8), 519–526.
4. Orhon, F., ve ark. (2023). The role of social support on the relationships between internet use and sleep problems in adolescents during COVID-19 pandemic: A multicentre study. Child and Adolescent Mental Health, 28(1), 117–123.
5. Staksrud, E., Helsper, E., Livingstone, S., Lobe, B., Mascheroni, G., Stoilova, M., & Ólafsson, K. (2026). The EU Kids Online 2026 comparative study: Children's views, experiences, opportunities and risks in a digital world. University of Oslo & London School of Economics and Political Science.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2024.
7. World Health Organization. (n.d.). Gaming disorder. https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gaming-disorder
8. Yucel Yilmaz, F., ve ark. (2026). The Relationship Between Media Usage and Sleep in Healthy Children Aged 6–11 Years. Innovative Journal of Pediatrics, 36(2), e163807.

9. Zhang, J., et al. (2025). Parental technoference and child problematic media use: Meta-analysis. Journal of Medical Internet Research, 27, e57636.

Emzirmede Sık Karşılaşılan Sorunlar

Dr. Öğr. Üyesi Mine Başıbüyük[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Emzirme sürecinde ortaya çıkan güçlükler, annenin ağrı yaşamasına, emzirme öz yeterliğinin azalmasına ve yalnız anne sütüyle beslenmenin erken sonlanmasına katkıda bulunabilir. Bu konuşmada, sık karşılaşılan emzirme sorunlarının anne ve bebek birlikte değerlendirilerek tanınması ve yönetimi, sosyal pediatri yaklaşımı çerçevesinde ele alınmaktadır. Temel amaç, bebeğin yeterli beslenmesini ve büyümesini güvenceye alırken annenin fiziksel ve ruhsal iyilik halini desteklemektir.

Süt yetersizliği yakınmasında, algılanan yetersizlik ile gerçek süt üretimi veya süt transferi sorunu ayrılmalıdır. Emzirmenin doğrudan gözlenmesi, kavrama ve yutmanın değerlendirilmesi, yaşa uygun ağırlık seyri, idrar ve dışkılama özellikleri ile hidrasyon bulguları klinik kararın temelini oluşturur. Gerekli durumlarda beslenme desteği geciktirilmemeli, süt üretiminin korunması eş zamanlı olarak planlanmalıdır. Galaktagoglar, altta yatan nedenlerin değerlendirilmesinin ve etkili emzirme desteğinin yerini tutmaz.

Meme başı ağrısı ve çatlaklarında mekanik travma yanında dermatit, vazospazm ve enfeksiyonlar ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tedavi, saptanan nedene göre düzenlenmeli; topikal ürünlerin sınırlı kanıtları dikkate alınmalıdır. Düz veya çökük meme başı, emzirmenin sürdürülemeyeceği anlamına gelmez. Uygun pozisyon, derin kavrama, gerektiğinde areolanın yumuşatılması ve uzman desteğiyle süt transferi kolaylaştırılabilir.

Ağrılı meme dolgunluğu ve mastit spektrumunda bebeğin gereksinimine uygun emzirme, ödem ve ağrının azaltılması ön plandadır. Tam boşaltma amacıyla aşırı sağım ve derin masajdan kaçınılmalıdır. İnflamatuvar ve bakteriyel mastit ayrımı, gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesi ve komplikasyonların zamanında tanınması açısından önem taşır. Meme başı bleblerinin travmatik olarak açılması önerilmez. Tekrarlayan yakınmalar ve kalıcı kitleler ileri değerlendirme gerektirebilir.

Meme reddinde hastalık ve yetersiz alım öncelikle araştırılmalıdır. Hiperlaktasyonda gereksiz uyarı azaltılmalı, blok emzirme gibi uygulamalar uzman gözetiminde yürütülmelidir. Sosyal pediatri açısından emzirme desteği, aile desteğini ve bakım hizmetlerine erişimi de kapsamalıdır. Annenin tercihlerini gözeten, suçlayıcı olmayan danışmanlık ve planlı izlem, emzirme sorunlarının yönetiminin temel bileşenleridir.

Anahtar kelimeler: Emzirme; laktasyon sorunları; meme başı ağrısı; mastit; sosyal pediatri.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

15 EKİM 2026

15 Ekim 2026	17.00-18.00	Toplantı Salonu 1			
Oturum Başkanları		Dr. Özlem Bostan Gayret, Dr. Nisa Eda Çullas İlarslan			
Sıra	**Başlangıç**	**Bitiş**	**Bildiri No**	**Bildiri Başlığı**	**Yazarlar**	**Sunan Yazar**
1	17.00	17.07	**2492**	**Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Sonrası Dokuzuncu Aya Kadar Ek Bir İzlem Gerekir mi?**	**Ebru Şenol**, Şeyma Karatekin, Özden Aksu Sayman, Merve Erdemir Kula, Gülbin Gökçay, Gonca Keskindemirci	Ebru Şenol
2	17.07	17.14	**3073**	**Okul Çağı Çocuklarında İklim Değişikliği Farkındalığı**	**Ebru Oğultekin Vazgeçer**, Gonca Keskindemirci	Ebru Oğultekin Vazgeçer
3	17.14	17.21	**4411**	**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Preterm Bebekler İçin Yapılandırılmış Taburculuk Müdahale Pilot Programının Uygulanabilirliği Ve Etkisi**	**Evrim Şenkal**, Aslı Memişoğlu, Seval Cıbır, İbrahim Kandemir, Hülya Özdemir, Hülya Selva Bilgen	Evrim Şenkal
4	17.21	17.28	**7104**	**Dijital Kettle Pazarında "İdeal Mama Suyu Sıcaklığı" Söylemleri ve DSÖ Önerileriyle Çelişkisi**	**Merve Erdemir Kula**, Ebru Şenol, Özden Aksu Sayman, Şeyma Karatekin, Gonca Keskindemirci	Merve Erdemir Kula
5	17.28	17.35	**8710**	**Yumurta Alerjisi Şüphesi Nedeniyle KKK Aşısı Ertelenen Çocukların Ebeveynlerinde Aşı Kararsızlığı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma**	**Nahide Haykır**, Tuba Kasapbaşı Gök, Özge Marangoz, Feyza Esen	Nahide Haykır
6	17.35	17.42	**2753**	**Pediatri Asistanlarının Eğitim Süreçlerinin ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi**	Eren Güzeloğlu, Murat Demir, Ali Rıza Akgün, Demet Alaygut, Hüseyin Dağ, **Vefik Arıca**	Vefik Arıca

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

15 Ekim 2026	17.00-18.00	Toplantı Salonu 2			
Oturum Başkanları		Dr. Vefik Arıca, Dr. Ayşegül Doğan Demir			
Sıra	**Başlangıç**	**Bitiş**	**Bildiri No**	**Bildiri Başlığı**	**Yazarlar**	**Sunan Yazar**
1	17.00	17.07	**1041**	**Nütrisyonel Anemisi Olan ve Olmayan Okul Öncesi Çocuklarda Gıda Güvencesi Durumunun Karşılaştırılması: Bir Pilot Çalışma**	Gül Altunköprü, **Özlem Tezol**	Özlem Tezol
3	17.07	17.14	**1342**	**Çocuk İhmal ve İstismar Olgularının Demografik ve Klinik Özellikleri: Kütahya Şehir Hastanesi'nin 2 Yıllık Deneyimi**	**Deniz Yıldız**, Ebru Uzun, Erhan Balıkçı, Figen Vural Zeybek	Deniz Yıldız
4	17.14	17.21	**6882**	**Çocuklarda Ekran Süresi ve Bilişsel İşlev Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Pediatri Servisi Araştırması**	**Selen Ceren Çakmak**, Hakan Günhan, Mehmet Burak Arabacı, Bilal Yılmaz, Roşna Eser, Feyza Hüsrevoglu Esen	Selen Ceren Çakmak
5	17.21	17.28	**1722**	**Annelerin Çocukluk Çağı Ateşine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları: Kesitsel Bir Çalışma**	**Nihan Uygur Külcü**, Kutlay Gür, Özlem Erdede, Erdal Sarı	Nihan Uygur Külcü

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

15 Ekim 2026	17.00-18.00	Toplantı Salonu 3			
Oturum Başkanları		Dr. Pınar Yılmazbaş, Dr. Övgü Büke			
Sıra	**Başlangıç**	**Bitiş**	**Bildiri No**	**Bildiri Başlığı**	**Yazarlar**	**Sunan Yazar**
1	17.00	17.07	**6037**	**Paylaşan Ebeveynlik (Sharenting) Davranışının Sıklığı ve Bu Davranışı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**	Ramil Abudov, **Adnan Barutçu**	Adnan Barutçu
2	17.07	17.14	**9325**	**Doğum Sonrası Altıncı Ayda Annelerin Bebeklerinin Ağlamasına Verdikleri Duygusal Tepkiler: Bir Anne-Bebek Kohortunda Duygularım Anketi'nin Psikometrik Özellikleri**	**Betül Şenyürek**, Öznur Gökçe Nizam, Mahmut Caner Us, Hatice Ezgi Barış, Perran Boran	Betül Şenyürek
3	17.14	17.21	**1763**	**Malnütrisyon Tanılı Çocuklarda İkili Malnütrisyon Yükü: Sıklık ve İlişkili Faktörler**	**Ayşe Oflu**, Hilal Koyuncu, Ayşe Güngör, Aysun Soyugüzel, Nur Önen, Ayşegül Bükülmez, Aysun Ata, Ahmet Afşin Kundak	Ayşe Oflu
4	17.21	17.28	**2153**	**Kısa mı, Kısa Algılanan mı? Boy Kısalığı Başvurularında Aile Algısı ve Birinci Basamak Yönlendirmesi**	Ayse Yasar, **Ebru Oğultekin Vazgeçer**	Ebru Oğultekin Vazgeçer
5	17.28	17.35	**2284**	**Yenidoğan Topuk Kanı Taramasına Yönelik Ebeveyn Tereddüdünün İşitme Taraması Tereddüdüyle İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma**	**Özden Aksu Sayman**, Duygu Çalışkan, Ebru Oğultekin Vazgeçer, Cansu Turan, Serap Deniz	Özden Aksu Sayman

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

16 EKİM 2026

16 Ekim 2026	17.00-18.00	Ana Salon			
Oturum Başkanları		Dr. Burçin Nalbantoğlu, Dr. Fadime Yüksel			
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	17.00	17.07	1491	Neden İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü? Cevap Anne Sütünün Mucizevi Biyoaktif İçeriğinde Saklı Olabilir mi?	**Gonca Keskindemirci**, Ayşenur Kökoğlu, Bilge Ş. Özsait-Selçuk, Özden Durmuş Gönültaş, Melis Afacan, Suzin Tatonyan, Birsen Karaman, Ebru Kılıç, Gizem Kara Elitok, Asuman Gedikbaşı, Gülbin Gökçay, Günnur Deniz	Gonca Keskindemirci
2	17.07	17.14	2290	Covid 19 Pandemisinin Aşı Kararsızlığı Üzerindeki Etkisi	**Kübra Yılmaz**, Nalan Karabayır, Neslihan Demir, Merve Mutlu, Mine Başıbüyük, Dilara Lahut Şeviş	Kübra Yılmaz
3	17.14	17.21	2529	Üniversite Öğrencileri, Hasta Yakınları ve Sağlık Çalışanlarının Cilt Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	**Bahriye Semizoğlu Atasoy**, Tuba İşcan	Bahriye Semizoğlu Atasoy
4	17.21	17.28	6284	B12 Vitamininin Çocuklarda Uyku Bozukluğuna Etkisi	**Mine Başıbüyük**, Demet Deniz Bilgin, Övgü Büke, Bekir Aktura, Nalan Karabayır	Mine Başıbüyük
5	17.28	17.35	3428	Hareket Davranışı Anketi'nin (Movement Behaviour Questionnaire) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	**Mahmut Caner Us**, Fatma Burcu Doğanç, Yaren Nur Ertuğrul, Sabri Gündüz, Esin Emir, Ayşe Nur Aygün, Esra Gül Şahin, Perran Boran	Mahmut Caner Us
6	17.35	17.42	3551	Çocuk İzlem Polikliniğinde Rutin Dışı Aşı Uygulamaları ve Ebeveyn Aşı Kararıyla İlişkili Faktörler	**Başak Topal Perçikli**, Öykü Barutçu Güngör, Dilara Lahut Seviş, Özlem Erdede	Başak Topal Perçikli

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

16 Ekim 2026	17.00-18.00	Toplantı Salonu 1			
Oturum Başkanları		Dr. Yaşar Topal, Dr. Gökçe Celep			
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	17.00	17.07	3598	Erken Çocuklukta Ekran Maruziyeti: 1–5 Yaş Çocuklarda Ekran Süresi, Dijital İçerik Tercihleri ve Kullanım Alışkanlıkları	**Utku Dönger**, Osman Fırat Çalışkan	Utku Dönger
2	17.07	17.14	4793	Pediyatrik Başağrılarının Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulgularının Değerlendirilmesi	**Ece Gültekin**	Ece Gültekin
3	17.14	17.21	4075	Süt Çocuğunda Demir Profilaksisi: Preparat Tercihi, Gerçek Elementer Demir Dozu ve Anemi ile İlişkisi	**Öykü Barutçu Güngör**, Başak Topal Perçikli, Özlem Erdede, Dilara Lahut	Öykü Barutçu Güngör
5	17.28	17.35	4476	Okul Öncesi Çocuklarda Gece Korkuları ve Kaygıları: Anksiyete ve Uyku Sorunlarıyla İlişkisi	**Betül Yıldırım**, Ayşe Şahin, Mahmut Caner Us, Ezgi Barış, Perran Boran	Betül Yıldırım
6	17.35	17.42	2253	Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde Aşı Kararsızlığı ve Ebeveyn Gerekçeleri	**Bahar Öztelcan Gündüz**, Kayra Turgay, Bahar Çuhacı Çakır, Aysu Duyan Çamurdan	Bahar Öztelcan Gündüz

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

16 Ekim 2026	17.00-18.00	Toplantı Salonu 2			
Oturum Başkanları		Dr. Atilla Çifci, Dr. Ayşe Tolunay Oflu			
Sıra	**Başlangıç**	**Bitiş**	**Bildiri No**	**Bildiri Başlığı**	**Yazarlar**	**Sunan Yazar**
1	17.00	17.07	**3684**	**Hastanede Yatan Annelerde Emzirmenin Sürdürülmesi: Klinik Karar Algoritması**	**Övgü Büke**, Nalan Karabayır, Mine Başıbüyük, Demet Deniz Bilgin	Övgü Büke
2	17.07	17.14	**5040**	**Hekimlerin Sosyal Pediatri Derneği "Aşı Uygulamaları" Bölümüne İlişkin Farkındalık ve Kullanım Düzeyleri ile Mobil Uygulama Beklentileri: Çok Merkezli Kesitsel Araştırma**	Emel Gür, Gonca Keskindemirci, Mine Başıbüyük, **Övgü Büke**, Özlem Bostan Gayret, Gizem Kara Elitok, Ebru Oğultekin Vazgeçer, Merve Tosyalı, Meda Kondolot, Meltem Dinleyici, Filiz Orhon, Feyza Koç, Ahmet Ergin	Övgü Büke
3	17.14	17.21	**5138**	**Anne Sütü Alım Süresi ve Okul Çağındaki Çocuklarda Sosyal ve Duygusal Gelişim**	**Betül Sezer Çetindamar**, Perran Boran	Betül Sezer Çetindamar
4	17.21	17.28	**5241**	**Erken Doğum Sonrası Dönemde Emzirme Eğitiminin Algılanan Yetersiz Süt Miktarı ve Emzirme Başarısı Üzerindeki Etkisi**	**Zahide Yalaki**	Zahide Yalaki
5	17.28	17.35	**5643**	**Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Kapsamında Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi**	Nimet Pınar Yılmazbaş, **Nihan Havva Özbek**	Nihan Havva Özbek
6	17.35	17.42	**1609**	**Birinci Basamakta Adölesan İdiyopatik Skolyozun Tanınması ve Sevki: Aile Hekimleri Üzerine Bir Araştırma**	Beyza Arpacı Saylar, **Bekir Aktura**, Esin Nur Taşdemir, Mehmet Burhan Küçükoğlu	Bekir Aktura

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

16 Ekim 2026	17.00-18.00	Toplantı Salonu 3			
Oturum Başkanları		Dr. Ayşin Nalbantoğlu, Dr. Adnan Barutçu			
Sıra	**Başlangıç**	**Bitiş**	**Bildiri No**	**Bildiri Başlığı**	**Yazarlar**	**Sunan Yazar**
1	17.00	17.07	**6083**	**Türkiye'de Pediatri Uzmanlarının Adölesan İdiyopatik Skolyoz Taraması ve Değerlendirmesine Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları: Ulusal Çok Merkezli Kesitsel Anket**	Mine Başıbüyük, **Bekir Aktura**, Demet Deniz Bilgin, Övgü Büke, Volkan Tosun, Nalan Karabayır	Bekir Aktura
2	17.07	17.14	**6143**	**Bir İlçe Devlet Hastanesinde Pediatri Birimine Başvuran Çocuklarda B 12 ve D vitamini Eksikliğinin Değerlendirilmesi**	**Aytolun Aytan Işık**	Aytolun Aytan Işık
3	17.14	17.21	**6162**	**Genel Pediatri Polikliniğine Özgül Olmayan Yakınmalarla Başvuran Çocuklarda Ferritin, Vitamin B12 ve Folat Ölçümlerinin Ek Tanısal Katkısı**	**Nurdila Köroğlu Yekeler**	Nurdila Köroğlu Yekeler
4	17.21	17.28	**6216**	**Doğum Öncesi Ortak Ebeveynlik Beklentileri: Bir Doğum Kohortunda Ortak Ebeveynlik İlişkileri Ölçeği–Doğum Öncesi Versiyonu'nun Psikometrik Özellikleri**	**Öznur Gökçe Nizam**, Betül Akbay Şenyürek, Mahmut Caner Us, Ezgi Barış, Perran Boran	Öznur Gökçe Nizam
5	17.28	17.35	**6607**	**Çoklu Zeka Kuramı Temelli Antenatal Emzirme Eğitiminin Etkinliği: Nicel ve Nitel Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi**	**Özlem Bostan Gayret**, Hacer Nalbant, Gonca Keskindemirci	Özlem Bostan Gayret
6	17.35	17.42	**6665**	**İstanbul'da Kamusal Alanda Emzirme: Olumsuz Sosyal Tepkiler, Psikososyal Etmenler ve Davranışsal Uyumlar**	**Mine Başıbüyük**, Bekir Aktura, Meryem Erceylan, Övgü Büke, Demet Deniz Bilgin, Nalan Karabayır	Mine Başıbüyük

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

17 Ekim 2026	08.00-09.00	Ana Salon				
Oturum Başkanları		Dr. Bahar Çuhacı Çakır, Dr. Melek Oğuz				
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
2	08.07	08.14	6802	Pediatri Asistanlarının Rutin Dışı Aşılara İlişkin Bilgi, Klinik Senaryo Başarısı ve Öneri Davranışlarının Değerlendirilmesi	**Dilara Lahut**, İrem Kunter	Dilara Lahut
3	08.14	08.21	6869	Çocukluk Çağının Kendini Sınırlayan Epilepsilerinde Uyku ve Davranış Problemleri	**Burcu Aygün**, İ. Hakkı Akbeyaz, Gülten Öztürk, Dilşad Türkdoğan	Burcu Aygün
4	08.21	08.28	3409	Anne Sütünde Alfa-1 Antitripsin ve Salgısal IgA Etkileşimi: Sinerjik Etkileri Var mıdır?	Hatice Şimal Cetişli Işık, Fatma Hande Karpuzoğlu, Ebru Oğultekin Vazgeçer, Gülbin Gökçay, **Gonca Keskindemirci**	Gonca Keskindemirci
6	08.35	08.42	7395	Özel Durumlarda Pediatrik Aşılama Karar Desteği İçin Büyük Dil Modellerinin Karşılaştırılması: Performans ve Kritik Güvenlik Hataları	**Dilara Lahut**, Demet Deniz Bilgin, Mine Başıbüyük, Kübra Yılmaz, Nalan Karabayır	Dilara Lahut

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

17 Ekim 2026	08.00-09.00	Toplantı Salonu 1				
Oturum Başkanları		Dr. Özlem Tezol, Dr. Filiz Tubaş				
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	08.00	08.07	7543	Emzirme Sırasında Olumsuz Duygular Yaşayan Annelerin Değerlendirilmesi	**Aybüke Kacır**, Nalan Karabayır, Mine Başıbüyük, Demet Deniz Bilgin, Özlem Öçal, Övgü Büke	Aybüke Kacır
2	08.07	08.14	7595	Sağlıklı Çocuklarda "Bebeklik- Çocukluk Büyüme Atağı" Zamanının, Etkileyen Faktörlerin ve 36. ve 60. Aydaki Büyümeye Etkisinin Değerlendirilmesi.	**Ayşegül Doğan Demir**, Emine Gülbin Gökçay, Gonca Keskindemirci, Ali Toprak, Öykü Özbörü Aşkan, Fatma Feyza Darendeliler, Şükran Poyrazoğlu	Ayşegül Doğan Demir
3	08.14	08.21	7690	Social Paediatric Issues in Japan - The Upstream Challenges of Seven Problems	**Hajime Takeuchi**	Hajime Takeuchi
4	08.21	08.28	7898	Mülteci Annelerde Yenidoğan Bakımı ve Süt Çocukluğu Beslenmesi: Bilgi, Uygulamalar ve İlişkili Faktörler	**Utku Dönger**, Ahmet Can Doğan, Osman Fırat Çalışkan	Utku Dönger
5	08.28	08.35	7966	Afet Bölgesinden Uzakta, Depremin Yansımaları: Çocuk Gelişim Uzmanına Yönlendirmelerde Deprem Sonrası Değişim	**Merve Karaman Yılmaz**, Esra Keskin, Meryem Erat Nergiz	Merve Karaman Yılmaz

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

17 Ekim 2026	08.00-09.00	Toplantı Salonu 2			
Oturum Başkanları		Dr. Aysun Kara Uzun, Dr. Hüsniye Yücel			
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	08.00	08.07	8480	Ebeveynlerin Solunum Sinsityal Virüsü ve Monoklonal Antikor İle Bağışıklamaya Yönelik Bilgi ve Tutumları: Çok Merkezli Çalışma	**Gizem Kara Elitok**, Özlem Bostan Gayret, Özden Aksu Sayman, Ebru Vazgeçer, Ebru Şenol, Nahide Haykır, Şeyma Karatekin, Muhammed Burak Selver, Evşen Çetin, Nurinisa Karagöz, Özden Durmuş Gönültaş, Merve Erdemir Kula, Elanur Yolal Karimov, Gonca Keskindemirci	Gizem Kara Elitok
2	08.07	08.14	8760	Okul Çağı Çocuklarında Uyku Bozuklukları ile Duygusal ve Davranışsal Güçlükler Arasındaki İlişki: Bir Doğum Kohortunun İzlem Çalışması	**Elif Öztürk**, Betül Sezer Çetindamar, Hatice Ezgi Barış, Mahmut Caner Us Us, Perran Boran	Elif Öztürk
3	08.14	08.21	8946	Sağlıklı Çocukta Yüksek ALP: Her Zaman Hastalık mı? Benign Geçici Hiperfosfatazemi	Arzu Jalilova, **Gamze Avcı**	Gamze Avcı
4	08.21	08.28	9452	Çocuk ve Adölesanlarda Anne Sütü Süresi Kas-Yağ Oranı ve El Kavrama Gücü ile İlişkili midir?	**Gamze Avcı**, Hande Selin Ok, Arzu Jalilova	Gamze Avcı
5	08.28	08.35	9232	Çocuk Uyku Sorunlarında Annelerin Yardım Arama Davranışları ve Bilgi Kaynakları	Kübra Ünal, **Nihal Durmaz**	Nihal Durmaz
6	08.35	08.42	6927	Millî Mücadele Döneminde Çocuk Ölümleri ve Çocuk Bakımı: Hekim Gazetesi Örneği	**Nihal Durmaz**	Nihal Durmaz

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

17 Ekim 2026	08.00-09.00	Toplantı Salonu 3			
Oturum Başkanları		Dr. Medine Ayşin Taşar, Dr. Meltem İleri			
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	08.00	08.07	9563	Büyük Ebeveynlere Uygulanan Etkileşim Temelli Eğitimin Torunların Büyüme ve Gelişmesi Üzerine Etkisi	**Mahmut Caner Us**, Hatice Ezgi Barış, Perran Boran	Mahmut Caner Us
2	08.07	08.14	9623	Anne ve Hekim Gözüyle Güncel Bebek Bakım Yöntemleri: Kullanım, Bilgi Kaynakları ve Farkındalık	Fatih Bulut, Nagihan Şahin, **Zehra Kardaş**	Zehra Kardaş
3	08.14	08.21	9690	Seçici yeme ve pediatrik beslenme sorunlarında yapay zeka yanıtlarının kalitesi, güvenlik göstergeleri ve okunabilirliği	**Mine Başıbüyük**	Mine Başıbüyük
4	08.21	08.28	9902	Laktasyon-Relaktasyon Polikliniğine İlk Başvuruda Karma/Formül Beslenme: İlişkili Faktörler ve Meme Reddi Profili	**Gözde Öztürk**	Gözde Öztürk
5	08.28	08.35	1253	Çocuk Sağlığı Sorularında Üretken Yapay Zekâ Sohbet Botlarının Doğruluk ve Güvenliği: Yüksek Riskli Klinik Senaryolara Odaklanan Karşılaştırmalı Bir Çalışma	Ayşin Nalbantoğlu, **Gaye Nur Özsoy Uslu**, Burçin Nalbantoğlu	Gaye Nur Özsoy Uslu
6	08.35	08.42	9191	Algılanan Sosyal Destek ve Doğum Sonrası Depresif Belirtiler: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma	**Ebru Şenol**, Mine Başıbüyük, Merve Erdemir Kula, Nalan Karabayır, Adnan Barutçu, Şeyma Karatekin, Elif Ünver Korğalı, Gülberat Totur, Meryem Erat Nergiz, Feyza Koç, Merve Tosyalı, Şeyma Çiçek, Aybüke Kaçır, Atilla Çiftçi, Sıddika Songül Yalçın	Ebru Şenol

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

SS-01 Nütrisyonel Anemisi Olan ve Olmayan Okul Öncesi Çocuklarda Gıda Güvencesi Durumunun Karşılaştırılması: Bir Pilot Çalışma

Gül Altunköprü[1], Özlem Tezol[1]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Gıda güvencesizliği tüketilen besin miktarıyla birlikte diyetin besin ögesi içeriğinin ve çeşitliliğinin azalmasına da yol açarak anemi riskinin artmasına katkıda bulunabilir. Önceki çalışmalar, gıda güvencesizliği ile çocuklarda artmış anemi riski arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve bu ilişkinin bazı popülasyonlarda daha güçlü, bazılarında daha zayıf bulunduğunu göstermektedir. Bu pilot çalışmanın amacı, nütrisyonel eksikliği veya nutrisyonel anemisi olan ve olmayan okul öncesi çocuklarda gıda güvencesi durumunun karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Analitik kesitsel tipteki bu pilot çalışma, 2026 Temmuz ayında genel pediatri polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya iştahsızlık yakınması ile başvuran 24–59 aylık, akut veya kronik hastalığı/enfeksiyonu olmayan, fiziksel ve gelişimsel açıdan sağlıklı çocuklar ve anneleri dahil edildi. İştahsızlık nedeniyle yapılan tetkik sonuçlarına (tam kan sayımı, serum ferritin, vit B12 ve folat düzeyleri) göre çocuklar nütrisyonel eksikliği veya anemisi olmayanlar, anemi olmaksızın nütrisyonel eksikliği olanlar ve nütrisyonel anemisi olanlar olarak gruplandı (Şekil 1). Annelere yüz yüze uygulanan Hanehalkı Besin Güvencesizliği Erişim Ölçeği (HFIAS) skorları, Okul Öncesi Çocuklarda Beslenme Tarama Aracı (NutriSTEP) skorları ve sosyodemografik özellikler gruplar arasında karşılaştırıldı. Çalışma Helsinki Bildirgesi'nin etik ilkelerine uygun olarak yürütüldü.

Şekil 1

Çalışma örnekleminin seçimine ilişkin akış şeması



Bulgular: Çalışmada 85 anne-çocuk çifti yer aldı. Çocukların 20'sinde (%23.5) nütrisyonel anemi saptandı: %15.3 demir eksikliği anemisi (n=13), %4.7 vit B12 eksikliği anemisi (n=4), %3.5 kombine anemi (n=3). Çocukların 24'ünde (%28.2) anemi olmaksızın nütrisyonel eksiklik mevcuttu: %18.7 demir eksikliği (n=16), %7.1 vit B12 eksikliği (n=6), %2.4 kombine eksiklik (n=2). Nütrisyonel anemisi olan çocukların %75'i (15/20), nütrisyonel anemisi olmayan çocukların %73.8'i (48/65) gıda güvencesine sahipti (p=0.918). Çalışan anne sıklığı, evdeki çocuk sayısı ve aylık gelir dışındaki sosyodemografik özellikler, antropometrik z-skorlar, NutriSTEP puanı ve düşük, orta veya yüksek riskli beslenme sıklıkları nütrisyonel eksikliği veya anemisi olmayan, anemi olmaksızın nütrisyonel eksikliği olan ve nütrisyonel anemisi olan çocuklar arasında farklılık göstermedi (p > 0.05) (Tablo 1). HFIAS puanları ve gıda güvencesizliği sıklığı nütrisyonel eksikliği veya anemisi olmayan, anemi olmaksızın nütrisyonel eksikliği olan ve nütrisyonel anemisi olan çocuklar arasında farklılık göstermedi (sırasıyla p=0.946 ve p=0.982) (Tablo 2).

Tablo 1. Sosyodemografik ve nütrisyonel özelliklerin gruplar arasında karşılaştırılması

	Nütrisyonel anemi veya nütrisyonel eksiklik olmayan çocuklar (n=41, %48.3)	**Anemi olmaksızın nütrisyonel eksiklik olan çocuklar (n=24, %28.2)**	**Nütrisyonel anemisi olan çocuklar (n=20, %23.5)**	**p**
Çocuklara ait özellikler				
Yaş, ay	38 (31-49)	38 (27.5-48.5)	44 (36.5-49)	0.295
Cinsiyet, erkek	22 (53.7)	10 (41.7)	7 (35.0)	0.346
Doğum haftası	38,5 (38-39)	39 (38-40)	38.1 (38-39)	0.482
Doğum ağırlığı, gr	3256 ± 528	3098 ± 613	3266 ± 483	0.470
Doğum şekli, sezaryen	30 (73.2)	15 (62.5)	15 (75.0)	0.584
Doğum sırası, ilk çocuk	20 (48.8)	15 (62.5)	6 (30.0)	0.099
İlk 6 ay sadece anne sütü	26 (63.4)	15 (62.5)	13 (65.0)	0.985
Toplam annesütü alma süresi, ay	12 (6-18)	18 (12-24)	18 (9-22)	0.106
Bakımveren, anne	33 (80.5)	22 (91.7)	20 (100.0)	0.070
Z-skorlar				
Yaşa göre ağırlık	0.22 ± 1.24	-0.10 ± 0.95	0.29 ± 1.35	0.471
Yaşa göre boy	0.14 ± 1.32	-0.57 ± 1.18	0.32 ± 1.46	0.056
Yaşa göre VKİ	0.21 ± 1.31	0.22 ± 1,.27	0.24 ± 1,.22	0.678
NutriSTEP toplam puanı	28.2 ± 6.5	25.6 ± 8.1	28.1 ± 5.6	0.305
NutriSTEP sınıflama				0.068
Düşük riskli beslenme (≤ 20 puan)	3 (7.3)	8 (33.3)	2 (10.0)	
Orta riskli beslenme (21-25 puan)	13 (31.7)	5 (20.8)	5 (25.0)	
Yüksek riskli beslenme (≥ 26 puan)	25 (61.0)	11 (45.8)	13 (65.0)	
Annelere ait özellikler				

Yaş, yıl	32.7 ± 5.9	29.9 ± 6.6	31.8 ± 5.1	0.185
Eğitim düzeyi				0.054
İlkokul – ortaokul (≤ 8 yıl)	10 (24.4)	10 (41.7)	11 (55.0)	
Lise – üniversite (> 8 yıl)	31 (75.6)	14 (58.3)	9 (45.0)	
Çalışma durumu, çalışan	18 (43.9)[a]	7 (29.2)[ab]	1 (5.0)[b]	0.008
Engellilik yapmayan kronik hastalık	14 (34.1)	9 (37.5)	3 (15.0)	0.215
Aileye ait özellikler				
Evdeki çocuk sayısı	2 (1-2)[a]	2 (1-2)[a]	3 (2-3)[b]	0.001
Baba yaşı, yıl	36.2 ± 5.5	34.9 ± 7.8	35.5 ± 4.2	0.702
Baba eğitim düzeyi				0.063
İlkokul – ortaokul (≤ 8 yıl)	8 (19.5)	10 (41.7)	9 (45.0)	
Lise – üniversite (> 8 yıl)	33 (80.5)	14 (58.3)	11 (55.0)	
Baba çalışma durumu, çalışan	40 (97.6)	22 (91.7)	18 (90.0)	NA
Babada engellilik yapmayan kronik hastalık	6 (14.6)	1 (4.2)	5 (25.0)	0.141
Aylık gelir, TL	50,000[a] (30,000-100,000)	37,500[b] (24,500-62,500)	40,000[b] (22,500-60,000)	0.030
Aile tipi, çekirdek aile	37 (90.2)	17 (70.8)	17 (85.0)	0.237
Yerleşim, kentsel/yarı kentsel	39 (95.1)	21 (87.5)	18 (90.0)	0.530

Verilerin sunumu: ortanca (IQR), ortalama ± SS ve sayı/n (yüzde/%).

Tablo 2. Gıda güvencesi durumunun gruplar arasında karşılaştırılması

	Nütrisyonel anemi veya nütrisyonel eksiklik olmayan çocuklar (n=41)	**Anemi olmaksızın nütrisyonel eksiklik olan çocuklar (n=24)**	**Nütrisyonel anemisi olan çocuklar (n=20)**	**p**
Hanehalkı gıda güvencesi durumu				0.982
Gıda güvencesi	30 (73.2)	18 (75.0)	15 (75.0)	
Gıda güvencesizliği	11 (26.8)	6 (25.0)	5 (25)	
HFIAS puanı	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0.05)	0.946
HFIAS sınıflama				NA
Gıda güvencesi (0-1 puan)	30 (73.2)	18 (75.0)	15 (75.0)	
Hafif derecede gıda güvencesizliği (2-7 puan)	8 (19.5)	4 (16.7)	4 (20.0)	
Orta derecede gıda güvencesizliği (8-14 puan)	3 (7.3)	1 (4.2)	1 (5.0)	
Ağır derecede gıda	0 (0)	1 (4.2)	0 (0)	

güvencesizliği (15-27 puan)				

Verilerin sunumu: ortanca (IQR) ve sayı/n (yüzde/%).

Sonuç: Bu pilot bulgular, çocukluk çağındaki nütrisyonel anemi ve eksikliklerin çok faktörlü bir yapıya sahip olabileceğini düşündürmektedir. Hanehalkı gıda güvencesi ve okul öncesi çocukların riskli beslenme durumunu diğer sosyoekonomik, beslenme ve bireysel belirleyiciler ile birlikte değerlendiren geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: gıda güvencesizliği, okul öncesi çocuk, nütrisyonel anemi

SS-02 Çocuk Sağlığı Sorularında Üretken Yapay Zekâ Sohbet Botlarının Doğruluk ve Güvenliği: Yüksek Riskli Klinik Senaryolara Odaklanan Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Ayşin Nalbantoğlu[1], Gaye Nur Özsoy Uslu[2], Burçin Nalbantoğlu[2]

[1]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri BD
[2]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Giriş ve Amaç: Üretken yapay zekâ (YZ) sohbet botları, ebeveynler tarafından çocuk sağlığına ilişkin bilgi edinmek amacıyla giderek daha sık kullanılmaktadır. Ancak bu sistemlerin özellikle klinik açıdan riskli durumlarda doğruluğu ve güvenilirliğine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, yaygın kullanılan üretken YZ sohbet botlarının çocuk sağlığı sorularına verdikleri yanıtların doğruluk, eksiksizlik, güvenlilik ve uygun tıbbi yönlendirme açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çocuk sağlığının sekiz farklı alanını kapsayan toplam 40 soru ChatGPT, Claude, Gemini ve Copilot'a yöneltildi ve 160 yanıt değerlendirildi. Yanıtlar doğruluk, eksiksizlik, güvenlilik, uygun tıbbi yönlendirme, anlaşılabilirlik ve kanıta dayalı içerik açısından 0–2 puanla değerlendirildi; toplam kalite puanı 0–12 arasında hesaplandı. Sorular ayrıca yüksek riskli ve standart riskli olarak sınıflandırıldı. Karşılaştırmalarda Friedman ve Cochran Q testleri ile karma etkili doğrusal ve lojistik regresyon modelleri kullanıldı.

Bulgular: Tüm yanıtların ortalama toplam kalite puanı 10,14±1,56 idi. En yüksek kalite puanı ChatGPT'de (10,83±1,21), en düşük Copilot'ta (9,39±1,74) saptandı. Tamamen doğru yanıt oranı ChatGPT'de %77,5, Claude'da %70,0, Gemini'da %60,0 ve Copilot'ta %52,5 idi. Gerektiğinde uygun tıbbi yönlendirme oranları sırasıyla %93,8, %87,5, %75,0 ve %68,8 bulundu (p=0,041). Konu alanları arasında en yüksek kalite puanı aşılama, en düşük puan ilaç kullanımı alanındaydı. Yüksek riskli sorularda toplam kalite puanı standart riskli sorulara göre daha düşüktü (9,62±1,68 ve 10,57±1,31; $p < 0,001$). Tamamen doğru yanıt oranı yüksek riskli sorularda %55,6, standart riskli sorularda %72,7 idi (p=0,030). Potansiyel olarak güvensiz yanıt oranı yüksek riskli sorularda %19,4, standart riskli sorularda %5,7 olup, güvensiz yanıt olasılığı yüksek riskli sorularda yaklaşık dört kat daha yüksekti (OR=4,01; p=0,012). En sık güvenlik hatası, gerekli tıbbi değerlendirme önerisinin gecikmesi veya hiç yapılmamasıydı.

Sonuç: Üretken YZ sohbet botları çocuk sağlığı sorularına genel olarak yüksek kaliteli yanıtlar verebilmekle birlikte, performans kullanılan sisteme ve klinik risk düzeyine göre değişmektedir. Özellikle yüksek riskli senaryolarda doğruluğun azalması ve potansiyel olarak güvensiz yanıt olasılığının artması, bu araçların ebeveyn bilgilendirmesinde sağlık profesyoneli değerlendirmesinin yerine değil, destekleyici bir kaynak olarak kullanılmasının daha uygun olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yapay Zeka, Çocuk Sağlığı, Tıbbi Yönlendirme

SS-03 Çocuk İhmal ve İstismar Olgularının Demografik ve Klinik Özellikleri: Kütahya Şehir Hastanesi'nin 2 Yıllık Deneyimi

Deniz Yıldız[1], Ebru Uzun[2], Erhan Balıkçı[2], Figen Vural Zeybek[3]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]Kütahya Şehir Hastanesi, Sosyal Hizmet Birimi

Giriş ve Amaç: Çocuğa kötü muamele; sorumluluğundaki kişiler tarafından çocuğa yönelik gerçekleştirilen çocuğun sağlığına, gelişimine veya onuruna gerçek ya da potansiyel zarar veren çocuk ihmal ve istismarını kapsar. Bu çalışmada çocuk hekimi tarafından sosyal hizmet birimine bildirilerek takibe alınan olguların değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmada Nisan 2024- Eylül 2026 tarihleri arasında çocuk hekimi tarafından değerlendirildikten sonra Kütahya Şehir Hastanesi Sosyal Hizmetler Birimi'ne yönlendirilip çocuk ihmal ve istismarı tanısı almış olgular dahil edildi. Retrospektif olarak hastane kayıt sistemi üzerinden veriler taranarak ulaşılan olguların demografik ve klinik özellikleri tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirilen 115 çocuk olgunun ortalama (± SD) yaşı 8,9 (±6.5) yıl, % 47,8'i erkek, % 8,6 yabancı uyruklu, % 68,1 şehir merkezinde % 31,9 ilçede yaşıyordu. Yaşları 17 olan 4 kız çocuğu (% 3,4) eşiyle aynı evde yaşarken, olguların % 84,3'ü en az bir ebeveyniyle, % 3,4 bir aile büyüğünün yanında, %8,9 devlet kurumunda kalıyordu. Anne yaş ortalaması (± SD) 34.2 (±5.1) yıl, baba yaş ortalaması (± SD) 40 (±4.4) yıldı. Olguların % 8,6 sının ebeveynlerinden birinde kronik rahatsızlık, % 8,6'sının ailesinde özel gereksinimi olan birey bulunuyordu. Babaların % 14,7'sinin işsiz, annelerin % 73,9'unun ev hanımı olduğu; ≤5 yıl eğitim süresine sahip ebeveyn değerlendirmesinde sırasıyla % 64,3, % 53,6 sıklıkta bulundu. Ebeveynlerin % 27,8'inin sosyal hizmet yardımı aldığı görüldü. Olguların uğradığı çocuğa kötü muamele tipleri değerlendirildiğinde; tüm çocuklarda bakım, sağlık, duygusal ihmal tiplerinden en az bir tanesi saptanırken; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar, olguların % 72,1'inde saptandı. Sağlık ihmali olguların % 24'ünde, eğitim ihmali % 12,9 sıklıkta görüldü. Duygusal istismar %72,1, fiziksel istismar % 40,6, cinsel istismar %12,9 olguda saptandı. 13 olguda (%11) fiziksel ve cinsel istismarın birlikteliği dikkat çekti. Fiziksel istismar kız cinsiyette %50 ve erkek cinsiyette %30,9 sıklıkta iken cinsel istismar olgularının tamamının kız çocuklarından oluştuğu görüldü.

Sonuç: Çalışma, Kütahya ilinde çocuk vakaların değerlendirildiği tek hastanede yapılmış olduğundan tüm ili kapsamaktadır. Literatürle benzer olarak duygusal istismar en sık görülen istismar tipiyken, cinsel istismarın literatürdeki çalışmalardan daha fazla olguda saptanmış olması bu konudaki farkındalığın artmış ve olgu takibinin iyi yapılmış olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür. Çocuk ihmal ve istismarının saptanmasında ve olguların takibinde sağlık çalışanlarının farkındalığının artması ve multidisipliner yaklaşımın güçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuğa kötü muamele, ihmal, istismar, multidisipliner

SS-04 Neden İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü? Cevap Anne Sütünün Mucizevi Biyoaktif İçeriğinde Saklı Olabilir mi?

Gonca Keskindemirci[1], Ayşenur Kökoğlu[2], Bilge Ş. Özsait-Selçuk[3], Özden Durmuş Gönültaş[4], Melis Afacan[2], Suzin Tatonyan[3], Birsen Karaman[3], Ebru Kılıç[3], Gizem Kara Elitok[5], Asuman Gedikbaşı[6], Gülbin Gökçay[7], Günnur Deniz[2]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü, , İmmünoloji Anabilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı
[4]Özel Esencan Hastanesi, İstanbul
[5]İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora programı
[6]İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü
[7]İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, emekli öğretim üyesi

Giriş ve Amaç: Anne sütü kendine özgü bir içeriğe sahiptir. Kolostrumda regülatör T (Treg) hücrelerinin varlığı ve toplam T hücreleri içindeki oranlarının yüksek olması, anne sütünün ileri immünolojik toleransa katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Anne sütüyle farklı antijenlere karşı tolerans gelişebileceği ve tamamlayıcı beslenmeye erken başlanmadan yaşamın ilk altı ayında yalnızca anne sütüyle beslenmenin gıda toleransında rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Çalışmamızda, farklı emzirme dönemlerinde ve tamamlayıcı beslenmeye geçiş sürecinde anne sütündeki Treg hücrelerinin ve ilgili proteinlerin varlığını ve düzeylerini belirlemek ve bu bulgular ışığında anne sütünün immünolojik toleransa olası katkısını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Prospektif kohort çalışmamız, Ekim 2025-Eylül 2026 arasında iki izlem polikliniğinde anne-bebek çiftleri ile gerçekleştirildi. Doğumdan sonraki ilk 7 gün, 10-15. gün, 1., 4., 6. ve/veya 9. aylarda anne sütü, bebeklerden ise 6-9. aylarda kan örnekleri alındı. Örneklerde T hücre alt grupları, naif ve bellek T hücreleri (sırasıyla CD45RA ve CD45RO), inhibitör immün kontrol noktası reseptörleri (CTLA-4 ve PD-1) ve immün yanıtı düzenleyen sitokinlerin (TGF-β ve IL-10) ekspresyonu değerlendirildi.

Bulgular: Farklı emzirme dönemlerine ait toplam 46 anne sütü örneği ve 7 bebekten kan örneği alındı. Anne sütündeki $CD4^+$ T hücreleri ve Treg hücreleri, bebek kanındaki karşılıklarına göre anlamlı derecede yüksek CD45RO ve düşük CD45RA ekspresyonu gösterdi ($p < 0.0001$). Kolostrumdaki Treg hücrelerinde CD45RO ekspresyonu olgun süte kıyasla daha düşük ($p < 0.01$), CD45RA ekspresyonu ise daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). On beşinci günden itibaren Treg hücrelerinde yüksek CD45RO ekspresyonuyla karakterize bir bellek fenotipi gözlendi. Kolostrumdaki Treg hücrelerinin CTLA-4 ve TGF-β ekspresyonu, bebek kanındaki Treg hücrelerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla, $p < 0.01$ ve $p < 0.05$). CD4+ T hücrelerinde CTLA-4 ekspresyonu 1. ayda en yüksek düzeydeydi ($p < 0.001$). Altıncı ay süt örneklerinde PD-1 ekspresyonu, hem $CD4^+$ T hücrelerinde hem de Treg hücrelerinde bebeklerin kan örneklerine göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0.05$). IL-10 ekspresyonu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç: Anne sütündeki T hücreleri, bebek kan örneğine göre daha belirgin bir bellek fenotipi ve farklı bir immün düzenleyici belirteç profili gösterdi. Bu bulgular, anne sütünün farklı emzirme dönemlerinde immünolojik toleransa katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: anne sütü, immuntolerans, T hücre

SS-05 Birinci Basamakta Adölesan İdiyopatik Skolyozun Tanınması ve Sevki: Aile Hekimleri Üzerine Bir Araştırma

Beyza Arpacı Saylar[1], Bekir Aktura[2], Esin Nur Taşdemir[3], Mehmet Burhan Küçükoğlu[2]

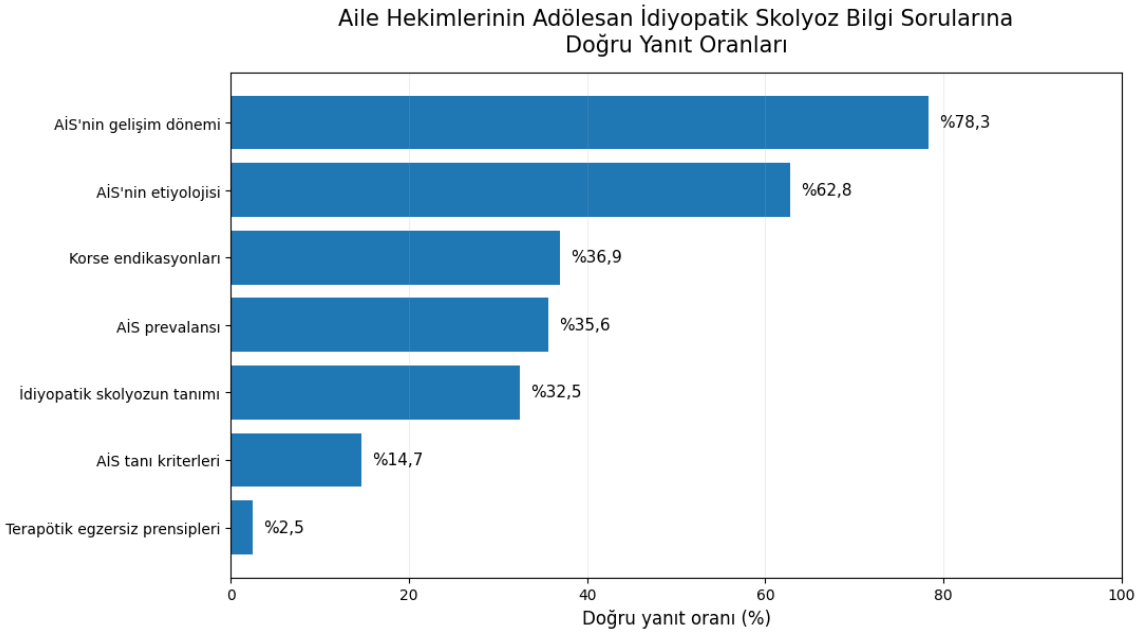
[1]Eyüpsultan İlçe Sağlık Müdürlüğü
[2]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı
[3]Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Adölesan idiyopatik skolyoz (AİS), büyüme döneminde ortaya çıkan ve erken tanındığında konservatif tedavi seçeneklerinden yararlanılabilen üç boyutlu bir omurga deformitesidir. Aile hekimleri, rutin sağlık hizmetleri sırasında adölesanlarla sık karşılaşmaları nedeniyle AİS'nin erken tanınması ve uygun olguların zamanında sevkinde önemli bir konumdadır. Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerinin AİS'ye ilişkin bilgi düzeylerini, değerlendirme yöntemlerini ve şüpheli olgulardaki sevk yaklaşımlarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel çalışma, Nisan–Haziran 2026 tarihleri arasında İstanbul'da birinci basamakta çalışan 360 aile hekimiyle gerçekleştirildi. Çevrim içi anket; katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri, skolyoz değerlendirme ve sevk uygulamaları ile AİS'ye ilişkin bilgi sorularından oluşmaktaydı. Objektif olarak değerlendirilebilen yedi bilgi sorusu üzerinden toplam bilgi puanı hesaplandı. Yüksek bilgi düzeyi ≥4/7 puan olarak tanımlandı ve ilişkili faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların %58,3'ü pratisyen hekim, %41,7'si aile hekimliği uzmanıydı; %87,2'si adölesan hastaları sık veya ara sıra değerlendirdiğini bildirdi. Skolyoz değerlendirmesinde postüral değerlendirme %95,3 ile en sık kullanılan yöntemken, Adams öne eğilme testi %54,2 oranında uygulanıyordu. Skolyometre kullanımı yalnızca %1,1'di. Ortalama AİS bilgi puanı 2,63±1,69, medyan puan 3/7 idi. AİS tanı kriterleri katılımcıların %14,7'si, terapötik egzersiz prensipleri %2,5'i ve korse endikasyonları %36,9'u tarafından doğru bilindi. Aile hekimliği uzmanlarının toplam bilgi puanı pratisyen hekimlerden daha yüksekti (2,94±1,73'e karşı 2,41±1,60; p=0,021). Çok değişkenli analizde Adams öne eğilme testini kullanmak yüksek bilgi düzeyiyle en güçlü ilişkili faktördü (aOR=9,76; %95 GA:4,92–19,35; p < 0,001).

Aile Hekimlerinin Adölesan İdiyopatik Skolyoz Bilgi Sorularına Doğru Yanıt Oranları



Şekil 1. Aile hekimlerinin adölesan idiyopatik skolyoza ilişkin bilgi sorularına doğru yanıt oranları (n=360).

Tablo 1. Aile hekimlerinin skolyoz değerlendirme ve sevk uygulamaları (n=360)

Uygulama	n	%
Postüral değerlendirme	343	95,3
Adams öne eğilme testi	195	54,2
Skolyometre kullanımı	4	1,1
Klinik değerlendirme sonrası uzmana sevk	4188	52,2
Doğrudan uzman değerlendirmesine sevk	156	43,3
Klinik ve radyolojik değerlendirme sonrası sevk	8	2,2
Gerektiğinde izlem sonrası sevk	8	2,2

Sonuç: Aile hekimleri adölesanlarla sık karşılaşmalarına rağmen AİS’nin yapılandırılmış değerlendirilmesinde objektif yöntemleri sınırlı kullanmakta ve özellikle tanı kriterleri ile

konservatif tedavi prensiplerinde önemli bilgi eksiklikleri göstermektedir. Birinci basamakta standartlaştırılmış skolyoz değerlendirme yaklaşımlarının ve hedefe yönelik eğitimin güçlendirilmesi, şüpheli olguların zamanında uzman değerlendirmesine yönlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan idiyopatik skolyoz, aile hekimliği, birinci basamak, erken tanı, sevk

SS-06 Annelerin Çocukluk Çağı Ateşine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları: Kesitsel Bir Çalışma

Nihan Uygur Külcü[1], Kutlay Gür[1], Özlem Erdede[1], Erdal Sarı[1]

[1]SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ateş, çocuk sağlığı hizmetlerine en sık başvuru nedenlerinden biri olup ailelerin sağlık okuryazarlığı açısından önemini koruyan bir konudur. Ateşle ilgili yanlış inanış ve kaygılar, uygunsuz müdahalelere veya sağlık kuruluşuna başvuruda gecikmeye yol açabilmektedir. Bu çalışmada, sağlık eğitimi stratejileri ve klinik rehberlerin geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla annelerin çocukluk çağı ateşine ilişkin tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel, tanımlayıcı çalışma, ateş dışı yakınmalarla üçüncü basamak bir çocuk sağlığı polikliniğine başvuran çocukların anneleriyle yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür. Birincil sonuç ölçütleri, annelerin ateşi tanımlama biçimleri, ateş düşürücü ilaç kullanımları ve evde uyguladıkları yöntemlere ilişkin bilgi ve uygulamalarını kapsamıştır. İkincil olarak, sosyodemografik özelliklerin ve sağlık kuruluşuna başvuru nedenlerinin bu bilgi ve uygulamalar üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Uygun olmayan doz veya doz aralığı olarak tanımlanan hatalı ateş düşürücü kullanımıyla ilişkili faktörler, çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 18–51 yaşlarında 1000 anne katılmış olup çoğunluğu lise mezunuydu. Annelerin %73,8'i ateş düşürücüleri doğru dozda kullanırken, %15,7'si önerilenden düşük, %4,3'ü ise önerilenden yüksek doz uygulamaktaydı. Ateşle ilgili başlıca kaygı (%93,0) ateşli havaleyi önlemekti. Geleneksel öneriler (%45,4) ve çevrim içi kaynaklar (%32,4) sıklıkla kullanılmaktaydı. Bir yaşından küçük bebeği olan anneler, 38 °C'de ateş düşürücü vermek yerine daha sık hekime başvurmayı tercih etmekteydi. Sirkeli su uygulaması, bir yaşından küçük çocuklarda ve 40 °C ateşi olan 2–3 yaş grubundaki çocuklarda daha az tercih edilmekteydi. Düşük anne eğitim düzeyi, evde termometre bulunmaması, prematürite öyküsü ve ailede ateşli havale öyküsü olmaması, hatalı ateş düşürücü kullanımıyla bağımsız olarak ilişkiliydi. En güçlü ilişki evde termometre bulunmamasıyla saptandı (düzeltilmiş olasılık oranı: 2,74; %95 güven aralığı: 1,89–3,98). Ergen çocuğu olan anneler evde müdahaleleri daha az uygularken 38 °C'de tıbbi yardım almaya daha eğilimliydi. Tek çocuklu ailelerin ateş sırasında çocuğun giysilerini çıkarma olasılığı, birden fazla çocuğu olan ailelere göre daha düşüktü.

Sonuç: Yanlış inanışları ve uygunsuz ateş yönetimi uygulamalarını hedefleyen eğitim programları, çocukluk çağı ateşinin doğru yönetilmesine katkı sağlayabilir ve gereksiz sağlık hizmeti başvurularını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı, ateş, anneler, sağlık okuryazarlığı, evde ateş yönetimi

SS-07 Malnütrisyon Tanılı Çocuklarda İkili Malnütrisyon Yükü: Sıklık ve İlişkili Faktörler

Ayşe Oflu[1], Hilal Koyuncu[1], Ayşe Güngör[1], Aysun Soyugüzel[1], Nur Önen[1], Ayşegül Bükülmez[1], Aysun Ata[1], Ahmet Afşin Kundak[1]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

Giriş ve Amaç: Malnütrisyonun ikili yükü, aynı bireyde aşırı beslenme ile yetersiz beslenmeye veya mikronutrient eksikliklerine ilişkin göstergelerin birlikte bulunması olarak tanımlanan ve çocukluk çağında giderek önem kazanan bir beslenme sorunudur. Özellikle fazla kiloluluk veya obezite ile mikronutrient eksikliklerinin birlikte görülmesi, çocukların beslenme durumunun yalnızca antropometrik göstergeler üzerinden değerlendirilmesinin yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, malnütrisyon tanısı bulunan çocuklarda malnütrisyonun ikili yükünün sıklığının belirlenmesi ve bu durumla ilişkili mikronutrient göstergelerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında, üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde değerlendirilen, 2–10 yaş arasındaki ve malnütrisyon tanısı bulunan çocukların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Yetersiz beslenme; bodurluk, zayıflık veya mikronutrient eksikliği, aşırı beslenme ise fazla kiloluluk/obezite olarak tanımlandı. Fazla kiloluluk/obezite ile mikronutrient eksikliği veya bodurluğun birlikte bulunması, bireysel düzeyde malnütrisyonun ikili yükü olarak kabul edildi. Vitamin D, vitamin B12 ve ferritin düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 930 çocuk dahil edildi; 494'ü (%53,1) erkekti. Çocukların 386'sı (%41,5) 2–5 yaş, 544'ü (%58,5) 5–10 yaş grubundaydı. Malnütrisyonun ikili yükü 91 çocukta (%9,8) saptandı. Bu çocukların 86'sında (%9,2) fazla kiloluluk/obezite ile mikronutrient eksikliği, 5'inde (%0,5) ise fazla kiloluluk/obezite ile bodurluk birlikte bulundu. Beş–10 yaş grubunda obezite sıklığı, 2–5 yaş grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,002). Mikronutrient eksiklikleri kızlarda erkeklere göre daha sık görüldü (p=0,004). Malnütrisyonun ikili yükü de kızlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,018).

Sonuç: Çocuklarda fazla kiloluluk veya obezite, mikronutrient eksikliğinin bulunmadığını dışlamamaktadır. Çalışmamızda malnütrisyonun ikili yükünün yaklaşık her on malnütrisyonlu çocuktan birinde görülmesi, bu çocuklarda mikronutrient durumunun kapsamlı biçimde değerlendirilmesinin önemini düşündürmektedir. Çocukluk çağında beslenme durumunun değerlendirilmesinde antropometrik göstergelerin mikronutrient göstergeleriyle birlikte ele alınması, beslenme sorunlarının daha bütüncül biçimde değerlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyonun ikili yükü, Obezite, Mikronutrient eksikliği, Çocuk

SS-08 Kısa mı, Kısa Algılanan mı? Boy Kısalığı Başvurularında Aile Algısı ve Birinci Basamak Yönlendirmesi

Ayse Yasar[1], Ebru Oğultekin Vazgeçer[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Giriş ve Amaç: Boy kısalığı, çocuk endokrinoloji polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Ancak bu başvuruların önemli bir kısmı tıbbi bir sorundan çok ailenin ve toplumun boy algısından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada, boy kısalığı şikâyetiyle başvuran çocuklarda ebeveyn algısının ve yönlendirme kaynağının objektif antropometrik verilerle uyumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Son bir ay içinde çocuk endokrinoloji polikliniğine boy kısalığı şikâyetiyle başvuran 85 çocuk kesitsel olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, boy SDS, hedef boy SDS, ebeveynin çocuğun boyuna ilişkin algısı (kısa/çok kısa/normal/uzun), yönlendiren kişi (aile/hekim/diğer), puberte evresi ve doğum ağırlığı (AGA/SGA/LGA) kaydedildi. Boy SDS ≤ −2 gerçek boy kısalığı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 9,98 ± 3,99 yıl olup 41'i kız, 42'si erkekti. Olguların %57,6'sı prepubertaldi; %5,9'u SGA doğmuştu. Ortalama boy SDS −1,69 ± 0,57 idi. Yalnızca 26 çocukta (%30,6) boy SDS ≤ −2 iken 48'inde (%56,5) −1 ile −2 arasında, 11'inde (%12,9) −1'in üzerindeydi. Ebeveynlerin %85,9'u çocuğunu "kısa", %5,9'u "çok kısa", %8,2'si "normal" olarak algılıyordu; çocuğunu kısa/çok kısa algılayan 78 ebeveynin 54'ünde (%69,2) çocuğun boyu normal sınırlardaydı. "Çok kısa" algısı olan grupta ortalama boy SDS (−2,38) diğer gruplardan belirgin düşüktü. Başvuruların %87,1'i hekim, %11,8'i aile tarafından yönlendirilmişti; hekim yönlendirmeli olguların yalnızca %31,1'inde gerçek boy kısalığı saptandı. Olguların %83,6'sı hedef boyuna uygun büyümekteydi (boy SDS, hedef boy SDS'nin 1,5 SDS aralığında); %16,4'ü hedef boyunun 1,5 SDS'den fazla altındaydı. Olguların %11'inde hedef boy SDS'nin ≤ −2 olması ailesel boy kısalığını düşündürmekteydi. Gerçek boy kısalığı prepubertal çocuklarda (%38,8) pubertal çocuklara (%19,4) göre daha sıktı.

Sonuç: Boy kısalığı şikâyetiyle üçüncü basamağa ulaşan çocukların yaklaşık üçte ikisinde objektif boy kısalığı bulunmamaktadır ve büyük çoğunluğu genetik hedef boyuna uygun büyümektedir. Ebeveynlerin neredeyse tamamının çocuğunu kısa algılaması, aile kaygısının yönlendirme sürecinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Büyüme izleminde hedef boy hesabının rutin kullanımı ve ailelere boy algısı konusunda yapılandırılmış danışmanlık verilmesi, hekimlerin aile kaygısını yönetmesini kolaylaştırabilir; sosyal pediatri yaklaşımıyla güçlendirilecek bu süreç gereksiz yönlendirmeleri ve aile kaygısını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: boy kısalığı, ebeveyn algısı, büyüme izlemi, sosyal pediatri

SS-09 Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde Aşı Kararsızlığı ve Ebeveyn Gerekçeleri

Bahar Öztelcan Gündüz[1], Kayra Turgay[1], Bahar Çuhacı Çakır[1], Aysu Duyan Çamurdan[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Aşı kararsızlığı, aşı hizmetlerine erişim mümkün olmasına rağmen aşıların kabulünde gecikme yaşanması veya bazı ya da tüm aşıların reddedilmesi durumudur. Bu çalışmada, GÜTF Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde aşı kararsızlığı saptanan çocukların klinik ve demografik özelliklerinin, aşı kararsızlığının başlangıç zamanının ve ailelerin aşıları reddetme gerekçelerinin karma yöntemle değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne 2025–2026 yılları arasında başvuran 2.651 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Aşı kararsızlığı saptanan olguların demografik ve klinik özellikleri, doğum öyküleri, yenidoğan döneminde önerilen koruyucu uygulamaların yapılıp yapılmadığı ve izlem özellikleri kaydedildi. Nicel verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı; kategorik değişkenler sayı ve yüzde [n (%)], sürekli değişkenler ise dağılım özelliklerine göre ortalama ± standart sapma veya ortanca (min-maks) olarak sunuldu. Çalışmanın nitel aşamasında ailelerle yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirildi veriler tümevarımsal içerik analizi yöntemiyle değerlendirildi.

Bulgular: İncelenen 2.651 hastanın 16'sında (%0,60) aşı kararsızlığı saptandı. Olguların 10'u (%62,5) kız, 6'sı (%37,5) erkekti. Ortanca yaş 15 ay (minimum–maksimum: 8,7–37 ay) olup olguların 14'ü (%87,5) 24 aydan küçüktü. Ortalama doğum ağırlığı 3.130 ± 342 g, ortalama gestasyonel yaş 38,6±1,3 hafta idi. Olguların 13'ü (%81,2) poliklinik izlemlerine düzenli olarak devam etmekteydi. Aşı kararsızlığı 15 olguda (%93,7) yaşamın ilk 6 ayı içinde başlamıştı. Altı olguda (%37,5) doğumdan itibaren hiçbir aşı uygulanmamış olup bunların dördünde antenatal dönemde K vitamini ve hepatit B aşısının uygulanmasına yönelik yazılı ret belgesi mevcuttu. Yedi olguda (%43,8) ise aşı kararsızlığı doğumda uygulanan hepatit B aşısından sonra gelişmişti. K vitamini uygulanmayan beş olgunun (%31,2) tamamı, aşıların doğumdan itibaren reddedildiği grupta yer almaktaydı. Ailelerle yapılan görüşmelerin nitel analizinde aşı kararsızlığının gerekçelerine ilişkin dört ana kategori belirlendi: aşı içeriğine ve etken maddelerine güvensizlik (n=11, %68,8), aşıya atfedilen yan etkiler (n=2, %12,5), sağlık otoritelerine ilişkin olumsuz algı (n=2, %12,5) ve aşıların otizme yol açtığına ilişkin inanç (n=1, %6,2). Doğumdan itibaren aşıları reddeden altı ailenin ve K vitamini uygulamasını kabul etmeyen beş ailenin tamamında temel gerekçe aşı içeriğine yönelik güvensizlikti.

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri (n=16)

Değişken	n (%)
Kız / erkek	10 (%62,5) / 6 (%37,5)
Yaş (ay), ortanca (min-maks)	15 (8,7-37)
Doğum haftası (hft), ort±SS	38,6±1,3
Preterm doğum (<37 hafta)	2 (%11,8)
Doğum ağırlığı (g), ort±SS	3130±342
Anne yaşı(yıl), ortanca (aralık), n=12	29,5 (24–41)
Baba yaşı(yıl), ortanca (aralık), n=8	32 (25–43)

Hastaların genel özellikleri

Sonuç: Aşı kararsızlığı ve K vitamini gibi yenidoğan döneminde uygulanan koruyucu girişimlerin reddi, olguların önemli bir bölümünde antenatal dönemde şekillenmekte ve doğumdan itibaren klinik uygulamalara yansımaktadır. Aşı kararsızlığına yönelik danışmanlığın antenatal dönemden başlayarak çocuk sağlığı izlemleri boyunca sürdürülmesinin önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı kararsızlığı, çocuk sağlığı izlemi, çocuk

SS-10 Yenidoğan Topuk Kanı Taramasına Yönelik Ebeveyn Tereddüdünün İşitme Taraması Tereddüdüyle İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma

Özden Aksu Sayman[1], Duygu Çalışkan[2], Ebru Oğultekin Vazgeçer[3], Cansu Turan[4], Serap Deniz[5]

[1]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı /İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Doktora Programı
[2]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği/ İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Doktora Programı
[4]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı
[5]İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, ebeveynlerin yenidoğan topuk kanı taramasına yönelik tereddüt sıklığını belirlemek ve bu tutumun sosyodemografik özellikler ile işitme taraması tereddüdü arasındaki ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tasarımlı bu çalışmaya, ardışık örnekleme yöntemiyle ulaşılan, 0–12 aylık dönemde term doğmuş bebeği bulunan 534 ebeveyn dahil edildi. Topuk kanı ve işitme taramalarına yönelik tereddüt, sosyodemografik özellikler ve tereddüt nedenlerine ilişkin veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen yapılandırılmış bir anket kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Topuk kanı tereddüdüyle ilişkili olabilecek faktörler önce ki-kare testiyle karşılaştırıldı. Anlamlı ilişki gösteren değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon modeline dahil edilerek ilişkili faktörler belirlendi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 30,91±5,78 yıl olup, 343'ü (%64,2) anneydi. Topuk kanı taramasını reddeden 8 (%1,5), işitme taramasını ise reddeden 4 (%0,7) ebeveyne rastlandı. Kabul oranı düşük olmasa da, topuk kanı taramasına yönelik tereddüt, ebeveynlerin 131'inde (%24,5); işitme taramasına yönelik tereddüt ise 72 ebeveynde (%13,5) saptandı. Diğer değişkenler kontrol edildiğinde, işitme taraması tereddüdü topuk kanı taraması tereddüdüyle güçlü biçimde ilişkili bulundu (aOR=10,46; %95 GA: 5,90–18,56; p < 0,001). Baba olmak (aOR=1,97; %95 GA: 1,25–3,10; p=0,003) ve ilköğretim/ilkokul düzeyinde eğitim (aOR=1,88; %95 GA: 1,09–3,24; p=0,023) de topuk kanı taraması tereddüdüyle ilişkili olarak saptandı. Tereddüt nedenleri karşılaştırıldığında; ağrı ve rahatsızlık endişesi, topuk kanı taramasında anlamlı olarak yüksekti (p < 0,001). Öte yandan, taramanın fayda sağlamayacağı veya tıbbi tedavinin işe yaramayacağı yönündeki olumsuz inançlar her iki tarama testi için de benzer oranlarda görüldü, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p > 0,05).

Sonuç: İşitme taramasına yönelik tereddüt, baba olmak ve düşük eğitim düzeyi, topuk kanı taramasına yönelik tereddütle bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, altta yatan nedenlerin tamamen paylaşılan nedenler olmadığı belirlenmiştir. Ağrı ve rahatsızlık endişesi topuk kanı taramasına özgü kalırken, taramanın yararına veya tedavi olanağına yönelik olumsuz inançlar iki

tarama testi arasında benzer şekilde dağılmıştır. Bu bulgular, tarama testlerinde ebeveyn tereddüdünün yalnızca teste özgü bilgi eksikliğinden değil, aynı zamanda genelleşmiş bir sağlık şüpheciliğinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Danışmanlık uygulamalarında taramaya özgü ve ortak kaygıların birlikte ele alınmasının, tarama testlerine yönelik tereddüdün azaltılmasına katkı sağlayabileceğini göstermektedir

Anahtar Kelimeler: Topuk kanı taraması, İşitme taraması, Yenidoğan metabolik tarama, Ebeveyn tereddüdü

SS-11 COVID-19 Pandemisinin Aşı Kararsızlığı Üzerindeki Etkisi

Kübra Yılmaz[1], Nalan Karabayır[2], Neslihan Demir[3], Merve Mutlu[4], Mine Başıbüyük[2], Dilara Lahut Şeviş[5]

[1]Prof.Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi
[3]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[4]Pamukova İlçe Devlet Hastanesi
[5]SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk HastalıkIarı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisindeki hizmet kesintileri ve aşılarla ilgili yanlış bilgi, rutin çocukluk çağı bağışıklamasına güveni etkilemiş olabilir. Bu çalışmada, COVID-19 aşısına ilişkin kaygı, güvensizlik ve ebeveyn aşılanma durumunun rutin çocukluk çağı aşı kararsızlığıyla ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çok merkezli kesitsel çalışma, Temmuz–Eylül 2025 arasında İstanbul ve Sakarya'daki üç sağlık merkezinin çocuk polikliniklerinde yürütüldü. En az bir 0–18 yaş çocuğu bulunan 500 ebeveyn, yapılandırılmış anketi ve 12 maddelik Türkçe Aşı Kararsızlığı Ölçeği Kısa Formu'nu doldurdu. Çocuğa özgü sorular en küçük/ çocuk için yanıtlandı. Veriler grup karşılaştırmaları, Spearman ve Pearson korelasyonları ve çok değişkenli doğrusal regresyonla incelendi; heteroskedastisite nedeniyle HC3 sağlam p değerleri raporlandı. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,913'tü. Etik kurul onayı alındı (30.05.2025; Karar no: 981).

Bulgular: Katılımcıların %90,4'ü anneydi. Ortalama aşı kararsızlığı puanı 31,5±9,7 olup %28,8'i tanımlayıcı sınıflamada yüksek kararsızlık düzeyindeydi. İndeks çocuğunun aşılarının zamanında yapıldığını bildirenlerin ve en az bir COVID-19 aşı dozu alan ebeveynlerin oranı ayrı ayrı %88,2 idi. İndeks çocuğunun aşıları tam/zamanında olmayan veya durumu belirsiz olan ebeveynlerin kararsızlık puanı, aşıları zamanında yapılanların ebeveynlerine göre daha yüksekti (39,5±10,6'ya karşı 30,4±9,1; $p < 0,001$; Hedges g=0,98). En güçlü pozitif korelasyonlar, COVID-19 aşı kararsızlığının diğer aşıları sorgulatması (rho=0,612), yan etki kaygıları (rho=0,607) ve medya içerikleriyle artan kaygılar (rho=0,592) için saptandı (tümü $p < 0,001$). Keşifsel tam model varyansın %59,3'ünü açıkladı (düzeltilmiş R^2=0,593). HC3 düzeltmesi sonrasında daha düşük anne eğitimi, daha az COVID-19 aşı dozu, diğer aşıları sorgulama, yan etki kaygısı, doğurganlıkla ilgili söylentiler ve aşı üreticilerine güvensizlik daha yüksek kararsızlıkla; pandemi sonrasında çocuk aşılarının tamamlanmasına daha fazla önem verme ise daha düşük kararsızlıkla ilişkiliydi.

Sonuç: COVID-19 aşısına ilişkin kaygı ve güvensizlik, rutin çocukluk çağı aşılarına yönelik ebeveyn kararsızlığıyla ilişkilidir. Kesitsel ve öz bildirime dayalı tasarım nedensel çıkarıma izin vermemektedir. Bununla birlikte pediatrik izlemler, güvene dayalı sağlık çalışanı iletişimi, medya okuryazarlığı ve yanlış bilginin düzeltilmesi yoluyla rutin bağışıklamaya güveni güçlendirmek için önemli bir fırsattır.

Anahtar Kelimeler: aşı kararsızlığı; çocukluk çağı bağışıklaması; COVID-19; ebeveyn; yanlış bilgi

SS-12 Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Sonrası Dokuzuncu Aya Kadar Ek Bir İzlem Gerekir mi?

Ebru Şenol[1], Şeyma Karatekin[2], Özden Aksu Sayman[3], Merve Erdemir Kula[4], Gülbin Gökçay[5], Gonca Keskindemirci[5]

[1]Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[3]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[4]TC Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
[5]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sağlık otoriteleri çocuklarda tamamlayıcı beslenmeye 6. ayda başlanmasını ve bu dönemdeki çocuk sağlığı izlemlerinin 6. ayda ve sonrasında 9. ayda yapılmasını önermektedir. (1-4) Altıncı ay izleminde tamamlayıcı beslenmeye geçiş hakkında detaylı bilgi sunulmaktadır. Ancak beslenmedeki aksaklıkların farkındalığı ve düzeltmelerin yapılabilmesi 9. aydaki izlemde mümkün olabilmektedir. Çalışmamızda çocuk sağlığı izleminde 6 ve 9 ay arasında yapılacak ek bir ziyaretin, çocuklarda beslenme davranışları ve içerikleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2023 – Haziran 2025 tarihleri arasında doğmuş, İstanbul Tıp Fakültesi veya Samsun Üniversitesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izlenen, 6 ve 9 ay takiplerinin her ikisine de gelmiş olan ve 7. ayda ek izleme çağırılmış olan çocukların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen ve 7. ayda ek izleme çağırılan 352 çocuktan 316'sı (%89,8) 7. ay izlemine gelmişti. Yedinci ayda çocukların %28,9'unun kırmızı et tüketmeye henüz başlamamış olduğu saptandı. Yedinci ayda kırmızı et tüketen ve tüketmeyen çocuklar arasında ortalama 7,3 ayda bakılan hemoglobin değerlerinde bir fark izlenmedi, ancak ferritin düzeyleri bilinmemektedir. Yedinci ayda kırmızı et tüketen bebeklerde, tüketmeyenlere göre 6-7.ay ve 6-9. ay arası tartı artışı, tartı SDS farkı, boy artışı ve boy SDS farkı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı, ancak 7-9 arasında fark izlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda 7. ay izleminde kırmızı et tüketmeyen çocukların oranı yüksek saptanmıştır. Kırmızı et tüketimine geç başlamak çocuklarda demir eksikliği ve sonrasında anemi riskini arttırabilir. Koruyucu çocuk sağlığı bakış açısıyla, 6-9 ay arasına ek bir izlem koymak, çocuklarda beslenme içeriğinin değerlendirilmesinde ve oluşabilecek vitamin mineral eksikliklerinin önlenmesinde etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu Hekimlik, Çocuk Sağlığı İzlemi, Tamamlayıcı Beslenme

SS-13 Üniversite Öğrencileri, Hasta Yakınları ve Sağlık Çalışanlarının Cilt Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bahriye Semizoğlu Atasoy[2], Tuba İşcan[1]

[1]Yalova Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Yalova Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Cilt kanseri gelişiminde ultraviyole radyasyona (UVR) maruziyet en önemli ve önlenebilir risk faktörlerindendir. Özellikle çocukluk döneminde UVR maruziyeti ve tekrarlayan güneş yanıkları, ilerleyen yaşlarda cilt kanseri riskini artırmaktadır. Güneşten korunma alışkanlıklarının erken yaşlarda kazandırılmasında ailelerin ve sağlık çalışanlarının yanı sıra geleceğin ebeveynleri olarak üniversite öğrencilerinin bilgi ve farkındalıkları da önem taşımaktadır. Bu çalışmada, üniversite öğrencileri, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının UVR'nin zararlı etkileri, cilt kanseri risk faktörleri ve güneşten korunma yöntemleri konusundaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada üniversite öğrencileri (n=200), hasta yakınları (n=197) ve sağlık çalışanlarından (n=72) oluşan üç grubun Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği puanları değerlendirildi. Ölçek; Güneş Korunma, Cilt Kanseri Risk Faktörleri, Cilt Kanserinin Önlenmesi, Cilt Kanseri Belirtileri ve Bronzlaşma alt ölçeklerinden oluşmakta olup toplam 25 puan üzerinden değerlendirildi. Grupların alt ölçek ve toplam puan ortalamaları tek yönlü ANOVA ile karşılaştırıldı. Etki büyüklüğü eta-kare (η^2) ile değerlendirildi ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Güneş Korunma puan ortalamaları öğrencilerde 7,49±1,85, hasta yakınlarında 7,11±1,80 ve sağlık çalışanlarında 7,35±2,92 idi (p=0,177; η^2=0,007). Cilt Kanseri Risk Faktörleri puanları sırasıyla 3,02±1,03, 2,86±0,95 ve 3,03±1,32 (p=0,247; η^2=0,006); Cilt Kanserinin Önlenmesi puanları 1,14±0,48, 1,15±0,49 ve 1,22±0,63 (p=0,495; η^2=0,003); Cilt Kanseri Belirtileri puanları 0,60±0,49, 0,58±0,50 ve 0,61±0,49 (p=0,880; η^2=0,001) ve Bronzlaşma puanları 7,58±2,03, 7,16±1,97 ve 7,18±3,14 olarak bulundu (p=0,138; η^2=0,008). Genel Test Başarı Puanı öğrencilerde 15,71±3,60, hasta yakınlarında 14,79±3,34 ve sağlık çalışanlarında 15,49±6,28 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,068; η^2=0,011). Tüm karşılaştırmalarda etki büyüklükleri düşük düzeydeydi.Benzer şekilde alt ölçeklerin tamamında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaması, UVR'nin zararlı etkileri ve güneşten korunma konusunda bilgi eksikliklerinin belirli bir gruba özgü olmayabileceğini düşündürmektedir. Genel test başarı puanlarında grupların ortalamaları birbirine yakın olup, düşük eta-kare değerleri gruplar arasındaki farklılığın sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, güneşten korunma ve cilt kanserinden korunmaya yönelik farkındalık çalışmalarının yalnızca belirli bir gruba odaklanmak yerine öğrenciler, aileler ve sağlık çalışanlarını kapsayan bütüncül eğitim yaklaşımlarıyla ele alınabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: Üniversite öğrencileri, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının cilt kanseri ve güneşten korunma bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bulgular, toplumda UVR'nin zararlı etkileri ve güneşten korunma konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik eğitim programlarının farklı hedef grupları kapsayacak şekilde planlanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cilt kanseri, güneşten korunma, bilgi düzeyi, üniversite öğrencileri, hasta yakınları

SS-14 Pediatri Asistanlarının Eğitim Süreçlerinin ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi

Eren Güzeloğlu[1], Murat Demir[1], Ali Rıza Akgün[2], Demet Alaygut[1], Hüseyin Dağ[1], Vefik Arıca[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Esenyurt Necmi Kadıoğlu Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi, teorik bilgi birikimi, klinik uygulama deneyimi ve kritik girişimsel becerilerin bütüncül olarak kazanılmasını hedefleyen dinamik ve yoğun bir süreçtir. Asistanlık eğitiminin niteliği ve standartları, gelecekte sunulacak çocuk sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve toplum sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, pediatri asistanlarının mevcut eğitim süreçlerinden genel memnuniyet düzeylerini, girişimsel becerilerdeki önem ve yeterlilik algılarını, çalışma koşullarını ve akademik gelişim alanındaki temel ihtiyaçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, pediatri asistanlarının katılımıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Yapılandırılmış veri toplama formunda sosyodemografik özellikler, çalışma ve nöbet koşulları, eğitim bileşenlerinin değerlendirilmesi, 16 temel girişimsel becerideki önem ve yeterlilik algıları (1-5 Likert ölçeği) ile akademik eğitim, sosyal ve kültürel ihtiyaçları sorgulanmıştır. Örneklem N=150 olgu olup istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, eşleştirilmiş t-testi ve Kruskal-Wallis analizi kullanılmış, $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %56,0'ı kadın, %44,0'ı erkek olup yaş ortalaması 28,9±3,3 yıldır. Asistanların %41,3'ü 1. yıl, %26,7'si 5. yıl kıdemindedir; %65,3'ü şehir hastanesi, %22,0'ı eğitim araştırma hastanesi, %12,7'si üniversite hastanesinde görev yapmaktadır. Katılımcıların %92,7'si ayda 4 ve üzerinde nöbet tuttuğunu, %22,0'si haftalık 60 saatin üzerinde çalıştığını belirtmiştir. Genel eğitim memnuniyet skoru (1-10 ölçeği) 7,33±1,50 olarak saptanmıştır. Kurum türüne göre genel memnuniyet üniversite hastanelerinde (9,05±1,39), eğitim araştırma (7,27±1,38) ve şehir hastanelerine (7,02±1,35) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Girişimsel becerilerde önem algısı ile yeterlilik algısı karşılaştırıldığında; defibrilasyon (+1,55 fark), lomber ponksiyon (+1,27 fark), pediatrik resüsitasyon (+1,18 fark) ve entübasyonda (+1,13 fark) anlamlı düzeyde eğitim açığı saptanmıştır ($p < 0,001$). Asistanlık yılı arttıkça girişimsel beceri yeterlilik skoru belirgin şekilde yükselmiştir (1. yıl: 2,97±0,86 vs 5. yıl: 4,47±0,47; $p < 0,001$). Akademik alanda en yüksek eğitim ihtiyacı Akademik İngilizce (%83,3), Makale Yazımı (%80,7) ve Kanıta Dayalı Tıp (%76,7) konularında bildirilmiştir. Katılımcıların %77,3'ünü düzenli sosyal, kültürel gelişim etkinlikleri talep etmiştir.

Sonuç: Pediatri asistan eğitiminde genel memnuniyet orta-yüksek düzeyde olmakla birlikte, özellikle acil ve kritik girişimsel becerilerde eğitim ihtiyacı ve kurumlar arasında memnuniyet farklılıkları dikkat çekmektedir. Asistan eğitim programlarının simülasyon temelli girişimsel beceri kursları, eğiticilerin geri bildirim mekanizmaları ve akademik araştırma modülleriyle desteklenerek standardize edilmesi, büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pediatri uzmanlık eğitimi, Müfredat değerlendirmesi, Klinik yeterlilik, Sosyal ve kişisel gelişim, Mesleki memnuniyet

SS-15 Okul Çağı Çocuklarında İklim Değişikliği Farkındalığı

Ebru Oğultekin Vazgeçer[1], Gonca Keskindemirci[2]

[1]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: İklim değişikliği, ekosistemlerin işleyişini etkilediği gibi, insanların yaşam koşullarını da şekillendirmektedir. Çocuklar, değişen ve gelişen fizyolojileri nedeniyle iklim değişikliğinin olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalırlar. Hava kirliliği, yüksek sıcaklık maruziyeti, gıda güvensizliği, enfeksiyonların değişen epidemiyolojisi gibi çok sayıda faktör ile çocuk sağlığı etkilenmektedir. Geç-orta çocukluk döneminde toplumsal ve küresel konulara gösterilen ilgi artmaktadır. Bu çalışma ile ortaöğretim düzeyindeki çocukların, iklim değişikliği ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve değerlendirme sonrası iyileştirilmesi gereken konularda farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çocukların iklim değişikliği konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını anket yöntemi ile değerlendirilmiştir. Anket formu oluşturulurken, Milli Eğitim Bakanlığı(MEB) müfredat programları, belirlenen anahtar kelimeler rehberliğinde incelenmiştir. Çocukların anlayabileceği sade bir dille 5'li likert şeklinde anket soruları tasarlanmıştır. Ankette, "Bilgi Düzeyi", "Doğa-Çevre İlişkisi", "Donanım ve İmkanlar", "Katılım", "Toplum Algısı", "Davranış", alt alanlarında sorular bulunmaktadır. Yaşları 10-13 arasında olan ortaokul öğrencileri örneklem grubunu oluşturmuştur. İzinler alınan okullardaki çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir. Toplam 613 anket uygulanmıştır. Ön veriler olarak incelenen 194 anket arasında 185'i analize uygun olup, verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Ön verileri analiz edilen 185 katılımcının 73'ü (%40) erkekti. Sınıf kademelerinde göre beş, altı, yedi ve sekizinci sınıfta bulunanların oranları sırasıyla %18, %47, %24, %11 idi. Beşli likert olarak tasarlanan ankette, sorulara verilen yanıtların ortalama değerleri "Bilgi Düzeyi" için 3,3; "Doğa-Çevre İlişkisi" için 4,3; "Donanım ve İmkanlar" için 3,4; "Katılım" için 3,6; "Toplum Algısı" için 3,4, "Davranış" için 3,6 idi (Tablo1). Tüm alt boyutlarda kız çocuklarının verdiği puanlar daha yüksek olup "Doğa-Çevre İlişkisi" ve "Katılım" alanlarında istatistiksel olarak anlamlıydı (p: 0,015, p: 0,003). Alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde davranış alt alanı, diğer alanlarla pozitif korelasyon göstermekteydi(Tablo 2).

Tablo 1. Ankette Alt Boyutlara Verilen Cevapların Puan Dağılımları N:185

Tablo 1. Ankette Alt Boyutlara Verilen cevapların Puan Dağılımları N:185						
Alt Boyut	**Soru Sayısı**	**Mean**	**SD**	**Median**	**Min.**	**Max.**
İklim Değişikliği Bilgi Düzeyi	15	3,33	0,36	3,33	2,33	4,27
Doğa ve Çevre İlişkisi	3	4,37	0,84	4,66	1,00	5,00

Donanım ve İmkanlar	4	3,47	0,82	3,50	1,25	5,00
Kendini İfade Edişi-Katılım	6	3,65	0,69	3,66	1,50	5,00
Toplum Algısı	11	3,41	0,63	3,45	1,36	5,00
Davranış	9	3,68	0,61	3,66	1,78	5,00

SD, Standart Sapma

Beşli likert tipi ankette 1, "kesinlikle katılmıyorum"; 2, "kısmen katılmıyorum"; 3, "kararsızım/fikrim yok"; 4, "kısmen katılıyorum"; 5, "kesinlikle katılıyorum" cevaplarına verilen puanlar değerlendirilmiştir. Ters sorular için analiz öncesinde puanlar düzeltilmiştir.

Beşli likert tipi ankette 1, "kesinlikle katılmıyorum"; 2, "kısmen katılmıyorum"; 3, "kararsızım/fikrim yok"; 4, "kısmen katılıyorum"; 5, "kesinlikle katılıyorum" cevaplarına verilen puanlar değerlendirilmiştir. Ters sorular için analiz öncesinde puanlar düzeltilmiştir.

Tablo 2. Alt Boyutlar Arası Korelasyonlar

Tablo 2. Alt Boyutlar Arası Korelasyonlar						
Alt Boyutlar	**İklim Değişikliği Bilgi Düzeyi**	**Doğa ve Çevre İlişkisi**	**Donanım ve İmkanlar**	**Katılım**	**Toplum Algısı**	**Davranış**
İklim Değişikliği Bilgi Düzeyi	1					
Doğa ve Çevre İlişkisi	,110 *p*= 0,134	1				
Donanım ve İmkanlar	**,271**** ***p*= ,0000**	**,257**** ***p*= 0,000**	1			
Kendini Ve Eğitimini İfade Edişi- Katılım	**,225**** ***p*= 0,002**	**,490**** ***p*= 0,000**	**,437**** *p*= 0,000	1		
Toplum Algısı	-,036 *p*= 0,630	**,207**** ***p*= 0,005**	**,390**** *p*= 0,000	**,323**** *p*= 0,000	1	
Davranış	**,180*** ***p*= 0,014**	**,356**** ***p*= 0,000**	**,246**** ***p*= 0,001**	**,329**** ***p*= 0,000**	**,203**** ***p*= 0,000**	1
Spearman Korelasyon						

Sonuç: Çocukların geleceğin karar vericileri olacakları ve değişen iklimin sonuçlarıyla baş başa kalacağı göz önünde bulundurulduğunda ve bu konudaki risklere yönelik çocuk ve gençlerin bireysel farkındalığı ve katılımı önemsenmelidir.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, Çocuk sağlığı, Çocuk katılımı, Çevre eğitimi

SS-16 Anne Sütünde Alfa-1 Antitripsin ve Salgısal IgA Etkileşimi: Sinerjik Etkileri Var mıdır?

Hatice Şimal Cetişli Işık[1], Fatma Hande Karpuzoğlu[2], Ebru Oğultekin Vazgeçer[3], Gülbin Gökçay[4], Gonca Keskindemirci[5]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
[4]İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri anabilim Dalı, İstanbul
[5]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Kolostrumun en büyük bileşeni salgısal IgA (sIgA)'dır. Proteaz inhibitörlerinin anne sütü proteinlerini, özellikle immünoglobulinleri sindirimden koruyabileceği, Alfa-1 antitripsin (AAT)'nin sindirime dayanabildiği ve diğer proteinlerin hayatta kalmasını etkileyebildiği öne sürülmektedir. Bu çalışmada ilk 6 ayda anne sütündeki sIgA ve alfa-1 antitripsin düzeyleri ile bebek gaitasındakis IgA ve alfa-1 antitripsin düzeyleri değerlendirilerek anne sütünün anti-enfektif özelliğinin sIgA varlığının dışında sIgA'nın sindirimini engellenmesi yoluyla da sağlayabileceğini göstermek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Prospektif kohort çalışmamız İTF Sosyal Pediatri Bilim Dalı Polikliniği'nde izleme alınan anne-bebek çiftleri ile gerçekleştirildi. Bebek doğum ağırlığı, izlem zamanındaki ağırlığı, anne ve baba yaşı, anne ve bebeğin antibiyotik ve/veya probiyotik kullanım durumu, bebeğin rotavirüs ile aşılanma durumu kaydedildi. Bebeklerin 1., 3., ve 6. aylarında annelerinden anne sütü ve bebeklerden gaita örnekleri alındı. Tüm örnekler son örnek alım zamanı olan 6. aya kadar -20°C (anne sütü) ve -40°C (bebek gaitası)'de saklandı. Çalışma gününden sIgA-ELISA testi ile sIgA, Alfa-1-antitripsin (AAT)-ELISA testi ile AAT düzeyleri ölçüldü. Çalışma İÜ BAP tarafından (proje kodu: TTU-2025-42209) desteklenmiştir.

Bulgular: Otuz üç anne-bebek çifti çalışmaya dahil edildi. Anne sütleri ve bebek gaitalarında 1., 3. ve 6. ayda ortalama AAT ve sIgA düzeyleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Birinci ayda gaita sIgA düzeyi ile gaita AAT arasındaki anlamlı pozitif korelasyon saptandı Çalışmamızda annelerden bebeklerinin birinci ayında alınan anne sütü örneğinde AAT düzeyi ve bebeklerin birinci ayında alınan gaitasında AAT düzeyi, AS ve formül süt alanlarda SAS ile beslenenlere göre daha yüksek saptandı.

Tablo 1. Anne Sütü ve Bebek Gaitasındaki AAT VE sIgA Düzeylerinin Aylara Göre Düzeyleri

AAT ve sIgA	**1. Ay**	**3. Ay**	**6. ay**
Anne sütü AAT, (mg/L)	n=23	n=16	n=14
Ortanca (min-maks)	3,84 (1,5 – 8,6)	3,2 (1,9 – 4,7)	2,9 (1,9-4,2)
Ortalama (±SS)	4,5 ± 1,8	3,1 ± 0,7	2,9 ± 0,5
Anne sütü sIgA, (µg/mL)	n=23	n=16	n=14

Ortanca (min-maks)	1050 (241- 4306)	644 (67-1706)	641 (130-1821)
Ortalama (±SS)	1488 ± 1022	716 ± 448	757 ± 427
Bebek gaitası AAT, (mg/dL)	n=23	n=7	n=6
Ortanca (min-maks)	8,7 (3,4 - 41,8)	9,7 (2,6- 19,8)	13 (4,3- 37)
Ortalama (±SS)	11,2 ± 9,6	10,5 ± 6,1	15,6 ± 12,4
Bebek gaitası sIgA, (µg/mL)	n=23	n=7	n=6
Ortanca (min-maks)	4940 (14,6 -8367)	686 (526-5417)	1672 (962- 3177)
Ortalama (±SS)	4591 ±2835	1915 ± 2074	1869 ± 901

AAT: Alfa -1 Antitripsin; sIgA: Salgısal IgA

Sonuç: Çalışmamız, anne sütünün immünolojik etkilerinin yalnızca içerdiği yüksek immünoglobulin konsantrasyonlarından değil, aynı zamanda bu immünolojik bileşenleri gastrointestinal sistemde koruyan antiproteazların varlığından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Birinci ay gaitasında saptanan pozitif AAT–sIgA korelasyonu, AAT'nin sIgA'nın gastrointestinal sistemde proteolitik yıkımdan korunmasına katkı sağlayabileceğini desteklemektedir. AS ile formül süt alanlarda SAS ile beslenenlere göre ishal ve pnömoni riskinin en az 2-4 kat arttığı bildirilmektedir. Çalışmamızda AS ve formül süt ile beslenenlerde SAS ile beslenenlere göre annelerin sütlerinde ve bebeklerin gaitalarında AAT düzeyinin yüksek bulunmasının sebebinin enfeksiyonlardan koruyucu etkisi olan özellikle kolostrumda olmak üzere ilk aylarda daha yüksek oranda bulunup temel immünolojik bileşenlerinden olan sIgA'nın sindirimden korumasını sağlamak olabilir. Çalışmamız AAT ve sIgA'nın birlikte değerlendirildiği ilk çalışma olup anne sütünün çok fonksiyonlu etkisinin önemi konusunda literatüre katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Alfa-1-antitiripsin, sIgA, anne sütü

SS-17 Hareket Davranışı Anketi'nin (Movement Behaviour Questionnaire) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Mahmut Caner Us[1], Fatma Burcu Doğanç[2], Yaren Nur Ertuğrul[3], Sabri Gündüz[3], Esin Emir[3], Ayşe Nur Aygün[3], Esra Gül Şahin[3], Perran Boran[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Erken çocukluk döneminde fiziksel aktivite, sedanter davranış, ekran süresi ve uyku gibi 24 saatlik hareket davranışlarının güvenilir ve gelişimsel olarak uygun araçlarla değerlendirilmesi önemlidir. Movement Behaviour Questionnaire (MBQ), 0–5 yaş çocukların hareket davranışlarını ebeveyn bildirimiyle değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş; gelişimsel basamaklara göre uygulanan Bebek (MBQ-B) ve Çocuk (MBQ-C) formlarından oluşan kısa bir ölçüm aracıdır. Bu çalışmanın amacı MBQ-B ve MBQ-C'nin Türkçeye kültürlerarası uyarlamasını gerçekleştirmek ve Türkçe formların yakınsak geçerlik ile test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik nitelikteki kültürel uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışması, 15 Ocak–1 Nisan 2026 tarihleri arasında İstanbul'da kamuya ait bir eğitim araştırma hastanesi sosyal pediatri ve pediatri polikliniklerine başvuran 6–36 aylık çocukların ebeveynleriyle yürütüldü. 6-12 aylık çocuklara MBQ-B, 13-36 aylık çocuklara MBQ-C uygulandı. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında ileri-geri çeviri yöntemi kullanıldı; kavramsal eşdeğerlik, anlaşılırlık ve kültürel uygunluk değerlendirildi. Yakınsak geçerlik, MBQ ve Brief Infant Sleep Questionnaire–Revised (BISQ-R) ve BUYA ile elde edilen karşılık gelen uyku ölçümlerinin Spearman korelasyonlarıyla; test-tekrar test güvenirliği ise 2–3 hafta arayla yapılan ölçümlerde sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ve Spearman korelasyonu ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya MBQ-B grubunda 83, MBQ-C grubunda 130 ebeveyn-çocuk çifti dahil edildi. Yakınsak geçerlik değerlendirmesinde, MBQ-B ile BISQ-R'den elde edilen toplam uyku süresi (ρ=0,527) ve gece uyku süresi (ρ=0,657) ile MBQ-C ve BISQ-R'den elde edilen toplam uyku süresi (ρ=0,563) ve gece uyku süresi (ρ=0,643) arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptandı (tümü $p < 0,001$). Yapı geçerliği kapsamında MBQ-C hareket davranışı ölçümleri ile BUYA alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar bulundu; toplam aktif oyun BUYA-AS ile pozitif (ρ=0,395; $p < 0,001$), BUYA-SİB (ρ=−0,265; p=0,002) ve BUYA-ÖİY (ρ=−0,212; p=0,016) ile negatif ilişkiliydi. Toplam ekran süresi ise BUYA-AS (ρ=−0,215; p=0,014) ve BUYA-ÖİY (ρ=−0,221; p=0,012) ile negatif korelasyon gösterdi. Test-tekrar test güvenirliğinde genel MBQ-B indeks puanı için ICC=0,771 (%95 GA: 0,556–0,890; ρ=0,919), genel MBQ-C indeks puanı için ICC=0,843 (%95 GA: 0,697–0,922; ρ=0,824) bulundu (tümü $p < 0,001$).

Sonuç: MBQ-B ve MBQ-C'nin Türkçe formları, erken çocukluk dönemindeki 24 saatlik hareket davranışlarının ebeveyn bildirimiyle değerlendirilmesinde kabul edilebilir yakınsak geçerlik ve orta-yüksek düzeyde test-tekrar test güvenirliği göstermiştir. Bulgular, Türkçe MBQ'nun bebek ve küçük çocuklarda hareket davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir ölçüm aracı olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hareket davranışı, erken çocukluk, kültürel uyarlama, geçerlik, güvenirlik

SS-18 Çocuk İzlem Polikliniğinde Rutin Dışı Aşı Uygulamaları ve Ebeveyn Aşı Kararıyla İlişkili Faktörler

Başak Topal Perçikli[1], Öykü Barutçu Güngör[1], Dilara Lahut Seviş[1], Özlem Erdede[1]

[1]Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ulusal rutin aşılama programı dışında uygulanan çocukluk çağı aşılarında ebeveyn kararı; hekim önerisi, sosyodemografik özellikler, aşı tereddüdü, maliyet ve aynı dönemde çok sayıda aşı uygulanmasına ilişkin kaygılardan etkilenebilmektedir. Bu çalışmada, çocuk izlem polikliniğinde takip edilen 13–24 aylık çocuklarda rotavirüs, meningokok ACWY (MenACWY) ve meningokok B (MenB) aşılarının uygulanma sıklığının ve rutin dışı aşı yaptırma kararıyla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli, gözlemsel araştırmaya 13–24 aylık 205 çocuk dahil edilmiştir. Demografik, klinik, izlem ve aşı uygulama verileri hasta kayıtlarından; ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve aşı kararına ilişkin bilgiler ebeveyn anketinden elde edilmiştir. Primer sonlanım en az bir rutin dışı aşı yaptırma durumu olup, hiç rutin dışı aşı yaptırmayan çocuklar karşılaştırma grubu olarak değerlendirilmiştir. İlişkili faktörler lojistik regresyon analizi ile incelenmiş; meningokok aşısı uygulanan çocuklarda ayrıca aşılamaya < 12 ay ve ≥12 ayda başlama durumları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çocukların %71,7'sine (n=147) en az bir rutin dışı aşı uygulanmış; rotavirüs, MenACWY ve MenB aşılanma oranları sırasıyla %62,0, %58,5 ve %60,0 bulunmuştur. Çok değişkenli analizde düzenli çocuk izlemi (aOR:3,60; %95 GA:1,64–7,90; p=0,001) ve annenin yükseköğretim mezunu olması (aOR:3,82; %95 GA:1,77–8,26; p < 0,001) rutin dışı aşılanma ile pozitif, aşı tereddüdü ise negatif ilişkili bulunmuştur (aOR:0,09; %95 GA:0,03–0,29; p < 0,001). En sık yaptırmama nedeni "gerek görmeme" olarak bildirilmiş (rotavirüs %47,4; meningokok %50,6), buna karşın yaptırmayanların çoğu ücretsiz olması halinde aşı yaptıracağını belirtmiştir (sırasıyla %88,5 ve %70,9). Meningokok aşısı uygulanan çocukların %14,3'ünde (n=18) aşılamaya ≥12 ayda başlanmış; eş zamanlı fazla aşı endişesi geç başlayanlarda daha sık (%66,7'ye karşı %5,6; p < 0,001), düzenli izlem ise daha düşük (%66,7'ye karşı %88,9; p=0,023) saptanmıştır.

Sonuç: Rutin dışı aşılanma; düzenli çocuk izlemi, anne eğitim düzeyi ve aşı tereddüdü ile ilişkilidir. Aşıların gerekliliğine ilişkin algı, maliyet ve aynı dönemde fazla aşı uygulanmasına yönelik kaygılar ebeveyn kararını ve aşı zamanlamasını etkileyebilecek önemli bariyerlerdir. Çocuk izlemlerinde yapılandırılmış ve tekrarlayan aşı danışmanlığı bu bariyerlerin erken dönemde ele alınmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı aşılaması, Rutin dışı aşılar, Aşı tereddüdü, Ebeveyn tutumları, Meningokok aşısı

SS-19 Erken Çocuklukta Ekran Maruziyeti: 1–5 Yaş Çocuklarda Ekran Süresi, Dijital İçerik Tercihleri ve Kullanım Alışkanlıkları

Utku Dönger[1], Osman Fırat Çalışkan[1]

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Erken çocukluk döneminde ekran kullanımı giderek yaygınlaşmakta; ekran maruziyetinin yalnızca süresi değil, içerik ve kullanım bağlamı da önem taşımaktadır. Özellikle yemek ve uyku öncesi ekran kullanımı, sağlıklı günlük rutinlerin gelişimini etkileyebilecek davranışsal örüntüler arasında yer almaktadır. Bu çalışmada, 1–5 yaş arası çocukların ekran maruziyet sürelerinin, dijital içerik tercihlerinin ve ekran kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı kesitsel çalışma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlam Çocuk Polikliniği'ne başvuran 1–5 yaş arası çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirildi. Ebeveynlere sosyodemografik özellikler, çocukların günlük ekran süresi, tercih edilen dijital içerikler, yemek sırasında ve uyku öncesinde ekran kullanımı ile iki yaş sonrası ideal ekran süresine ilişkin görüşleri sorgulayan yapılandırılmış anket uygulandı. Günlük ekran süresi < 30 dakika, 30–60 dakika ve > 60 dakika olarak kategorize edildi. Yemek ve uyku öncesi ekran kullanımına göre çocuklar dört gruba ayrıldı. Gruplar arasındaki dağılımlar Fisher–Freeman–Halton exact testiyle, ekran süresiyle ilişkiler ordinal lojistik regresyon analiziyle değerlendirildi; ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulandı. Çalışma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 37,7±18,4 ay olan 133 çocuk dahil edildi. Çocukların %21,1'inin günlük ekran süresi < 30 dakika, %33,1'inin 30–60 dakika ve %45,9'unun > 60 dakika idi. En sık tercih edilen dijital içerik YouTube/YouTube Kids (%60,9) olarak saptandı. Çocukların %35,3'ü yemek sırasında, %24,8'i uyku öncesinde ekran kullanıyordu.Yemek ve uyku öncesi ekran kullanım durumuna göre günlük ekran süresi dağılımı anlamlı olarak farklıydı (Fisher–Freeman–Halton exact test, p=0,003). Günlük > 60 dakika ekran kullanımı, ne yemek sırasında ne de uyku öncesinde ekran kullanan çocuklarda %35,0 iken; yalnız yemek sırasında ekran kullananlarda %55,0, yalnız uyku öncesinde ekran kullananlarda %66,7 ve hem yemek sırasında hem de uyku öncesinde ekran kullananlarda %66,7'dı.OLR analizinde, ne yemek sırasında ne de uyku öncesinde ekran kullanan çocuklar referans alındığında, hem yemek sırasında hem de uyku öncesinde ekran kullanan çocukların daha yüksek günlük ekran süresi kategorisinde bulunma odds'u 4,64 kat daha yüksekti. Bu fark Bonferroni düzeltmesi sonrasında da anlamlılığını korudu (düzeltilmiş p=0,006).

Tablo1-2

Tablo 1. Ebeveyn ve çocuklarının demografik özellikleri

	n	Ortalama ± SS	Medyan (Q1 - Q3)
Ebeveyn Yaşı	133	33,04 ± 6,38	32 (29 - 36)
Toplam Çocuk Sayısı	133	2,11 ± 1,20	2 (1 - 3)
Çocuğun yaşı (ay)	133	37,71 ± 18,43	36 (19 - 60)
	n		**%**
Ebeveyn			
Anne	110		82,7 %
Baba	23		17,3 %
Ebeveyn Eğitim Durumu			
İlkokul	20		15,0 %
Ortaokul	21		15,8 %
Lise	44		33,1 %
Üniversite	43		32,3 %
Lisansüstü	5		3,8 %

Tablo 2. Ekran maruziyeti ve ekran süresi ile ilgili bilgi düzeyi

	n	%
Çocukların ekran süresi		
< 30 dk	28	21,05%
30 - 60 dk	44	33,08%
> 60 dk	61	45,86%
Ekrandayken en çok ne ile vakit geçirdiği		
Youtube / Youtube Kids	81	60,90%
Video oyunları	3	2,26%
Tik tok	1	0,75%
Televizyon	28	21,05%
Kişisel görsel içerik ve görüntülü iletişim	14	10,53%
Netflix Kids	6	4,51%
Yemek sırasında ekran maruziyeti		
Evet	47	35,3%
Hayır	86	64,7%
Uykuya geçerken ekran maruziyeti		
Evet	33	24,8%
Hayır	100	75,2%
2 yaş sonrası ideal ekran süresi		
30 dakikaya kadar	78	58,65%
60 dakikaya kadar	49	36,84%
120 dakikaya kadar	6	4,51%

Tablo3-6

Tablo 3. Çocuğun günlük ekran süresi ile ebeveynin 2 yaş sonrası ideal ekran süresine ilişkin görüşünün karşılaştırılması (n=93)

Çocuğun günlük ekran süresi	2 yaş sonrası ideal ekran süresi						Toplam		p
	30 dk'ya kadar		60 dk'ya kadar		120 dk'ya kadar				
	n	%	n	%	n	%	N	%	
< 30 dk	3	5,3	3	9,4	2	50,0	8	8,6	0,031
30 - 60 dk	18	31,6	15	46,9	0	0,0	33	35,5	
> 60 dk	36	63,2	14	43,8	2	50,0	52	55,9	
Toplam	57	100,0	32	100,0	4	100,0	93	100,0	

Fisher-Freeman-Halton Exact Test (Monte Carlo p=0,031)

Çocukların günlük ekran süresi ile ebeveynlerin 2 yaş sonrası ideal ekran süresine ilişkin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

Tablo 4. Yemek ve uyku öncesi ekran kullanım gruplarına göre çocukların günlük ekran süresi (n=133)

Çocuğun günlük ekran süresi	Gruplar										p
	A (n=80)		B (n=20)		C (n=6)		D (n=27)		Toplam (n=133)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 30 dk	25	31,3	2	10,0	1	16,7	0	0,0	28	21,1	0,003
30 - 60 dk	27	33,8	7	35,0	1	16,7	9	33,3	44	33,1	
> 60 dk	28	35,0	11	55,0	4	66,7	18	66,7	61	45,9	
Toplam	80	100,0	20	100,0	6	100,0	27	100,0	133	100,0	

Fisher-Freeman-Halton Exact Test (Monte Carlo p=0,003; Cramer's V=0,25)

Yemek ve uyku öncesi ekran kullanım durumuna göre oluşturulan gruplar arasında çocukların günlük ekran süresi dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Grup tanımları:
A: Yemek ve uyku öncesi ekran kullanmayan
B: Yalnız yemek sırasında ekran kullanan
C: Yalnız uyku öncesi ekran kullanan
D: Hem yemek sırasında hem de uyku öncesi ekran kullanan

Tablo 5. Yemek ve uyku öncesi ekran kullanım gruplarının günlük ekran süresiyle ilişkisine yönelik ordinal lojistik regresyon analizi

A'ya göre karşılaştırma	B katsayısı	SH	Wald	p	OR	%95 GA
B grubu / A grubu	0,984	0,486	4,097	**0,043**	**2,67**	1,03 – 6,94
C grubu / A grubu	1,294	0,862	2,255	0,133	3,65	0,67 – 19,76
D grubu / A grubu	1,535	0,467	10,785	**0,001**	**4,64**	**1,86 – 11,60**
A grubu	0	—	—	—	Referans	—

Ordinal lojistik regresyon analizinde grupların günlük ekran süresi kategorisiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptandı. A grubu referans alındığında, B grubundaki çocukların daha yüksek ekran süresi kategorisinde bulunma odds'u 2,67 kat (%95 GA: 1,03–6,94; p=0,043), D grubundaki çocukların ise 4,64 kat daha yüksekti (%95 GA: 1,86–11,60; p=0,001). C grubu ile A grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,133).

Tablo 6. Ekran kullanım gruplarının günlük ekran süresi açısından Bonferroni düzeltmeli post-hoc ikili karşılaştırmaları

Karşılaştırma	OR	%95 GA	Ham p	Bonferroni p
B / A	2,67	1,03 – 6,94	0,043	0,258
C / A	3,65	0,67 – 19,76	0,133	0,799
D / A	**4,64**	**1,86 – 11,60**	**0,001**	**0,006**
C / B	1,36	0,22 – 8,63	0,741	1,000
D / B	1,74	0,54 – 5,63	0,358	1,000
D / C	1,27	0,21 – 7,88	0,796	1,000

Bonferroni düzeltmeli post-hoc ikili karşılaştırmalarda yalnızca D ve A grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Hem yemek sırasında hem de uyku öncesinde ekran kullanan D grubundaki çocukların, bu iki durumda da ekran kullanmayan A grubundaki çocuklara kıyasla daha yüksek günlük ekran süresi kategorisinde bulunma odds'u 4,64 kat daha yüksekti (%95 GA: 1,86–11,60; Bonferroni p=0,006).

Sonuç: Erken çocukluk döneminde yemek ve uyku öncesi ekran kullanımı, daha uzun günlük ekran süresiyle anlamlı düzeyde ilişkili bulundu.Bulgular, ebeveyn danışmanlığında toplam ekran süresinin yanı sıra ekran kullanımının günlük rutinler içindeki bağlamının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekran maruziyeti, ekran süresi, erken çocukluk, dijital medya, ebeveynlik davranışları

SS-20 Hastanede Yatan Annelerde Emzirmenin Sürdürülmesi: Klinik Karar Algoritması

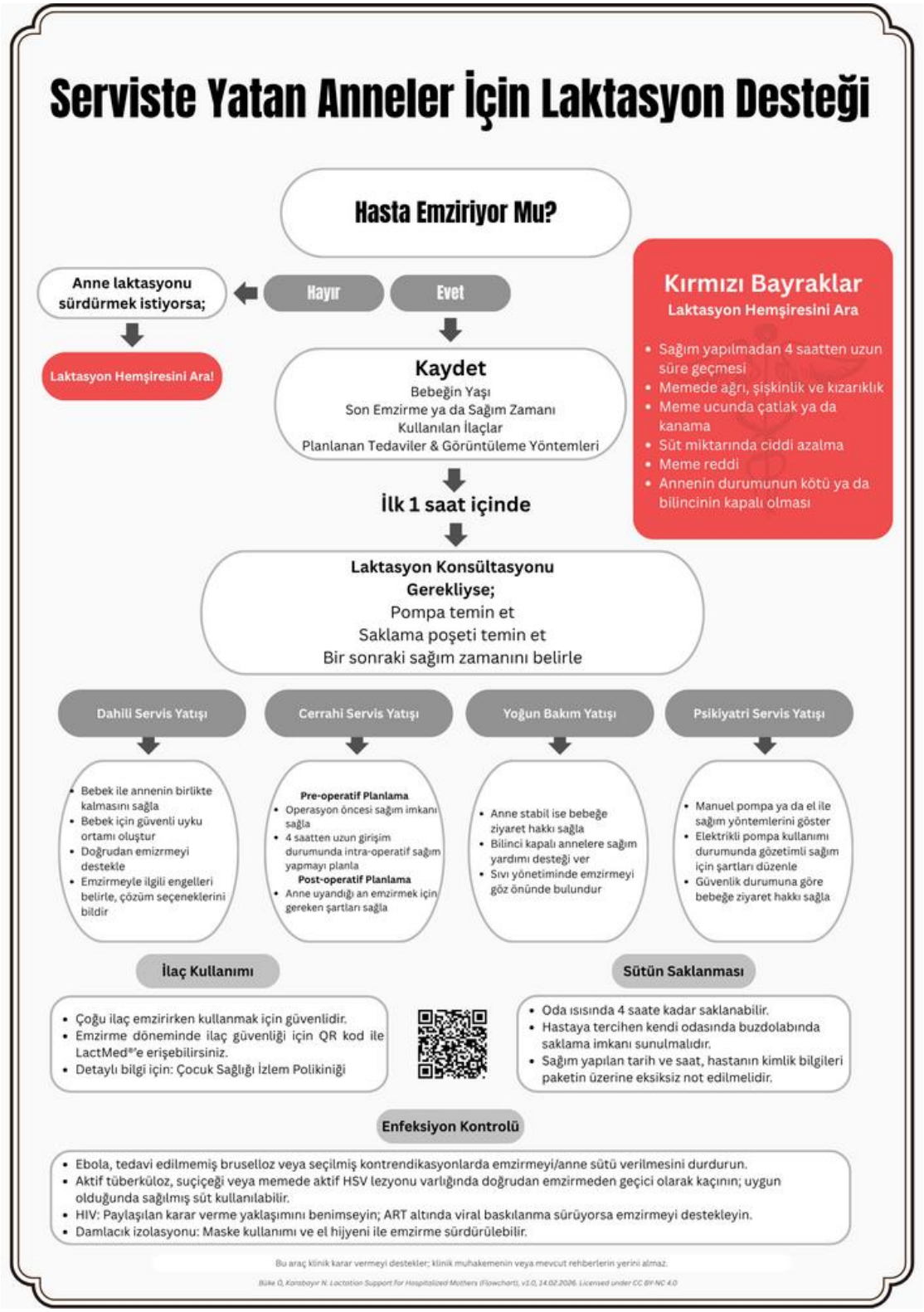
Övgü Büke[1], Nalan Karabayır[2], Mine Başıbüyük[2], Demet Deniz Bilgin[3]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[3]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Emziren anneler dahili ya da cerrahi pek çok nedenle hastaneye yatabilmektedir ancak yatış süresince emzirme desteği çoğu zaman tutarsız kalmakta ve günlük hasta bakımının bir parçası haline gelememektedir. Uygulamaların klinikten kliniğe değişmesi ve mevcut rehberlerin hasta başında kullanıma elverişli olmaması emzirmede önlenebilir kesintilere ve buna bağlı sorunlara yol açabilmektedir. Çalışmamızın amacı, hastanede yatan emziren annelerin bakımında hasta başında kullanılabilecek görsel bir klinik karar destek algoritması geliştirmektir.

Gereç ve Yöntem: Algoritmanın içeriği, uluslararası emzirme rehberleri ve klinik protokollerin gözden geçirilmesiyle oluşturuldu ve uzman klinik görüşüyle son halini aldı. Emzirmenin önündeki engeller klinik ortama göre farklılaştığından, araca dahiliye servisleri, cerrahi servisler, yoğun bakım üniteleri ve psikiyatri servisleri için ayrı yönlendirmeler eklendi. Ayrıca emzirme döneminde ilaç kullanımı, süt sağımı ve saklanması, enfeksiyon kontrolü ve acil laktasyon desteği gerektiren uyarıcı bulgulara ilişkin bölümler oluşturuldu. Ön değerlendirme, bir üniversite hastanesinin dahili ve cerrahi servislerinde çalışan 16 klinisyenin (8 hekim, 8 hemşire) yapılandırılmış çevrim içi form üzerinden verdiği yanıtlarla yapıldı. Kullanım kolaylığı, anlaşılırlık, karar vermeye katkı ve serviste uygulanabilirlik değerlendirildi ve en yararlı bulunan bölüm ve değişiklik önerileri açık uçlu sorularla alındı.

Serviste Yatan Anneler İçin Laktasyon Desteği



Bulgular: Geri bildirimler doğrultusunda, klinisyenler aracı kullanımı kolay, anlaşılır ve klinik açıdan yararlı olarak değerlendirdi. Aracın, emzirmeye ilişkin kararların planlanmasını desteklediği ve farklı servis koşullarında uygulanabilir olduğu belirtildi. Açık uçlu yanıtlarda, ilaç kullanımıyla ilgili bölüm en yararlı bileşen olarak öne çıktı. Bunun yanı sıra, süt sağımı gereksinimine yönelik öneriler ile anne-bebek temasının mümkün olduğunca sürdürülmesine ilişkin yönlendirmeler de klinisyenler tarafından değerli bulundu.

Sonuç: Geliştirilen algoritma, rehber bilgisinin klinik uygulamaya aktarılmasını kolaylaştırarak zamanında karar verme, ekipler arası iletişim ve emzirme desteğinde tutarlılığı artırmayı amaçlamaktadır. Etkinliğinin ileri çalışmalarla doğrulanması gerekse de, rutin bakıma entegrasyon için pratik bir çerçeve sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: algoritma, anne sütü, hospitalizasyon, emzirme

SS-21 Süt Çocuğunda Demir Profilaksisi: Preparat Tercihi, Gerçek Elementer Demir Dozu ve Anemi ile İlişkisi

Öykü Barutçu Güngör[1], Başak Topal Perçikli[1], Özlem Erdede[1], Dilara Lahut[1]

[1]Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Demir eksikliği, süt çocukluğunda aneminin başlıca beslenme nedenlerindenbiri olup nörogelişim üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle önemli halk sağlığı sorunudur.Ulusal program kapsamında profilaksi yaygın uygulanmakla birlikte, preparatların birim dozbaşına elementer demir içerikleri farklılık göstermektedir. Bu çalışmada gerçek elementer demirdozunun ulusal hedefe uygunluğu ve anemi ile ilişkili faktörler değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel araştırma Haziran–Ağustos 2026'da Zeynep Kamil Kadın ve ÇocukHastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniğine başvuran 8–10aylık 157 sağlıklı bebekte yürütüldü. Perinatal, beslenme ve profilaksi bilgileri hasta dosyası veebeveyn görüşmesiyle doğrulandı. Günlük doz, preparatların KÜB veya üreticinin resmi ürünbilgisindeki elementer demir içeriği kullanılarak vücut ağırlığına göre mg/kg/gün olarakhesaplandı. Profilaktik hedef term ve doğum ağırlığı ≥2500 g olanlarda 1 mg/kg/gün; prematüreveya <2500 g olanlarda 2 mg/kg/gün kabul edildi. İlk taramada Hb<11 g/dL anemi kabul edildi.Çok değişkenli analizlerde lojistik, gerektiğinde Firth regresyonu kullanıldı.

Bulgular: Bebeklerin %98,1'inde (n=154) profilaksiye başlanmış, %85,7'si haftada ≥5 günkullanmaktaydı. Buna karşın kullananların %64,3'ünde elementer demir dozu hedefin altındaydı.Bu oran ücretsiz/devlet preparatlarında %28,8, ücretli/özel preparatlarda %86,3'tü (p<0,001).Prematüre/düşük doğum ağırlıklı bebeklerin profilaktik gereksinimi daha yüksek olmasınarağmen günlük elementer demir dozu standart hedef grubundan daha yüksek değildi (her ikigrupta medyan 8,5 mg/gün); bu grupta hedef altı kullanım %82,1'di. Anemi 49 bebekte (%31,2)saptandı. Çok değişkenli modelde daha sık et tüketimi, formül mama kullanımı ve anneyükseköğretimi daha düşük anemi olasılığıyla ilişkiliydi. Hedef altı doz ikili değişken olarakanemiyle bağımsız ilişkili değildi (aOR 1,57; p=0,283). Keşifsel sürekli doz analizinde iseelementer demir dozunun her iki kat artışı daha düşük anemi olasılığıyla ilişkiliydi (aOR 0,64;%95 GA 0,46–0,89; p=0,007).

Sonuç: Profilaksiye başlanma ve kullanım sıklığı yüksek olmasına rağmen bebeklerin çoğundagerçek elementer demir dozu ulusal hedefin altında kalmaktadır. Bu durum özellikle ücretli/özelpreparat kullananlarda ve yüksek gereksinimli bebeklerde belirgindir. Kesitsel tasarımnedensellik göstermese de, daha yüksek elementer demir dozuyla daha düşük anemi olasılığısaptanması, doz planlamasında preparatın elementer demir içeriği ve ağırlığa göre gereksinimindikkate alınmasını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: demir profilaksisi, süt çocuğu, anemi, elementer demir, koruyucu çocuk sağlığı

SS-22 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Preterm Bebekler İçin Yapılandırılmış Taburculuk Müdahale Pilot Programının Uygulanabilirliği ve Etkisi

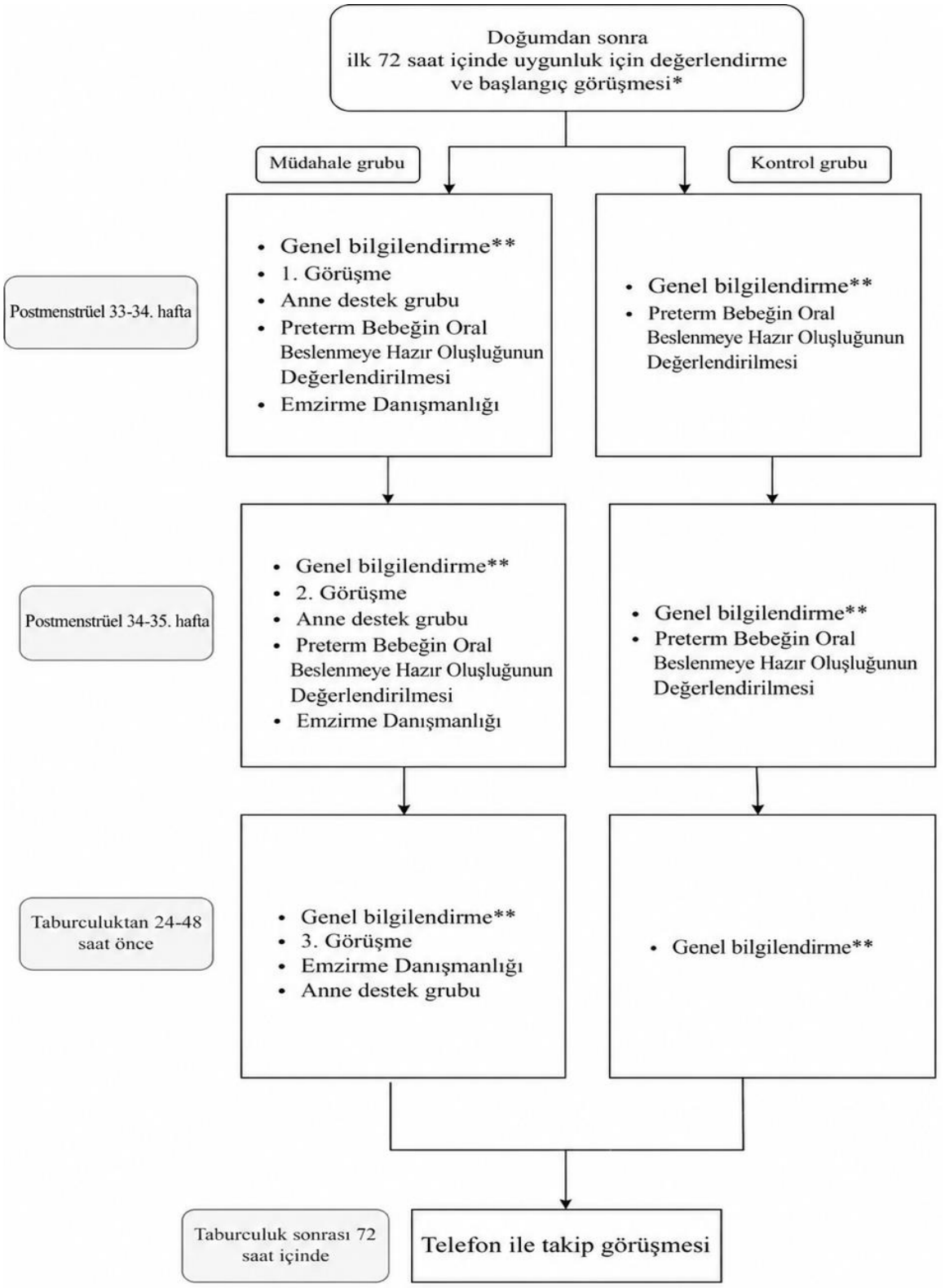
Evrim Şenkal[1], Aslı Memişoğlu[2], Seval Cıbır[3], İbrahim Kandemir[4], Hülya Özdemir[2], Hülya Selva Bilgen[2]

[1]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi
[4]İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Bu pilot randomize kontrollü çalışmada, üçüncü basamak bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) izlenen preterm bebeklerin ebeveynlerine yönelik yapılandırılmış çok bileşenli bir taburculuk müdahale programının uygulanabilirliğinin ve ebeveyn öz yeterliği, ebeveyn stresi ile maternal bağlanma üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın bulgularının, YYBÜ'lerde taburculuk sürecine yönelik yapılandırılmış ve bütüncül yaklaşımların geliştirilmesine bilimsel zemin hazırlayarak ebeveyn merkezli bakım anlayışının güçlendirilmesine katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Doğumda gebelik yaşı ≤32 hafta olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 47 prematüre bebek ve ebeveynleri/bakım verenleri ile başlanan bu pilot fizibilite çalışmasında, katılımcılar Randomizer.org isimli bilgisayar tabanlı rastgele atama yöntemi kullanılarak müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır. İzlem sürecinde dahil edilme kriterleri dışında kalan bebek ve aileleri çıkarıldığında toplam 33 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır. Müdahale programı, dört yapılandırılmış görüşmeyi (üçü yüz yüze, biri taburculuk sonrası (TS) telefon takibi); dört zaman noktasında (T0-T3), ebeveyn öz yeterliğinin Algılanan Anne Ebeveynlik Öz Yeterlik Ölçeği (AAEÖ-Y) ile, ebeveyn stresinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Anne- Baba Stres Ölçeği (PSS-NICU) ile, maternal bağlanmanın ise Maternal Bağlanma Ölçeği (MAI) ile değerlendirilmesini, prematürenin oral beslenmeye hazır oluşluğunun Türkçe-Preterm Bebeklerde Oral Beslenmeye Hazır Oluşluk Ölçeği (T-POFRAS) ile değerlendirilmesinin ardından emzirme danışmanlığını, anne destek gruplarını ve T3 zaman noktasında (taburculuk sonrası birinci ay) ve taburculuk sonrası üçüncü aydaki izlemleri kapsamaktadır. Kontrol grubuna atanan katılımcılar, YYBÜ'nün sunduğu tüm olağan bakım ve desteğe erişmeye devam etmiştir.

Çalışma planı akışı



*: Bebeğin durumu, yapılan incelemeler, yönetim planı, prematüre bebeklerin ve ebeveynlerinin doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde ve sonrasında karşılaşabileceği sorunlar hakkında genel bilgilendirme. **: Bebeğin durumunun doktoru ya da hemşiresi tarafından güncellenmesi.

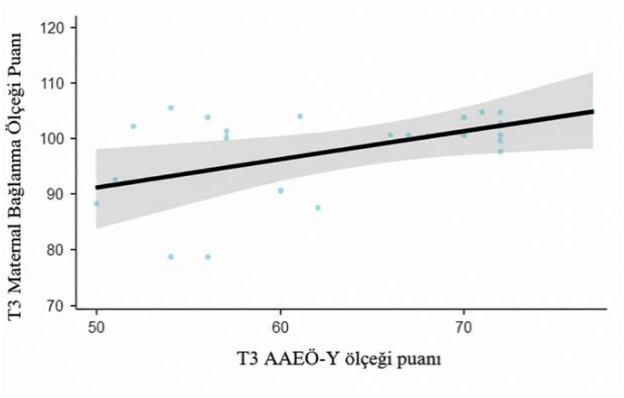
Katılımcılara uygulanan ölçekler

Ölçeğin açık adı	**Kısaltması**	**Uygulama zamanı**
Algılanan Anne Ebeveynlik Öz Yeterlik Ölçeği	AAEÖ-Y ölçeği	T0, T1, T2 ve T3
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Anne-Baba Stres Ölçeği	PSS-NICU	T0, T1, T2 ve T3
Maternal Bağlanma Ölçeği	MAI	T3

T0: Başlangıç; T1: Taburculuk; T2: TS ilk 72 saat; T3: TS birinci ay

Bulgular: AAEÖ-Y puanları müdahale grubunda erken dönemde (T1, taburculuk) kontrol grubuna kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuş, grup × zaman etkileşimi anlamlı saptanmıştır (p=0,039). PSS-NICU puanlarındaki azalmanın da müdahale grubunda anlamlı ölçüde daha erken gerçekleştiği gözlenmiştir (p=0,003). Maternal bağlanma puanları müdahale grubunda nümerik olarak daha yüksek bulunmuş olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Birinci ay (T3) ve üçüncü ay vücut ağırlığı z-skoru ile birinci ay boy z-skorunda, müdahale grubu lehine olarak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup, üçüncü ay boy z-skorlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

T3 AAEÖ-Y ölçeği puanı ile MAI puanı arasındaki ilişkinin doğrusal regresyon analizi



Noktalar katılımcıların bireysel gözlem değerlerini, siyah çizgi doğrusal regresyon eğrisini, gri alan ise regresyon çizgisine ait %95 güven aralığını göstermektedir.

AAEÖ-Y ölçeği, PSS-NICU ve MAI puanları değerlendirilmeleri özeti

Ölçek	Δ Müdahale Ort±SS	Δ Kontrol Ort±SS	Zaman p	Grup×Zaman p	Post-hoc özeti	Yorum
AAEÖ-Y	6,29±10,29	8,25±10,83	<0,001	**0,039**	Müdahale: T0→T1 ↑ (p=0,050) Kontrol: T3>T1,T2 (p=0,003)	Müdahale grubunda daha erken artış
PSS-NICU	−41,82±23,25	−28,56±17,04	<0,001	**0,003**	Müdahale: T0→T1 ↓ (p<0,001) Kontrol: T1→T2, T2→T3 anlamlı	Müdahalede daha erken stres azalması
MAI	99,94±4,83*	95,81±8,54*	—	—	Tek ölçüm (T3)	Müdahalede daha yüksek (p=0,103)

*Maternal bağlanma için T3 ortalama±standart sapma (SS) verilmiştir. Δ=T3−T0. AAEÖ-Y analizinde anne eğitimi kovaryat olarak modele dahil edilmiştir. AAEÖ-Y: Algılanan anne ebeveynlik öz yeterlik; PSS-NICU: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi anne-baba stres ölçeği; MAI: Maternal bağlanma ölçeği.

Sonuç: Yapılandırılmış çok bileşenli taburculuk müdahale programının, ebeveyn öz yeterliği ve stresi üzerinde olumlu etkiler gösterme potansiyeli taşıdığı görülmüştür. Çalışmanın pilot niteliği ve sınırlı örneklem büyüklüğü nedeniyle bulgular, daha geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmesi gereken ön kanıtlar olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn öz yeterliği, ebeveyn stresi, maternal bağlanma, prematüre, taburculuk

SS-23 Okul Öncesi Çocuklarda Gece Korkuları ve Kaygıları: Anksiyete ve Uyku Sorunlarıyla İlişkisi

Betül Yıldırım[1], Ayşe Şahin[2], Mahmut Caner Us[1], Ezgi Barış[1], Perran Boran[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Gece korkuları okul öncesi dönemde yaygın görülmekte; uykuya geçiş güçlükleri, uyku bölünmeleri ve daha geniş kapsamlı anksiyete belirtileriyle ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmada, okul öncesi çocuklarda gece korkuları ve endişelerinin özelliklerinin belirlenmesi, bunların anksiyete ve uyku sorunlarıyla ilişkilerinin incelenmesi ve Erken Çocukluk Çağında Gece Korkuları ve Endişeleri Ölçeği'nin (Fears and Worries at Nighttime–Young Children, FAWN-YC) Türkçe uyarlamasının psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Katılımcılar, sosyal medya aracılığıyla ulaşılan internet tabanlı uygun örneklem yöntemiyle çalışmaya dahil edilmiştir. Yaşları 36–72 ay arasında değişen 241 çocuğun ebeveyni FAWN-YC, Okul Öncesi Anksiyete Ölçeği (OÖAÖ) ve Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi'ni (ÇUAA), sosyodemografik ve uykuya ilişkin sorularla birlikte yanıtlamıştır. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile; test-tekrar test güvenirliği sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), Pearson korelasyon analizi ve eşleştirilmiş t-testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Faktör yapısını incelemek amacıyla Temel Eksen Faktörleştirme (Principal Axis Factoring) yöntemiyle açımlayıcı faktör analizi uygulanmış, elde edilen yapı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Ayrıca gece korkularının; anksiyete belirtileri, uyku sorunları ve çocuk-aile özellikleri ile ilişkileri incelenmiştir.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 53,6 ± 7,2 ay olup %51'ini kızlar oluşturmaktadır. Annelerin %92,5'inin üniversite veya lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. FAWN-YC toplam puanı OÖAÖ ($r=0,667$; $p < 0,001$) ve ÇUAA ($r=0,473$; $p < 0,001$) toplam puanlarıyla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Alt boyutlar arasında Karanlık Korkusu ve Kaçınma Davranışları anksiyete belirtileriyle en güçlü ilişkiyi gösterirken ($r=0,598$; $p < 0,001$), Uyku Zamanından Kaçınma ve Uykuya Direnme/Uykuya Geçişi Zorlaştıran Davranışlar alt boyutu genel uyku sorunlarıyla en güçlü ilişkiyi göstermiştir ($r=0,408$; $p < 0,001$). FAWN-YC, toplam varyansın %65,8'ini açıklayan üç faktörlü bir yapı göstermiştir: Geceye İlişkin Korkular, Uyku Zamanından Kaçınma ve Uykuya Direnme/Uykuya Geçişi Zorlaştıran Davranışlar ve Karanlık Korkusu ve Kaçınma Davranışları. İç tutarlılık toplam ölçek için mükemmel (Cronbach $\alpha=0,924$), alt faktörler için yüksek düzeyde bulunmuştur ($\alpha=0,898–0,936$). Üç faktörlü doğrulayıcı model kabul edilebilir uyum göstermiş (CFI=0,922; RMSEA=0,094), toplam puanın test-tekrar test güvenirliği mükemmel düzeyde bulunmuştur (ICC=0,942; %95 GA: 0,880–0,972).

Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Ortalama Değerleri ve %95 Güven Aralıkları

Ölçek/Alt Boyut	Ortalama puan ± Standart sapma	%95 Güven Aralıkları
FAWN-YC Toplam	10,76 ± 12,57	9,17 – 12,36
Faktör 1- Geceye İlişkin Korkular	3,87 ± 5,48	3,17 – 4,56
Faktör 2 – Uyku Zamanından Kaçınma ve Uykuya Direnme/ Uykuya Geçişi Zorlaştıran Davranışlar	1,76 ± 4,04	1,24 – 2,27
Faktör 3 – Karanlık Korkusu ve Kaçınma Davranışları	5,14 ± 5,64	4,43 – 5,86
OÖAÖ Toplam	16,77 ± 13,86	15,01 – 18,53
ÇUAA Toplam	48,27 ± 8,15	47,24 – 49,31

Direct Oblimin döndürme yöntemi sonrasında faktör matrisini gösteren faktör analizi

	Maddeler	Faktör 1 (Geceye İlişkin Korkular)	Faktör 2 (Uyku Zamanından Kaçınma ve Uykuya Direnme/Uykuya Geçişi Zorlaştıran Davranışlar)	Faktör 3 (Karanlık Korkusu ve Kaçıma Davranışları)
1	Geceleyin çocuğum, birinin ona zarar vereceğinden korkuyor.	0.746		
2	Geceleyin çocuğum	0.822		

	hayaletler/ruhlar hakkında endişe duyuyor.			
3	Geceleyin çocuğum, kendi güvenliği veya sevdiklerinin güvenliği konusunda korku duyuyor.	0.689		
4	Geceleyin çocuğum, korkutucu hayvanlar hakkında endişe duyuyor.	0.686		
5	Geceleyin çocuğum, kâbus veya kötü rüya görme korkusu yaşıyor.	0.554		
7	Geceleyin çocuğum, odadaki gölgeler hakkında endişe duyuyor.	0.732		
8	Geceleyin çocuğum, vurma veya kapı çalma sesleri hakkında endişe duyuyor.	0.603		
6	Geceleyin çocuğum, aile üyeleri hakkında endişe duyuyor.	0.332	0.574	

9	Gece korkuları nedeniyle çocuğum yatağa gitmek istemiyor.		0.677	
10	Gece korkuları nedeniyle çocuğum yatma saatinde ağlıyor.		0.935	
11	Gece korkuları nedeniyle çocuğum yatma saatinde anne-babasıyla veya diğerleriyle öfke nöbeti geçiriyor veya tartışıyor.		0.893	
12	Gece korkuları nedeniyle çocuğum yatma saatinden sonra bağırıyor.		0.745	
13	Gece korkuları nedeniyle benim uyku düzenim veya diğer aile üyelerinin uykusu bozuluyor.		0.586	
14	Çocuğum, bir odaya girmek için mutlaka parlak bir ışık yanması gerektiğini düşünüyor.			0.847
15	Çocuğum karanlıktan korkuyor.			0.958

16	Gece korkuları nedeniyle çocuğum tamamen karanlıkta uyuyamıyor.			0.746
17	Çocuğum karanlık yerlere girmekten korkuyor.			0.928

Sonuç: Okul öncesi dönemde gece korkuları ve endişeleri, çocukların duygusal işlevselliği ve uyku özellikleriyle yakından ilişkilidir. Türkçe FAWN-YC, bu korkuların değerlendirilmesinde güvenilir ve gelişimsel açıdan uygun bir ölçüm aracı olarak görünmektedir. Bulgular, anksiyete veya uyku sorunlarıyla başvuran okul öncesi çocukların değerlendirilmesinde gece korkularının da dikkate alınması gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Okul öncesi çocuklar; Gece korkuları; Kaygı; Uyku sorunları; Ölçek

SS-24 Pediyatrik Başağrılarının Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulgularının Değerlendirilmesi

Ece Gültekin[1]

[1]Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Başağrısı çocuklarda oldukça sık rastlanılan bir yakınmadır. Etiyolojisinde genellikle benign nedenler saptanmakla birlikte bu durum çoğu zaman aileler için hekime başvurunun önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple günümüzde Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da sıklıkla kullanılmaktadır. Burada amaç başağrısı şikayeti ile çocuk nörolojisi polikliniğine başvuran hastaların MRG bulgularının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz çocuk nörolojisi polikliniğine başağrısı yakınması ile başvurarak, kraniyel MRG çekilmiş olan, 14'ü erkek 36'sı kız olmak üzere 10-18 yaş arası 50 hastanın medikal kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bu hastalardan 18'inin kraniyel MRG tamamen normal olduğu görüldü. 3 hastada her iki serebral hemisfer supratentoryel düzeyde ak maddede T2- flair hiperintens odaklar saptandı. 1 hastada araknoid kist, 1 hastada vertebrobaziller tortiozite ve 1 hastada vertebral arterde incelik izlendi. Mukozal kalınlaşmalar, konka hipertrofisi, lenfoid hiperplazi, paranazal sinüslerde kalınlaşma, adenoid vejetasyon ve sinüs retansiyon kistleri toplamda 30 hastada saptandı. Ayrıca hiperintens odak izlenen hastalardan 2'si ile araknoid kist ve vertebral arter inceliği saptanan hastalarda da bu MRG bulgularının eşlik ettiği görüldü.

Sonuç: Sinüs hastalıkları başta olmak üzere sekonder nedenler pediyatrik başağrılarının en önemli nedenidir. Baş boyun bölgesinde ağrıya duyarlı yapılardan kaynak alarak karşımıza çıkan lezyonlar MRG ile gösterilebilmektedir. Çocuklarda başağrısı nedeniyle yapılan kraniyel görüntüleme incelemelerinin büyük çoğunluğunun benign karakterde olduğu saptanmıştır. Çalışmamız bu verileri destekler niteliktedir. Başağrısı ile başvuran çocuklarda klinik ve fizik muayene bulguları ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve görüntüleme yöntemlerine seçilmiş vakalarda başvurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Başağrısı, Kranial Mr, Pediyatrik

SS-25 Hekimlerin Sosyal Pediatri Derneği "Aşı Uygulamaları" Bölümüne İlişkin Farkındalık ve Kullanım Düzeyleri ile Mobil Uygulama Beklentileri: Çok Merkezli Kesitsel Araştırma

Emel Gür[1], Gonca Keskindemirci[2], Mine Başıbüyük[3], Övgü Büke[1], Özlem Bostan Gayret[4], Gizem Kara Elitok[5], Ebru Oğultekin Vazgeçer[6], Merve Tosyalı[7], Meda Kondolot[8], Meltem Dinleyici[9], Filiz Orhon[10], Feyza Koç[7], Ahmet Ergin[11]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[3]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
[6]İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
[7]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[9]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[10]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[11]Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sosyal Pediatri Derneği Bağışıklama Çalışma Grubu tarafından oluşturulmuş olan ve derneğin web sitesinin "Aşı Uygulamaları" bölümünde sunulan sağlıklı çocuklarda rutin dışı aşılama, aşısız çocuklarda aşılama, özel durumlarda aşılama ve sağlıklı adolesanlar için aşılama şemaları klinisyenler için önemli bir başvuru kaynağı oluşturmaktadır. Bu çalışmada hekimlerin Sosyal Pediatri Derneği web sitesindeki "Aşı Uygulamaları" bölümüne ilişkin farkındalık, kullanım, algılanan erişilebilirlik ve mobil uygulama beklentilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: İstanbul'da altı merkezde, klinik pratiğinde aşı uygulayan aile hekimliği uzmanları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve son yıl pediatri asistanlarına elektronik posta yolu ile ulaştırılan çevrim içi yapılandırılmış 25 soruluk anket Google Forms altyapısı kullanılarak yanıtlandı. Sosyal Pediatri Derneği web sayfası" Aşı Uygulamaları" bölümünde yer alan aşı şemalarıyla ilgili bilgi düzeyi, kullanım sıklığı, erişim hızı ve yeterliliği, mobil uygulama ve ayrı bir dijital platform ihtiyacı çoktan seçmeli, 5'li Likert tipi değerlendirme soruları ile sorgulandı.Verilerin analizi için IBM SPSS 29. versiyon programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 339 katılımcının %41,3'ü pediatri uzmanı, %35,4'ü aile hekimliği uzmanı, %23,3'ü son yıl pediatri asistanıydı. En sık kullanılan kaynaklar Sosyal

Pediatri Derneği web sayfası "Aşı Uygulamaları" bölümü (%79,9) ve Sağlık Bakanlığı Aşı Portalıydı (%69,9). Katılımcıların %91,4'ü rutin dışı, %72,9'u özel durum aşılaması yapıyordu. "Aşı Uygulamaları" bölümüne ilişkin farkındalık düzeyi; rutin dışı, özel durum, aşısız çocuklar ve sağlıklı adolesanlarda aşılamada sırasıyla; %85,2, %83,8, %81,1 ve %71,4 idi ve yararlanma oranı %97,1-100 arasındaydı. Günlük veya haftalık kullanım; rutin dışı, özel durum, aşısız çocuklar ve sağlıklı adolesanlarda aşılamada sırasıyla; %48,5, %19,3, %15,3, %12,4'tü. Hekimlerin %81,4 aşı şemalarını anlaşılır, %81,1'i içeriğini yeterli bulmuş, %78,5'i hızlı erişebildiğini belirtmiştir. Buna karşın %66,4'si daha hızlı erişimin, %87'si mobil uygulamanın yararlı olacağını bildirmiştir. Öneriler arasında; yaşa göre otomatik takvim (%91,4), özel duruma göre filtreleme (%82,0), hızlı arama (%79,4), çevrim dışı erişim (%53,4), güncelleme bildirimleri (%50,1) başlıcalarıydı.

Tablo 1. İçerik alanlarına göre farkındalık, yararlanma ve kullanım sıklığı

İçerik alanı	**Farkındalık n/N (%)**	**Yararlanma n/N (%)**	**Günlük/haftalık kullanım n/N (%)**
Rutin dışı aşılama	264/310 (85,2)	264/264 (100,0)	128/264 (48,5)
Özel durum aşılaması	207/247 (83,8)	204/207 (98,6)	40/207 (19,3)
Aşısız çocuk aşı takvimi	275/339 (81,1)	267/275 (97,1)	42/275 (15,3)
Sağlıklı adolesan aşı takvimi	242/339 (71,4)	236/242 (97,5)	30/242 (12,4)

İlk iki satırda farkındalık paydası ilgili aşılamayı yapanlardır; diğer farkındalık paydaları tüm katılımcılardır. Yararlanma ve kullanım sıklığı paydası içerikten haberdar olanlardır.

Tablo 2. Web bölümü değerlendirmeleri ve mobil uygulama beklentileri

Değerlendirme veya özellik	**n/N**	**%**
Web bölümü değerlendirmeleri		
Tablolar anlaşılır	276/339	81,4
İçerik gereksinimi karşılıyor	275/339	81,1
Aranan bilgiye hızlı erişiliyor	266/339	78,5
Daha hızlı erişim sağlanmalı	225/339	66,4
Mobil uygulama yararlı olur	295/339	87,0

Mobil uygulamada beklenen özellikler		
Yaşa göre otomatik takvim	310/339	91,4
Özel duruma göre filtreleme	278/339	82,0
Anahtar kelimeyle hızlı arama	269/339	79,4
Çevrim dışı erişim	181/339	53,4
Güncelleme bildirimleri	170/339	50,1
Mevsimsel aşı hatırlatmaları	156/339	46,0

İlk beş satırda "katılıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" yanıtları birleştirilmiştir. Mobil özellikler sorusunda birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda Sosyal Pediatri Derneği web sayfası "Aşı Uygulamaları" bölümünün aşılama konusunda başvurulan kaynakların başında geldiği, aşı şemalarının anlaşılır olduğu, içeriğini yeterli ve erişilebilir olduğu saptanmıştır.Bununla birlikte; kişiselleştirilmiş takvim, hızlı arama, çevrim dışı erişim, güvenlik uyarıları içeren mobil karar destek platformu ve mobil uygulama geliştirilmesi beklentisi bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: aşılama, dijital sağlık, klinik karar desteği, mobil uygulama

SS-26 Anne Sütü Alım Süresi ve Okul Çağındaki Çocuklarda Sosyal ve Duygusal Gelişim

Betül Sezer Çetindamar[1], Perran Boran[2]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Anne sütü ile beslenmenin psikososyal gelişimi destekleyebileceği önesürülmekle birlikte, kanıtlar tutarsızlığını korumaktadır. Bu çalışmada, toplam ve sadeceanne sütü alım süresinin 9-12 yaş arasındaki psikososyal sonuçlarla ilişkili olup olmadığıincelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 250 çocuk dahil edildi. Anne sütü alım süresi ay cinsindenkaydedildi ve psikososyal sonuçlar 9-12 yaşlarında Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ)kullanılarak değerlendirildi. Birincil sonuç değişkeni toplam güçlük puanıydı;duygulanım belirtileri ve sosyal davranışlar (prososyal davranış) puanları ikincil sonuçlarolarak incelendi. Çok değişkenli doğrusal regresyon modelleri çocuğun cinsiyeti ve yaşı,anne yaşı ve eğitimi, çocuk sayısı, postpartum maternal depresyon ve gebelik dönemindesigara maruziyeti için düzeltildi. Anne sütü süresi her 6 aylık artış, sadece anne sütü süresiise her 1 aylık artış esas alınarak modellendi. Kategorik duyarlılık analizlerinde sadeceanne sütü süresi açısından 6 aydan az ile 6 ay karşılaştırması ve 0-3, 4-5 ve 6 aylık gruplarincelendi. Erken dönem düzenlenme güçlüğünün dolaylı bir göstergesi olarak infantilkolik öyküsü analizlere ayrıca eklendi.

Bulgular: Ne toplam ne de sadece anne sütü alım süresi, SDQ toplam güçlük puanı ileilişkili bulundu. Daha uzun toplam anne sütü süresi daha düşük sosyal davranış(prososyal) puanlarıyla ilişkiliyken (B=-0,136/6 ay, %95 GA: -0,246 ile -0,025; p=0,017),duygulanım belirtileriyle ilişkili değildi. Daha uzun sadece anne sütü süresi ise dahayüksek duygulanım belirtileri puanlarıyla (B=0,131/ay, %95 GA: 0,007 ile 0,256;p=0,039) ve daha düşük sosyal davranış puanlarıyla (B=-0,103/ay, %95 GA: -0,188 ile -0,018; p=0,018) ilişkiliydi. İlişkiler küçük etki büyüklüğündeydi, kategorik duyarlılıkanalizlerinde zayıfladı ve infantil kolik öyküsü için düzeltme sonrasında değişmedi.

Sonuç: Daha uzun süre emzirmenin daha iyi psikososyal sonuçları öngördüğü hipotezibu çalışmada doğrulanmamıştır. Psikososyal güçlüklerle herhangi bir ilişkigözlenmemiştir. Küçük ve alana özgü ilişkiler, anne sütü alım süresinin nasılmodellendiğine göre değişkenlik göstermiş olup, bu nedenle keşifsel bulgular olarakdikkatle yorumlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, emzirme süresi, okul çağı, sosyal-duygusal gelişim, Güçler ve Güçlükler Anketi

SS-27 Erken Doğum Sonrası Dönemde Emzirme Eğitiminin Algılanan Yetersiz Süt Miktarı ve Emzirme Başarısı Üzerindeki Etkisi

Zahide Yalaki[1]

[1]Ufuk Üniversitesi Dr Rıdvan Ege Hastanesi, Kızılırmak, Ufuk Ünv. Cd No:1, 06510 Çankaya/Ankara

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, doğum sonrası erken dönemde annelerin süt yeterlilik algısı ile emzirme başarısı arasındaki ilişkinin incelenmesi ve emzirme eğitiminin bu parametreler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Gereç ve Yöntem: Tek gruplu ön test–son test deseninde planlanan yarı deneysel çalışma 110 anne ile yürütülmüştür. Veriler 5. ve 15. günlerde Sosyodemografik Veri Formu, Yetersiz Süt Algısı Ölçeği ve LATCH Emzirme Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. İlk değerlendirme sonrası emzirme eğitimi verilmiştir. Analizde eşleştirilmiş t testi, ki-kare, McNemar testi, Spearman korelasyon ve çoklu lineer regresyon kullanılmıştır

Bulgular: Yetersiz Süt Algısı Ölçeği ve LATCH skorlarının 5. günden 15. güne anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ($p < 0.001$). Her iki günde de süt yeterlilik algısı ile LATCH skorları arasında güçlü pozitif korelasyon bulunmuştur ($r = 0.79$, $p < 0.001$). Sadece anne sütü ile beslenme oranı %23.6'dan %60.9'a yükselmiş, mama kullanımı anlamlı düzeyde azalmıştır ($p < 0.001$). Regresyon analizinde 5. gün LATCH skoru, süt yeterlilik algısı, emzirmeye başlama zamanı, emzirme eğitimi ve emzirme sorunlarının 15. gün LATCH skorunun bağımsız belirleyicileri olduğu bulunmuştur ($R^2 = 0.68$, $p < 0.001$).

Sonuç: Erken postpartum dönemde verilen emzirme eğitimi, emzirme başarısını ve süt yeterlilik algısını artırmaktadır. Erken değerlendirme ve hedefe yönelik destek, emzirme sonuçlarını iyileştirmede ve gereksiz mama kullanımını azaltmada önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme eğitimi, emzirme başarısı, yetersiz süt algısı

SS-28 Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Kapsamında Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi

Nimet Pınar Yılmazbaş[1], Nihan Havva Özbek[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne gelişimsel kalça displazisi (GKD) tarama programı kapsamında başvuran hastaların sosyodemografik verilerinin değerlendirilmesi ve GKD açısından risk faktörlerinin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza; 1 Ocak 2022- 1 Aralık 2024 yılları arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde takip edilmekte olan 0-6 ay arasındaki olgular dahil edilmiştir. Olgulara ait tıbbi kayıtlar retrospektif olarak incelenmiştir. İnceleme sürecinde GKD ile ilişkili olabilecek değişkenler değerlendirilmiş; cinsiyet, gebelik haftası, çoğul gebelik varlığı, oligohidramniyoz öyküsü, polihidramniyoz öyküsü, doğum şekli, kas ve iskelet sistemine ait anomaliler ile ailede GKD öyküsü gibi faktörler dosya kayıtları taranarak elde edilmiştir. Ultrasonografi sonuçları hastanenin sonuç veri tabanından temin edilmiştir. Elde edilen veriler kullanılarak immatür ve displazik kalça varlığı ile belirlenen risk faktörleri arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 469 bebek dahil edildi. Olguların %53,1'i erkek (n=249) ve %46,9'u kız (n=220) cinsiyette idi. Olgular kalça matüritesi durumuna göre gruplandırıldığında, olguların %88,9'u (n=417) matür (Tip 1A) kalçalı bebek ve %11,1'i (n=52) ise immatür ve/veya displazik kalçalı olarak değerlendirildi. Tip IIA ve IIB kalça ultrasonografisine sahip tüm hastalarımızın ultrasonografisi takiplerde Tip IA'ya döndü. Tip IIC ultrasonografisine sahip olan hasta ise ortopedi kliniği tarafından pavlik bandaj ile takibe alındı. İmmatür/displazik kalça ile kız cinsiyet, pozitif aile öyküsü, amniyon sıvısı azlığı ya da fazlalığı, tortikololis ve fizik muayene bulgularından ayak şekil bozukluğu, kalça abdüksiyon kısıtlılığı, pili asimetrisi varlığı istatiksel açıdan anlamlı bulundu.

Sonuç: Risk faktörü taşıyan olgularda erken kalça ultrasonografisi yapılması, klinik ve radyolojik izlemin düzenli sürdürülmesi ve patolojik ya da persistan bulguların gecikmeden ortopediye yönlendirilmesi; GKD'nin erken tanısı, uygun yönetimi ve komplikasyonların önlenmesi açısından temel yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Çocuk sağlığı izlemi, Gelişimsel kalça displazisi

SS-29 Paylaşan Ebeveynlik (Sharenting) Davranışının Sıklığı ve Bu Davranışı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Ramil Abudov[1], Adnan Barutçu[1]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Adana, Türkiye

Giriş ve Amaç: Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne başvuran ebeveynlerin paylaşan ebeveynlik (sharenting) davranış sıklığı, dijital mahremiyet algısı ve sosyal medya bağımlılığı düzeylerini belirlemek; bu değişkenlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisini ve birbirlerini öngörme kapasitelerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Kasım 2024-Ekim 2025 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı'na bağlı Çocuk Sağlığı İzlem polikliniğine başvuran 800 ebeveyn çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara; Demografik Bilgi Formu, Paylaşan Ebeveynlik (Sharenting) Ölçeği, Mahremiyet Ölçeği ve Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (SMBÖ) uygulanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız t-testi, ANOVA, Pearson korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 36,9±7,4 yıl olup, %71,5'i annedir. Ebeveynlerin %69'unun çocuk odaklı paylaşım yaptığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça sharenting eğilimi ($p=0,021$) ve sosyal medya bağımlılığının ($p=0,030$) arttığı; buna karşın dijital mahremiyet algısının azaldığı ($p=0,004$) görülmüştür. Sharenting puanları ile SMBÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü ($r=0,171$; $p < 0,001$), mahremiyetin ifşası (koruma) boyutu arasında ise negatif yönlü ($r=-0,209$; $p < 0,001$) anlamlı ilişki saptanmıştır. Regresyon analizinde sharenting davranışını öngören en güçlü faktörün paylaşım yapma durumu ($\beta= -0,425$) ve mahremiyet ihlali farkındalığı ($\beta=0,112$) olduğu; sosyal medyada geçirilen günlük vaktin ise sosyal medya bağımlılığını en güçlü öngören faktör ($\beta=0,260$) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Sharenting davranışı örneklemde yaygın olup, dijital mahremiyet farkındalığı tek başına bu davranışı sınırlamada yeterli olmamakta ve mahremiyet paradoksu izlenmektedir. Sosyal medya bağımlılığı ve duygu durum düzenleme motivasyonu sharenting eğilimini kompanse edici şekilde artırmaktadır. Ebeveynlerin dijital davranışlarının çocuk sağlığı izlemlerinde birer risk faktörü olarak değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sharenting, Paylaşan ebeveynlik, Sosyal medya, Mahremiyet, Dijital bağımlılık

SS-30 Türkiye'de Pediatri Uzmanlarının Adölesan İdiyopatik Skolyoz Taraması ve Değerlendirmesine Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları: Ulusal Çok Merkezli Kesitsel Anket

Mine Başıbüyük[1], Bekir Aktura[2], Demet Deniz Bilgin[3], Övgü Büke[4], Volkan Tosun[1], Nalan Karabayır[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, İstanbul, Türkiye
[3]istanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları
[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Pediatri uzmanlarının ergen idiyopatik skolyozun erken tanınmasındaki rolü önemlidir. Bu çalışmada pediatri uzmanlarının skolyoz taraması ve değerlendirmesine yönelik bilgi, tutum ve klinik uygulamalarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu ulusal, çok merkezli kesitsel çalışmada Türkiye genelindeki farklı merkezlerde görev yapan pediatri uzmanlarına, güncel rehberler doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen yapılandırılmış skolyoz bilgi ve klinik yaklaşım anketi uygulandı. Anket; demografik özellikler, skolyoza yönelik eğitim ve bilgi kaynakları, tarama ve değerlendirme uygulamaları, görüntüleme/sevk yaklaşımları, alarm bulguları, olgu temelli kararlar ve eğitim gereksinimini kapsıyordu. Bilgilendirilmiş onam veren 341 katılımcının yanıtları SPSS 28 ile değerlendirildi. Çalışma, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 41,11 ± 5,33 yıl, klinik deneyim süresi 15,24 ± 5,91 yıldı. Herhangi bir skolyoz eğitimi aldığını bildirenlerin oranı %29,9, rehber kullananların oranı %11,4'tü. Katılımcıların %97,1'inin skolyometreye erişimi yoktu. Adams testini çoğunlukla veya her zaman uygulayanların oranı %58,4'tü. Doğru skolyometre eşiğini bilenlerin oranı %20,8, uygun görüntüleme/sevk olgusunu doğru yönetenlerin %71,0 ve alarm bulgulu olguda erken sevki seçenlerin %93,8'di. Katılımcıların %90,6'sı taramanın pediatri pratiğinde yer almasını desteklerken %94,4'ü güncel eğitim istedi. Önceki eğitim; düzenli Adams testi kullanımı, doğru skolyometre eşiği, uygun olgu yönetimi, alarm olgusunda erken sevk veya tüm alarm bulgularını tanıma ile bağımsız olarak ilişkili

Sonuç: Skolyoz taramasına yönelik olumlu tutum ve eğitim talebine karşın, skolyometre erişimi ve yazılı protokollerin yanı sıra sevk eşikleri ve alarm bulgularının tümünün tanınması konusunda da eksiklikler saptandı. Bu bulgular, eğitim girişimlerinin cihaz erişimi ve standartlaştırılmış tarama-sevk algoritmalarıyla desteklenmesi gereksinimine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: ergen, idiyopatik skolyoz, erken tanı, tarama

SS-31 Bir İlçe Devlet Hastanesinde Pediatri Birimine Başvuran Çocuklarda B 12 ve D Vitamini Eksikliğinin Değerlendirilmesi

Aytolun Aytan Işık[1]

[1]Elazığ Kovancılar Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: D vitamininin kas-iskelet sistemi, immun sistem ve daha birçok mekanizmayla; B12 vitamininin ise özellikle nörokognitif fonksiyonlar olmak üzere yine çeşitli mekanizmalarla insan sağlığı üzerine önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Bu yüzden hızlı gelişim ve değişim dönemi olan çocukluk ve ergenlik döneminde bu vitamin düzeylerinin istenilen sınırlar içerisinde olması önemlidir. Çalışmamızda bir ilçe devlet hastanesinde pediatri polikliniğine, belirlenen zaman aralığında başvuran, serumda D vitamini ve B12 vitamini bakılan çocuk hastalarda vitamin B12 ve vitamin D eksikliği arasındaki ilişki ve bu vitamin eksikliklerinin yaş ve cinsiyet ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya 01/01/2026-01/07/2026 tarihleri arasında sağlık kuruluşumuzda pediatri birimine başvuran 0-18 yaş aralığındaki çocuklar dahil edilmiştir. Katılımcılara ait ilk başvuru değerleri esas alınmış ; yaş, cinsiyet, B12 ve vitamin D düzeyleri kayıt altına alınmıştır. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri R (versiyon 4.1) programlama dili kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya %44.8 (n=95) 'i erkek, %54.2 (n=115) 'si kız olmak üzere 212 çocuk dahil edilmiştir. B12 eksikliği ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki yokken (p=0.593), D vitamini eksikliği ile cinsiyet arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$) , kızlarda D vitamini eksikliği görülmeoranı (%73.9), erkeklere (%46.8) kıyasla istatistiksel olarak belirgin düzeyde daha yüksektir (Tablo 1). B12 eksikliği olan hastaların yaş ortalaması (9.55 ± 4.65), B12 eksikliği olmayanlara (7.15 ± 4.57) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.001$). Benzer şekilde, D vitamini eksikliği olan hastaların yaş ortalaması (9.28 ± 4.37) ve medyanı (9 yaş), D vitamini eksikliği olmayanlara (5.7 ± 4.28; medyan 5 yaş) kıyasla ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). B12 eksikliği ile D vitamini eksikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p=0.042). B12 eksikliği bulunan bireylerin %71.6'sında aynı zamanda D vitamini eksikliği de görülürken, bu oran B12 eksikliği olmayan hastalarda %56.2 düzeyinde kalmıştır (Tablo 2). Bu bulgu, iki vitamin eksikliğinin birlikte görülme eğiliminde olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 1

Tablo 1:Vitamin eksiklikleri ile cinsiyet ilişkisi

Cinsiyet		Erkek	Kiz	p
B12eksikligi	Var	32 (34.0%)	44 (38.6%)	0.593*
	Yok	62 (66.0%)	70 (61.4%)	
Vitdeksikligi	Var	44 (46.8%) ✢	82 (73.9%) †	<0.001*
	Yok	50 (53.2%) †	29 (26.1%) ✢	

Stats: n (%), p Pearson Chi-Squared Test*

Vitamin eksiklikleri ile cinsiyet ilişkisi

Tablo 2

Tablo 2: Vitamin B 12 eksikliği ile vitamin D eksikliği arasındaki ilişki

B12eksikligi		Var	Yok	p
Vitdeksikligi	Var	53 (71.6%)	73 (56.2%)	0.042*
	Yok	21 (28.4%)	57 (43.8%)	

Stats: n (%), p Pearson Chi-Squared Test*

Vitamin B 12 eksikliği ile vitamin D eksikliği arasındaki ilişki

Sonuç: Bu çalışma daha önce bu merkezde yapılan buna benzer çalışma olmamasından ötürü ilçedeki çocuk hastaların B12 ve vitamin D düzeylerini ; bu parametrelerin cinsiyet, yaş grubu açısından dağılımını ortaya koyacak ve nutrisyonel takviye ve destek tedavisi açısından hedef yaş gruplarını saptama konusunda yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Vitamin D, Vitamin B12, Vitamin eksiklikleri

SS-32 Genel Pediatri Polikliniğine Özgül Olmayan Yakınmalarla Başvuran Çocuklarda Ferritin, Vitamin B12 ve Folat Ölçümlerinin Ek Tanısal Katkısı

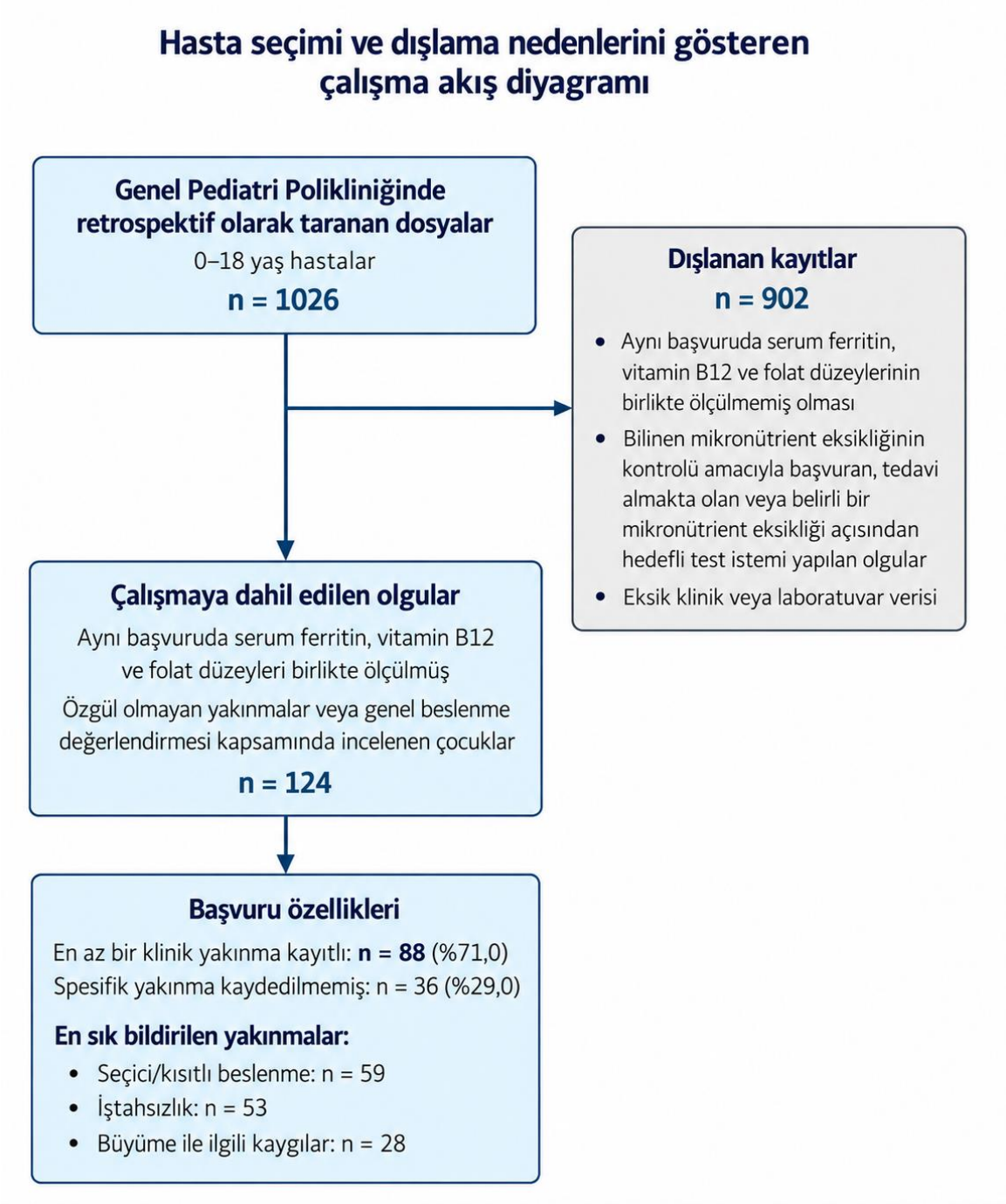
Nurdila Köroğlu Yekeler[1]

[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

Giriş ve Amaç: Genel pediatri polikliniklerinde seçici/kısıtlı beslenme, iştahsızlık, halsizlik ve büyüme-gelişme kaygıları gibi özgül olmayan yakınmalarla başvuran çocuklarda ferritin, vitamin B12 ve folat düzeyleri sıklıkla birlikte değerlendirilmektedir. Ancak bu yaklaşımın tanısal verimi ve güncel ferritin eşiklerinin demir eksikliği sınıflamasına etkisi net değildir. Bu çalışmada, bu hasta grubunda demir, vitamin B12 ve folat eksikliği sıklığının, üçlü test yaklaşımının tanısal veriminin ve farklı ferritin eşiklerinin demir eksikliği tanısına etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, planlanan geniş örneklemli retrospektif araştırmanın ön değerlendirme verilerini içermektedir. Genel Pediatri Polikliniğine özgül olmayan yakınmalarla başvuran ve aynı başvuruda ferritin, vitamin B12 ve folat düzeyleri birlikte ölçülen 0–18 yaş hastalar dahil edildi. Bilinen mikronütrient eksikliği nedeniyle kontrol edilen, tedavi alan veya hedefli mikronütrient değerlendirmesi yapılan olgular dışlandı (Şekil1). Anemi DSÖ 2024 kriterlerine göre tanımlandı. Demir eksikliği primer analizde DSÖ 2020, duyarlılık analizinde AAP 2026 ferritin eşiklerine göre değerlendirildi. Vitamin B12 < 200 pg/mL ve folat < 3 ng/mL düşük kabul edildi. Ferritin sınıflamalarındaki değişim McNemar testiyle analiz edildi.

Şekil 1.



Çalışmaya dahil edilen hastaların seçimi ile dışlama nedenlerini gösteren akış diyagramı.

Bulgular: Toplam 124 hastanın %62,9'u kızdı; medyan yaş 8,14 yıl (3,52–12,98) idi. Hastaların %71,0'ında en az bir yakınma kayıtlıydı; en sık seçici/kısıtlı beslenme (n=59), iştahsızlık (n=53) ve büyüme-gelişme kaygıları (n=28) görüldü. DSÖ eşiklerine göre 13 hastada (%10,5) demir eksikliği saptanırken, vitamin B12 ve folat düşüklüğü ayrı ayrı üçer hastada (%2,4) bulundu. AAP 2026 eşikleri kullanıldığında demir eksikliği 30 hastaya (%24,2) yükseldi ve 17 hasta

yeniden sınıflandırıldı ($p < 0,001$). Bu 30 hastanın 18'inde (%60,0) anemi yoktu. AAP kriterlerine göre demir eksikliği bulunmayan 94 hastanın yalnızca ikisinde (%2,1) vitamin B12 veya folat düşüklüğü saptandı.

Sonuç: Özgül olmayan yakınmalarla başvuran çocuklarda en sık saptanan mikronütrient bozukluğu demir eksikliğiydi. Güncel ferritin eşikleri özellikle anemisiz demir eksikliğinin daha fazla tanınmasını sağlarken, vitamin B12 ve folat ölçümlerinin rutin üçlü değerlendirmedeki ek tanısal verimi düşüktü. Bu ön bulgular, özellikle vitamin B12 ve folat ölçümlerinin beslenme öyküsü, hematolojik/nörolojik bulgular ve bireysel risk faktörleri doğrultusunda seçici kullanılmasını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Demir eksikliği, ferritin, vitamin B12, folat, tanısal verim

SS-33 Doğum Öncesi Ortak Ebeveynlik Beklentileri: Bir Doğum Kohortunda Ortak Ebeveynlik İlişkileri Ölçeği–Doğum Öncesi Versiyonu'nun Psikometrik Özellikleri

Öznur Gökçe Nizam[1], Betül Akbay Şenyürek[1], Mahmut Caner Us[2], Ezgi Barış[2], Perran Boran[2]

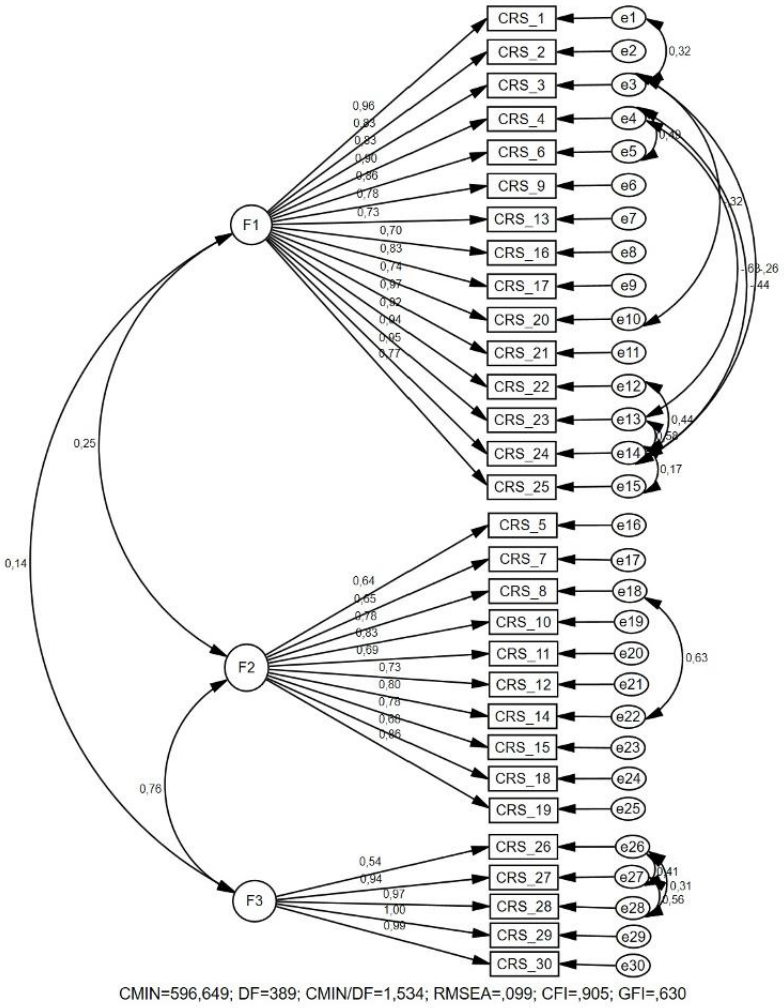
[1]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Ortak ebeveynlik, ebeveynlerin çocuk yetiştirme sürecinde sorumlulukları paylaşmaları, iş birliği yapmaları ve birbirlerini desteklemeleriyle şekillenir. Gebelik döneminde gelişen ortak ebeveynlik beklentilerinin doğum sonrası aile işlevselliğiyle bağlantılı olması, bu dönemin değerlendirilmesini önemli kılmaktadır. Bu analizde, prospektif bir doğum kohortunun gebelik dönemi başlangıç verileri kullanılarak Ortak Ebeveynlik İlişkileri Ölçeği–Doğum Öncesi Versiyonu'nun (OEİÖ-DÖV) Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu psikometrik analiz, tez kapsamında oluşturulan prospektif doğum kohortunun gebelik dönemindeki başlangıç değerlendirmesine dahil edilen katılımcılar üzerinden gerçekleştirildi. Kohorta 18 yaş ve üzerinde, gebeliğin ikinci/üçüncü trimesterinde olan, okuryazar ve ilk çocuklarını bekleyen gebeler ve eşleri çevrim içi olarak davet edildi. Çalışmaya 317 anne ve baba adayı katıldı. Depresif ve anksiyete belirtileri, ortak ebeveynliğin doğrudan göstergeleri olarak değil, ölçek puanlarının ilişkili psikososyal özelliklerle beklenen yönde ilişki gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla Hasta Sağlık Anketi-9 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7'yle değerlendirildi. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısıyla, yapı geçerliliği açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleriyle incelendi. Test–tekrar test güvenilirliği, 47 katılımcıya üç hafta sonra yeniden uygulama yapılarak Pearson korelasyonu ve ICC kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların %97'si anne adayıydı. Veriler faktör analizine uygundu (KMO=0,938; Bartlett $p < 0,001$). Açımlayıcı faktör analizinde, özgün ölçekte ayrı olan anlaşmazlık ve küçümseme boyutlarının birleşerek destek eksikliği, anlaşmazlık/küçümseme ve çatışmadan oluşan üç faktörlü yapı toplam varyansın %66,21'ini açıkladı (Tablo 1). Doğrulayıcı faktör analizinde CMIN/df, CFI ve RMSEA indeksleri üç faktörlü yapıyı desteklerken GFI düşük bulundu (CMIN/df=1,534; CFI=0,905; RMSEA=0,099; GFI=0,630 (Şekil 1). Toplam ölçek yüksek iç tutarlılık gösterdi (α=0,924). Üç haftalık test–tekrar test değerlendirmesinde toplam puanlar arasında anlamlı korelasyon ve orta düzey mutlak uyum bulundu (r=0,669; ICC=0,597; %95 GA: 0,310–0,770). Destek eksikliği (r=0,631; ICC=0,489), anlaşmazlık/küçümseme (r=0,469; ICC=0,409) ve çatışma (r=0,406; ICC=0,380) alt boyutlarında anlamlı korelasyonlara karşın mutlak uyum daha düşüktü. Olumsuz alt boyutlar depresif ve anksiyete belirtileriyle zayıf ancak anlamlı pozitif korelasyon gösterirken destek eksikliği alt boyutunda anlamlı ilişki saptanmadı.

Şekil 1. OEİÖ-DÖV Türkçe Formuna İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi



Tablo 1. OEİÖ-DÖV Türkçe Formunun Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

OEİÖ-DÖV	C 1: Destek Eksikli	C 2: Anlaşmazlık/ Küçümseme	C 3: Çatışma	KMO	Com	Cronbach's alpha
				0.938		0.924
Bartlett Küresellik Testi				<0.001		

DES 1: Eşimin iyi bir anne/baba olacağına inanıyorum.	**0.856**	0.939	0.759	
DES 2: Eşimle olan ilişkimin çocuğumuz olduktan sonra daha güçlü olacağına inanıyorum.	**0.810**	0.950	0.668	
DES 3: Eşimin ebeveynlikle ilgili konularda fikrimi soracağına inanıyorum.	**0.859**	0.950	0.779	
DES 4: Eşimin çocuğumuza yoğun ilgi göstereceğine inanıyorum.	**0.839**	0.956	0.727	
DES 6: Eşimin ve benim çocuğumuz için aynı hedeflere sahip olacağımıza inanıyorum.	**0.770**	0.957	0.626	0.973
DES 9: Eşimin bana iyi bir iş çıkardığımı veya iyi bir ebeveyn olduğumu söyleyeceğine inanıyorum.	**0.787**	0.976	0.624	
DES 13: Eşimin çocuğumuzun duygu ve ihtiyaçlarına duyarlı olacağına inanıyorum.	**0.789**	0.970	0.629	
DES 16: Eşimin çocuğumuza karşı çok sabırlı olacağına inanıyorum.	**0.768**	0.945	0.627	
DES 17: Çocuğumuzun ihtiyaçlarını	**0.877**	0.960	0.784	

karşılamanın en iyi yolunun ne olduğunu sık sık tartışacağımıza inanıyorum.			
DES 20: Eşimin çocuğumuzun bakımı için kişisel fedakarlıklarda bulunmaya istekli olacağına inanıyorum.	**0.764**	0.968	0.617
DES 21: Ebeveyn olarak yaşadığımız deneyimler sayesinde birlikte büyüyüp olgunlaşacağımıza inanıyorum.	**0.934**	0.945	0.880
DES 22: Eşimin iyi bir anne/baba olma yolundaki çabalarımı takdir edeceğine inanıyorum.	**0.915**	0.960	0.843
DES 23: Bir anne/baba olarak ne yapacağımı bilemediğimde, eşimin bana ihtiyacım olan fazladan desteği sağlayacağına inanıyorum.	**0.921**	0.923	0.854
DES 24: Eşimin, çocuğumuz için olabilecek en iyi annenin/babanın ben olduğumu hissettireceğine inanıyorum.	**0.900**	0.933	0.822
DES 25: Anne-babalık, geleceğimizi şekillendirecek bir anlam katacaktır.	**0.818**	0.966	0.671

ANL/KÜÇ 5: Eşimin çocuğumuzla oyun oynayıp zor işleri bana bırakacağına inanıyorum.	**0.525**	0.911	0.343	
ANL/KÜÇ 7: Çocukla yalnız oynamanın, eşim de varken oynamaktan daha kolay ve eğlenceli olacağını düşünüyorum.	**0.615**	0.907	0.392	
ANL/KÜÇ 8: Eşimin ve benim çocuğumuzu nasıl yetiştireceğimiz konusunda farklı fikirlerimiz olacağına inanıyorum.	**0.763**	0.916	0.598	
ANL/KÜÇ 10: Eşimin ve benim çocuğumuzun yeme, içme ve diğer rutinleri konusunda farklı fikirlere sahip olacağımıza inanıyorum.	**0.768**	0.900	0.687	0.905
ANL/KÜÇ 11: Eşimin bazen anne/baba olarak benim tutumumla ilgili şakalar veya alaycı yorumlar yapacağını düşünüyorum.	**0.746**	0.926	0.617	
ANL/KÜÇ 12: Eşimin annelik/babalık becerilerime güvenmeyeceğini düşünüyorum.	**0.636**	0.945	0.581	
ANL/KÜÇ 14: Eşimin ve benim	**0.718**	0.898	0.541	

çocuğumuzun davranışları konusunda farklı standartlarımız olacağına inanıyorum.					
ANL/KÜÇ 15: Eşimin çocuğumuza bakma konusunda benden daha iyi olduğunu göstermeye çalışacağına inanıyorum.	**0.632**		0.911	0.553	
ANL/KÜÇ 18: Üçümüz bir arada olduğumuzda, bazen eşimin çocuğumun ilgisini çekmek için benimle yarışacağına inanıyorum.	**0.668**		0.939	0.492	
ANL/KÜÇ 19: Eşimin beni kötü bir anne/baba gibi göstermeye çalışacağına inanıyorum.	**0.719**		0.924	0.718	
ÇAT 26: Bazen kendimi eşimle hafif gergin ya da alaycı bir etkileşim içinde bulacağıma inanıyorum.		**0.488**	0.907	0.472	
					0.948
ÇAT 27: Eşim ve benim, çocuğumuzun yanında, çocuğumuz hakkında tartışacağımıza		**0.707**	0.947	0.864	

inanıyorum.			
ÇAT 28: Eşim ve benim, çocuğumuzun yanında, çocuğumuzla ilgili olmayan ilişki veya evlilik sorunlarımız hakkında tartışacağımıza inanıyorum.	**0.794**	0.915	0.944
ÇAT 29: Çocuğumuzun önünde birimizin yada ikimizin de birbirimize acımasız ya da kırıcı şeyler söyleyebileceğine inanıyorum.	**0.805**	0.877	0.934
ÇAT 30: Çocuğumuzun duyabileceği mesafede birbirimize bağıracağımıza inanıyorum.	**0.799**	0.906	0.912

Sonuç: Türkçe OEİÖ-DÖV, özgün dört faktörlü yapıdan farklı, kültürel açıdan anlamlı üç faktörlü bir yapı ve yüksek iç tutarlılık göstermiştir. Toplam puanın zamansal kararlılığı orta düzeyde, alt boyutların mutlak uyumu ise daha sınırlıdır. Bulgular ölçeğin doğum öncesi ortak ebeveynlik beklentilerinin değerlendirilmesinde umut verici olduğunu; yapının daha geniş, bağımsız ve baba adaylarının daha fazla temsil edildiği örneklemlerde doğrulanması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: doğum öncesi, ortak ebeveynlik, gebelik, geçerlilik, güvenilirlik

SS-34 B12 Vitamininin Çocuklarda Uyku Bozukluğuna Etkisi

Mine Başıbüyük[1], Demet Deniz Bilgin[2], Övgü Büke[3], Bekir Aktura[4], Nalan Karabayır[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Aydın Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[4]T.C. Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık Müdür Yardımcılığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Vitamin B12'nin küçük çocuklardaki uyku sorunlarıyla ilişkisine yönelik kanıtlar sınırlıdır. Bu çalışmada, 6–24 aylık çocuklarda serum vitamin B12 düzeyi ile Kısa Bebek Uyku Anketi (KBUA) ile tanımlanan uyku sorunu yükü arasındaki ilişkinin ve düşük vitamin B12 düzeyi bulunan çocuklarda oral metilkobalamin replasmanı sonrasındaki değişimlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli, prospektif, kontrollü gözlemsel çalışmaya en az bir KBUA uyku sorunu kriterini karşılayan 541 çocuk dahil edildi. Serum vitamin B12 düzeyi < 300 pg/mL olan 246 çocuk düşük-B12 grubunu, ≥300 pg/mL olan 295 çocuk karşılaştırma grubunu oluşturdu. Uyku başlangıçta, birinci ve üçüncü aylarda değerlendirildi. Gece üçten fazla uyanma, gece uyanıklığının 60 dakikadan uzun olması ve 24 saatlik toplam uykunun dokuz saatten kısa olması temel kriterlerdi; karşılanan kriter sayısı kriter yükü olarak hesaplandı. Düşük-B12 grubuna rutin bakım kapsamında dört hafta süreyle günde 500 μg oral metilkobalamin verildi. Tekrarlı ölçümler genelleştirilmiş tahmin denklemleriyle incelendi. Çalışma, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (10.08.2023; karar no: 666; yazı no: E-10840098-772.02-4949); ebeveynlerden yazılı onam alındı.

Bulgular: Başlangıçta gece üçten fazla uyanma düşük-B12 grubunda daha sıktı (%81,3 ve %52,5; p < 0,001) ve kriter yükü daha yüksekti. Vitamin B12 < 200 pg/mL olan çocuklarda, 200–299 pg/mL grubuna göre gece uyanıklık > 60 dakika (%77,6 ve %65,5; p=0,044), toplam uyku < 9 saat (%76,5 ve %57,4; p=0,002) ve üç kriter taşıma (%51,0 ve %21,6; p < 0,001) daha sıktı. Üçüncü ayda gece üçten fazla uyanma kriterinin ortadan kalkması (%15,9 ve %1,0; p < 0,001), toplam uyku < 9 saat kriterinin ortadan kalkması (%4,9 ve %1,0; p=0,008) ve kriter yükünde azalma (%19,9 ve %2,0; p < 0,001) düşük-B12 grubunda daha fazlaydı. Gece uyanıklık > 60 dakika kriterinde değişim görülmedi; toplam uyku süresindeki artış yaklaşık altı dakika ile sınırlıydı. Düzeltilmiş düşük-B12 modellerinde daha yüksek başlangıç ve birinci ay B12 düzeyleri, üçüncü ayda daha düşük kriter yüküyle ilişkiliydi.

Sonuç: Düşük vitamin B12 düzeyi, daha yüksek KBUA uyku sorunu yükü ve özellikle gece uyanma sıklığı ile ilişkiliydi. Replasman sırasındaki iyileşmeler, randomize olmayan tasarım ve ebeveyn bildirimli ölçümler nedeniyle metilkobalamine nedensel ilişki kurulamaz.

Anahtar Kelimeler: Davranışsal uyku bozukluğu, çocuk, Kısa Bebek Uyku Anketi

SS-35 Çoklu Zeka Kuramı Temelli Antenatal Emzirme Eğitiminin Etkinliği: Nicel ve Nitel Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi

Özlem Bostan Gayret[1], Hacer Nalbant[2], Gonca Keskindemirci[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Anne sütü, sağlıklı büyüme ve gelişimini destekleyen, gereksinimlerine özgü besin ögeleri ve biyolojik bileşenler içeren ideal beslenme kaynağıdır. Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesinde, annelerin gebelik döneminden itibaren doğru bilgi ve becerilerle desteklenmesi önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmanın amacı, gebelik döneminde Çoklu Zeka Kuramı temelinde yapılandırılan antenatal emzirme eğitiminin annelerin emzirme bilgi düzeyleri, emzirme uygulamaları ve emzirme öz yeterlilikleri üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Karma yöntem tasarımıyla yürütülen çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 32 gebe çalışma (n=16) ve kontrol (n=16) gruplarına randomize edilmiştir. Çalışma grubuna Çoklu Zeka Kuramı ile yapılandırılmış antenatal emzirme eğitimi, kontrol grubuna Sağlık Bakanlığı Gebe Okulu kapsamında sunulan rutin emzirme eğitimi verilmiştir. Ayrıca çalışma grubuna verilen eğitime psikososyal desteğin güçlendirilmesi amacıyla "Sağlıklı Düşünmek" programı entegre edilmiştir. Her iki grubun emzirme bilgi düzeyleri eğitim öncesinde ve sonrasında değerlendirilmiştir. Postpartum birinci ayda izlenebilen 18 anneye Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği ve Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği–Kısa Şekli uygulanmış, emzirme uygulamaları ve yaşanan sorunlar değerlendirilmiştir. Doğum sonrası altıncı ayda onam veren 13 anneyle yüz yüze odak grup tartışmaları ve derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Eğitim sonrasında her iki grubun emzirme bilgi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (p=0,001), ancak gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p > 0,05). Emzirme öz yeterliliği, emzirme başarısı ve postpartum depresif belirti puanları açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p > 0,05). İlk altı ayda sadece anne sütüyle besleme oranı çalışma grubunda %55,6, kontrol grubunda ise %11,1 olarak belirlenmiştir. Nitel bulgular, Çoklu Zeka Kuramı temelli eğitimin annelerin edindikleri bilgileri emzirme uygulamalarına aktarmalarını, emzirmeye ilişkin öz yeterliliklerini, karşılaşılan sorunlarla baş etme becerilerini ve emzirmeyi sürdürme süreçlerini desteklediğini ortaya koymuştur.

Sonuç: Çoklu Zeka Kuramı temelinde yapılandırılan ve psikososyal destek bileşeniyle güçlendirilen antenatal emzirme eğitiminin nicel sonuçlarda gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturmamakla birlikte, sadece anne sütü ile besleme ve annelerin emzirme deneyimlerine ilişkin nitel bulgular açısından olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu görülmüştür. Bulgular, bireysel öğrenme

farklılıklarını dikkate alan Çoklu Zeka Kuramı ile yapılandırılmış eğitim yaklaşımın antenatal emzirme danışmanlığında kullanılma potansiyeline işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sadece Anne Sütü, Antenatal Emzirme Eğitimi, Çoklu Zeka Kuramı, Psikososyal Destek

SS-36 İstanbul'da Kamusal Alanda Emzirme: Olumsuz Sosyal Tepkiler, Psikososyal Etmenler ve Davranışsal Uyumlar

Mine Başıbüyük[1], Bekir Aktura[2], Meryem Erceylan[3], Övgü Büke[4], Demet Deniz Bilgin[5], Nalan Karabayır[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Birimi, İstanbul, Türkiye
[3]İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Programı, İstanbul, Türkiye
[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
[5]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kamusal alanda emzirme, bebeğin gereksinimlerine duyarlı biçimde beslenmesini ve annenin sosyal yaşama katılımını desteklemektedir. Ancak olumsuz toplumsal tepkiler annelerin emzirme deneyimini, psikososyal iyilik hâlini ve davranışlarını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada İstanbul'da kamusal alanda emzirme sırasında karşılaşılan olumsuz sosyal tepkilerin sıklığının, bu tepkilerin algılanan etkisinin ve ilişkili psikososyal ve davranışsal etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel, analitik ve gözlemsel çalışma, Haziran–Ekim 2025 tarihleri arasında İstanbul'daki seçilmiş kamusal ve toplumsal alanlarda yürütülmüştür. Son bir ay içinde kamusal alanda en az bir kez emzirmiş 468 anne, yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılandırılmış anket kullanılarak değerlendirilmiştir. Emzirme öz-yeterliliği, depresif belirtiler, anksiyete belirtileri ve aile/eş desteğine ilişkin ölçümler yapılmıştır. Algılanan etkiye yönelik analizler, en az bir olumsuz tepki bildiren 347 anneyle sınırlandırılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Kruskal-Wallis testi, Spearman korelasyonu, ordinal ve ikili lojistik regresyon analizleriyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Annelerin 347'si (%74,1) kamusal alanda emzirirken en az bir olumsuz sosyal tepki yaşadığını bildirmiştir. Olumsuz tepki yaşayanların tamamı rahatsız edici bakışlara maruz kaldığını, %12,1'i sözlü uyarı veya olumsuz yorum aldığını, %10,7'si ise yer değiştirmeye zorlandığını belirtmiştir. Tepkilerin algılanan etkisi annelerin %32,3'ünde düşük, %28,2'sinde orta ve %39,5'inde yüksek bulunmuştur. Düzeltilmiş analizlerde depresif belirti puanındaki artış daha yüksek algılanan etkiyle ilişkiliyken (aOR=1,16; %95 GA: 1,04–1,29; p=0,010), emzirme öz-yeterliliğindeki artış daha düşük etkiyle ilişkili bulunmuştur (aOR=0,97; %95 GA: 0,94–0,99; p=0,032). Algılanan etki puanındaki her bir puanlık artış; kamusal alanda emzirmekten kaçınma (aOR=1,28; p=0,039), sağılmış anne sütü verme (aOR=1,68; p < 0,001) ve sosyal ortamlardan kaçınma (aOR=1,31; p=0,041) ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Kamusal alanda emzirme sırasında olumsuz sosyal tepkiler yaygındır ve bu tepkilerin algılanan etkisi psikososyal yük ve davranışsal uyumlarla ilişkilidir. Emzirme danışmanlığında kamusal alanda emzirmeye yönelik öz-yeterliliğin güçlendirilmesi ve emzirme dostu, destekleyici kamusal ortamların yaygınlaştırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kamusal alan, emzirme, anne sütü, psikososyal

SS-37 Pediatri Asistanlarının Rutin Dışı Aşılara İlişkin Bilgi, Klinik Senaryo Başarısı ve Öneri Davranışlarının Değerlendirilmesi

Dilara Lahut[1], İrem Kunter[2]

[1]İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Rutin dışı çocukluk çağı aşılarının yaşa, önceki aşılanma durumuna ve risk faktörlerine göre planlanması klinik uygulamada güçlük oluşturabilmektedir. Bu çalışmada, pediatri asistanlarının rotavirüs, meningokok, HPV, 20 valanlı pnömokok konjuge aşısı (KPA20) ve influenza aşılarına ilişkin bilgi düzeyleri, yaş ve doz planlamasına yönelik klinik yaklaşımları ve aşı önerme davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel tipteki araştırma Temmuz–Ağustos 2026 döneminde yürütülmüştür. İstanbul'da pediatri uzmanlık eğitimi almakta olan 107 asistana araştırmacılar tarafından oluşturulan çevrim içi anket uygulanmıştır. Anket; eğitim ve klinik deneyim özellikleri, aşı önerme sıklığı, danışmanlık öz-yeterliliği, öneriyi sınırlayan faktörler, 17 doğru/yanlış bilgi sorusu ve yaş/doz planlamasını değerlendiren 10 klinik senaryodan oluşmuştur. Temel bilgi ve klinik senaryo puanları ayrı değerlendirilmiş; gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik olmayan testler, ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi ve klinik senaryo puanıyla ilişkili bağımsız faktörlerin belirlenmesinde çok değişkenli doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %39,3'ünün yapılandırılmış rutin dışı aşı eğitimi aldığı, %35,5'inin son 12 ayda çocuk enfeksiyon, %19,6'sının sosyal pediatri rotasyonu yaptığı belirlendi. Temel bilgi sorularındaki başarı %71,6±20,7 iken klinik senaryolardaki başarı %47,9±24,8 saptandı ($p < 0,001$). Aşı gruplarına göre bilgi düzeyleri farklılık gösterirken ($p < 0,001$), en yüksek başarı HPV (%74,3), en düşük başarı KPA20 (%52,0) alanında görüldü. Klinik senaryolarda en düşük doğru yanıt oranları; önceki influenza aşı dozlarına göre yeni sezondaki doz sayısının belirlenmesinde (%25,2), HPV aşısında 15 yaş sınırına göre doz planlanmasında (%35,5) ve 7 aylık çocukta MenACWY-TT aşı şemasının belirlenmesinde (%38,3) saptandı. Aşıları düzenli önerme oranları %64,5–82,2 arasında değişirken, katılımcıların yalnızca %21,5'i aşı danışmanlığı konusunda kendisini yeterli/çok yeterli olarak değerlendirdi. Öneriyi sınırlayan en sık faktörler zaman yetersizliği (%56,1), maliyet (%46,7) ve yaş/doz şemalarını hatırlama güçlüğü (%45,8) idi. Klinik senaryo puanlarının çocuk enfeksiyon ve sosyal pediatri rotasyonu yapanlarda daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,007$ ve $p=0,003$). Çok değişkenli analizde asistanlık kıdemi ($B=0,93$; $p < 0,001$) ve çocuk enfeksiyon rotasyonu ($B=1,12$; $p=0,012$) klinik senaryo puanıyla bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Sonuç: Pediatri asistanlarında rutin dışı aşıları önerme oranları yüksek olmakla birlikte, yaşa ve önceki aşılanma durumuna göre doz planlamasında belirgin bilgi eksiklikleri bulunmaktadır. Özellikle erken uzmanlık döneminde uygulama odaklı aşı eğitimlerinin güçlendirilmesi ve Sosyal Pediatri Derneği'nin güncel aşı uygulama önerilerinin uzmanlık eğitimi içerisindeki görünürlüğünün artırılması yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: pediatri asistanı, rutin dışı aşılama, aşı bilgisi, klinik uygulama, aşı önerisi

SS-38 Çocukluk Çağının Kendini Sınırlayan Epilepsilerinde Uyku ve Davranış Problemleri

Burcu Aygün[1], İ. Hakkı Akbeyaz[2], Gülten Öztürk[3], Dilşad Türkdoğan[3]

[1]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı, İstanbul, Türkiye
[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Epilepsi, çocukluk çağının en sık görülen kronik nörolojik hastalıklarından biridir ve nöbetlerin yanı sıra bilişsel, davranışsal ve psikososyal alanları da etkileyen çok boyutlu bir hastalıktır. Uyku ve epilepsi birbirini karşılıklı olarak etkileyen dinamik bir ilişki içindedir; yetersiz uyku nöbet eşiğini düşürürken, nöbetler de uyku yapısını bozabilir. Kendini sınırlayan fokal epilepsiler geçmişte "benign" olarak nitelendirilse de, bu çocuklarda dikkat, davranış ve yürütücü işlev güçlükleri bildirilmektedir. Bu çalışmada, kendini sınırlayan fokal epilepsi tanılı çocuklarda objektif (aktigrafi) ve subjektif uyku özelliklerinin değerlendirilmesi ve bunların davranış problemleri, yönetici işlevler ve klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 6–12 yaş arasında kendini sınırlayan fokal epilepsi tanılı 25 çocuk dahil edildi. Katılımcılara en az üç gün süreyle aktigrafi uygulandı. Ebeveynler tarafından Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ve Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE) doldurduldu; bakım veren annelere Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Beck Depresyon Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %56'sı erkekti, yaş ortalaması 8,7±1,3 yıl ve %88'i SeLECTS tanılıydı; tüm hastalar yaşlarına göre önerilen uyku süresinin altında uyumaktaydı. Ortalama aktigrafi parametreleri ebeveyn bildirimli ölçeklerle genel olarak ilişkili bulunmazken (tüm $p > 0,05$), gece-gece uyku değişkenliği ile YİYDDE Davranışsal Düzenleme İndeksi (BRI) arasında cinsiyetten bağımsız anlamlı ilişki saptandı; çoklu regresyon modelinde toplam uyku süresi değişkenliği (B=0,167; %95 GA 0,068–0,266; p=0,002) ve cinsiyet (p=0,010) bağımsız prediktör olarak belirlendi (model F (2,22) =9,78; düzeltilmiş R^2=0,422; $p < 0,001$)(Tablo 1). Son 6 ay içinde nöbet geçiren hastalarda SDQ toplam skoru (14,0±4,8 vs 9,9±3,8; p=0,024), davranış sorunları (p=0,030) ve dışa vurum puanı (p=0,028) anlamlı olarak yüksek, prososyal davranış puanı ise anlamlı olarak düşüktü ($p < 0,001$). ÇUAA skoru ile YİYDDE Global T-skoru (Rho=0,650; $p < 0,001$), BRI (Rho=0,533; p=0,006) ve MI (Rho=0,555; p=0,004) arasında orta düzeyde, anlamlı pozitif korelasyonlar saptandı.

Tablo 1. Toplam Uyku Süresi Değişkenliği ve Cinsiyetin YİYDDE T-Skorlarını Öngören Faktörler Olarak Değerlendirilmesi

Değişken	**B**	**SE**	**%95 GA**	**p**
Model 1: BRI T Skoru (R^2=0,471, Düzeltilmiş R^2=0,422, F(2,22)=9,78, p<0,001)				
Sabit	49,57	3,45	[42,41 – 56,73]	<0,001
Toplam Uyku Süresi Değişkenliği (dk)	0,167	0,048	[0,068 – 0,266]	**0,002**
Cinsiyet	-8,34	2,95	[-14,46 – -2,21]	**0,010**
Model 2: GEC (Global) T Skoru (R^2=0,345, Düzeltilmiş R^2=0,285, F(2,22)=5,79, p=0,0095)				
Sabit	50,02	3,85	[42,03 – 58,01]	<0,001
Toplam Uyku Süresi Değişkenliği (dk)	0,142	0,053	[0,032 – 0,253]	**0,014**
Cinsiyet	-7,24	3,30	[-14,07 – -0,41]	**0,039**
Model 3: MI (Üst Biliş) T Skoru (R^2=0,244, Düzeltilmiş R^2=0,175, F(2,22)=3,55, p=0,0462)				
Sabit	53,82	4,57	[44,34 – 63,30]	<0,001
Toplam Uyku Süresi Değişkenliği (dk)	0,102	0,063	[-0,030 – 0,233]	0,123
Cinsiyet	-8,50	3,91	[-16,60 – -0,39]	0,041

BRI: Behavioral Regulation İndex, GEC: Global Executive Composite, MI: Metacognition İndex. VIF=1,00 (her üç modelde de çoklu bağlantı sorunu yoktur). *p<0,05.

Sonuç: Kendini sınırlayan fokal epilepsili çocuklarda uyku sorunları yalnızca uyku süresi ve uyku kalitesi ile sınırlı olmayıp, gece-gece uyku düzenliliğinin bozulması yönetici işlevlerdeki güçlüklerle ilişkili görünmektedir. Çalışmanın bulguları, bu hasta grubunda yalnızca nöbet kontrolünün değil, objektif uyku değerlendirmesinin ve özellikle uyku değişkenliğinin klinik izlemin bir parçası olarak ele alınmasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kendini sınırlayan fokal epilepsi, aktigrafi, uyku değişkenliği, yönetici işlevler, davranış problemleri.

SS-39 Çocuklarda Ekran Süresi ve Bilişsel İşlev Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Pediatri Servisi Araştırması

Selen Ceren Çakmak[1], Hakan Günhan[1], Mehmet Burak Arabacı[1], Bilal Yılmaz[1], Roşna Eser[1], Feyza Hüsrevoglu Esen[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Dijital teknolojilerin günlük yaşama entegrasyonuyla birlikte çocukluk çağında ekran maruziyet süreleri artmıştır. Erken ve uzun süreli ekran kullanımının çocuklarda dikkat, dil gelişimi ve yürütücü işlevler üzerindeki olumsuz etkileri önemli bir kamu sağlığı konusudur. Bu çalışmanın amacı, pediatri servisinde yatarak tedavi gören çocukların evdeki ve hastanedeki günlük ekran sürelerini, dijital alışkanlıklarını belirlemek ve bu durumun bilişsel/yürütücü işlevler üzerindeki etkilerini sosyodemografik ve klinik değişkenler ışığında incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, bir üniversite hastanesinin pediatri servisinde Mart 2026 - Eylül 2026 tarihleri arasında yatarak izlenen 2-18 yaş arası 200 çocuk hasta ve ebeveynleri ile yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Veriler; sosyodemografik/klinik Özellikler, ekran kullanım alışkanlıkları ve 8 maddelik Bilişsel ve Yürütücü İşlev Değerlendirme Formu'nu içeren anket ile toplanmıştır. Boş/eksik kalan maddeler popülasyon eğilimlerine göre imputed edilmiştir. İstatistiksel analizlerde t-testi, ANOVA ve Pearson korelasyon testleri uygulanmış; $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 6,42±4,18 yıl olup, %53,5'i (n=107) erkek, %46,5'i (n=93) kız çocuktur. Hastaların ortalama yatış süresi 6,81±5,12 gündür. Evde ortalama günlük ekran süresi 2,84±1,32 saat iken, hastanede yatış döneminde bu süre anlamlı şekilde artarak 3,92±1,45 saate yükselmiştir ($p < 0,001$). En sık tüketilen içerikler %58,5 (n=117) ile çizgi film/video izleme ve %26,0 (n=52) ile sosyal medyadır. Bilişsel değerlendirmede; günlük ekran süresi 2 saatin üzerinde olan çocuklarda odaklanma güçlüğü, talimatları akılda tutma ve dürtüsellik puanları, ekran süresi ≤2 saat olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (olumsuz) bulunmuştur ($p < 0,01$). Ayrıca pasif ekran izleme oranı yüksek olan ve evde televizyonu sürekli açık bulunan grupta bilişsel etkilenim skorları daha yüksek saptanmıştır (p=0,018).

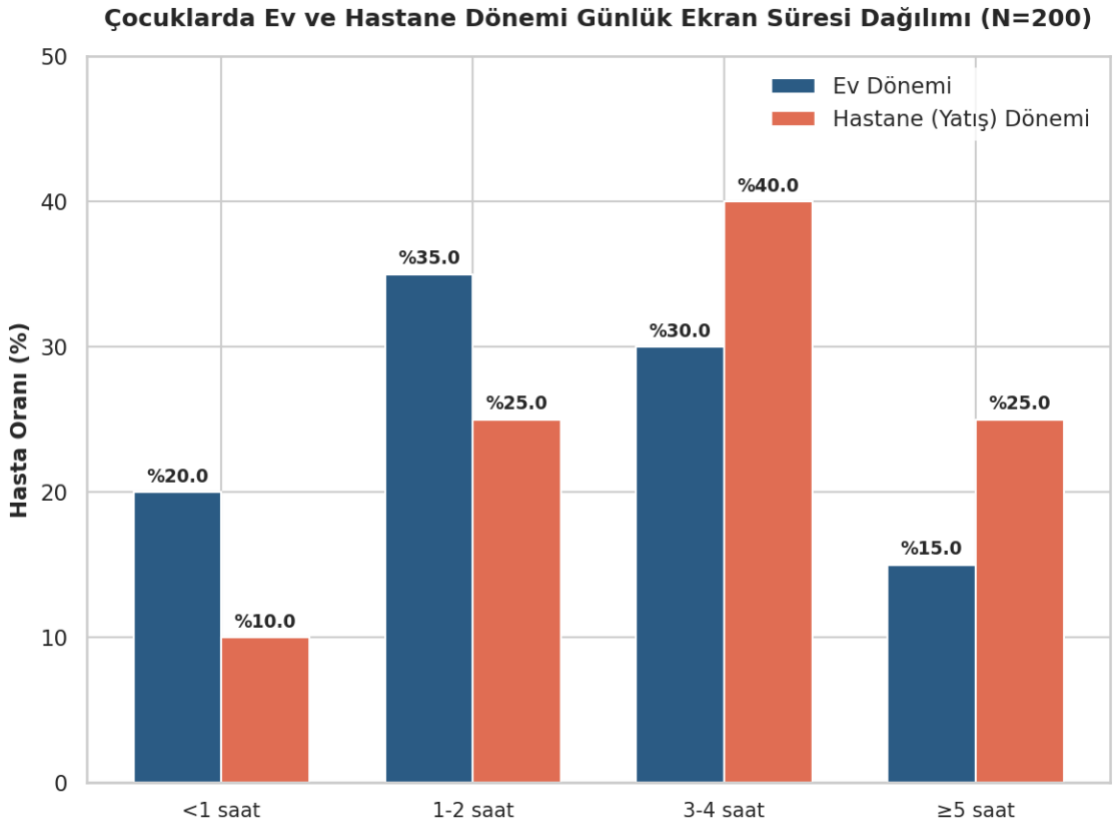
Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Ekran Süreleri ve Bilişsel Etkilenim Skor Dağılımları (N=200)

Değişken / Parametre	**Tüm Hastalar (N=200)**	**p Değeri**
Yaş (Yıl), Ortalama ± SS	6,42 ± 4,18	-
Cinsiyet (Erkek / Kız), n (%)	107 (%53,5) / 93 (%46,5)	-
Yatış Süresi (Gün), Ortalama ± SS	6,81 ± 5,12	-

Ev Ortalama Ekran Süresi (Saat/Gün)	2,84 ± 1,32	< 0,001*
Hastane Ortalama Ekran Süresi (Saat/Gün)	3,92 ± 1,45	< 0,001*
En Sık İzlenen İçerik (Çizgi Film/Video), n (%)	117 (%58,5)	-
Evde TV'nin Genel Açık Olma Oranı, n (%)	84 (%42,0)	0,018*
Toplam Bilişsel Etkilenim Skoru (8-24 p)	14,86 ± 3,42	< 0,01*

Sonuç: Pediatri servisinde yatarak izlenen çocuklarda hastane yatışı sırasında ekran maruziyeti artmaktadır. Yüksek ekran süresi ve pasif içerik tüketimi, çocuklarda bilişsel ve yürütücü işlev süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Sosyal pediatri izlemlerinde ebeveyn ekran farkındalığının artırılması ve klinik yatışlarda yapılandırılmış akılcı ekran rehberliği sunulması gelişimsel açıdan kritik önem taşımaktadır.

Çocuklarda Ev ve Hastane Dönemi Günlük Ekran Süresi Dağılımı



Anahtar Kelimeler: Ekran süresi, Bilişsel işlevler, Yürütücü işlevler, Sosyal pediatri, Pediatri servisi

SS-40 Millî Mücadele Döneminde Çocuk Ölümleri ve Çocuk Bakımı: Hekim Gazetesi Örneği

Nihal Durmaz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, Millî Mücadele döneminin tıbbî süreli yayınlarından biri olan ve kendisini "Ahaliye mahsus tıbbî ve ilmî gazete" olarak tanımlayan Hekim Gazetesi'nin 1 Şubat 1922 tarihli ikinci sayısında çocuk ölümleri ve çocuk bakımına ilişkin söylemin incelenmesi amaçlanmıştır. İstanbul'da 1 Ocak 1922–1 Kasım 1923 tarihleri arasında yayımlanan gazetedeki ilgili yazılar üzerinden dönemin çocuk sağlığı sorunları, koruyucu sağlık yaklaşımı ve nüfus düşüncesi değerlendirilmiştir. Ayrıca tıbbî bilginin halka aktarılma biçimi ve çocuk sağlığına yüklenen toplumsal anlam araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tarihsel doküman incelemesi niteliğindeki çalışmada, ikinci sayıda yer alan Dr. Eyüp Hikmet imzalı "Çocuklarımız Neden Ölüyor?" yazısı ile "Çocuklara Nasıl Bakmalı?" başlıklı yazı dizisinin başlangıcı tematik içerik analiziyle incelenmiştir. Metinler; çocuk ölümlerinin nedenleri, gebeliğin sonlandırılması, doğum yardımı, beslenme, yenidoğan bakımı, anne sütü, aile eğitimi ve hekim sorumluluğu temaları altında çözümlenmiştir. Bulgular, dönemin tarihsel ve toplumsal koşulları göz önünde bulundurularak güncel pediatri bilgisiyle karşılaştırılmıştır.

Hekim gazetesi



Bulgular: Gazetede çocuk ölümleri; savaşların yol açtığı yoksulluk ve beslenme yetersizliği, verem ve frengi gibi bulaşıcı hastalıklar, bakım bilgisinin yetersizliği, diplomasız ebelerin uygulamaları ve sağlık hizmetlerine erişimdeki güçlüklerle ilişkilendirilmiştir. Gebeliğin sonlandırılması yalnızca annenin yaşamının ciddi biçimde tehlikede olduğu durumlarda ve birden fazla uzman hekimin değerlendirmesiyle kabul edilebilir görülmüş; diğer uygulamalar dinî, ahlaki ve toplumsal kavramlarla eleştirilmiştir. Çözüm olarak ebeveynlerin eğitilmesi, hekimlerin halkı bilgilendirmesi ve çocuk bakım bilgisinin yaygınlaştırılması önerilmiştir. "Çocuklara Nasıl Bakmalı?" yazısında anne sütü temel besin olarak kabul edilmiş; kolostrumun mekonyum atılımını kolaylaştırdığı belirtilmiştir. Temizlik, göbek bakımı, bebeğin sıcak tutulması, emzirme

sonrasında gazının çıkarılması ve kusma sırasında yan çevrilmesi önerilmiştir. Bununla birlikte, süt geciktiğinde şekerli su verilmesi, katı aralıklarla emzirme ve göbek kordonuna çeşitli kimyasal antiseptiklerin uygulanması gibi günümüzde önerilmeyen uygulamalara da yer verilmiştir.

Tablo 1. Tematik Bulgular

Çocuk ölümleri
Gıdasızlık, bulaşıcı hastalıklar, bakımsızlık ve çocuk bakımına ilişkin bilgi eksikliği birlikte ele alınmıştır.
Çocuk sağlığı, toplumsal ve ekonomik belirleyicilerle ilişkilendirilmiştir.
Gebeliğin sonlandırılması
Annenin yaşamını tehdit eden durumlar dışında ahlaki ve dinî gerekçelerle reddedilmiştir.
Nüfus artışını teşvik eden anlayış ve fetüsün korunması öne çıkmıştır.
Doğum desteği
Diplomasız ebelerin uygulamalarının anne ve bebeğe zarar verebileceği vurgulanmıştır.
Doğum hizmetlerinde meslekleşme ve uzmanlaşma gereksinimi görünür hâle gelmiştir.
Aile eğitimi
Anne ve babaların çocuk bakımı ve beslenmesi konusunda uzmanlardan bilgi alması önerilmiştir.
Koruyucu hekimlik ve sağlık okuryazarlığı yaklaşımı benimsenmiştir.
Yenidoğan bakımı
Anne sütü, temizlik, göbek bakımı, ısı kontrolü, gaz çıkarma ve bebeğin uygun pozisyonda yatırılması anlatılmıştır.
Tıbbî bilginin gündelik yaşama aktarılması hedeflenmiştir.
Hekim sorumluluğu
Hekimlerin halkı çocuk sağlığı ve bakımı konusunda bilgilendirmesi ve yönlendirmesi beklenmiştir.
Hekime tedavi edici rolünün yanında toplumsal eğitim sorumluluğu yüklenmiştir.

Sonuç: Hekim Gazetesi'nin ikinci sayısı, 1922 Türkiye'sinde çocuk sağlığının tıbbî, toplumsal ve nüfus politikası boyutlarıyla birlikte ele alındığını göstermektedir.Yayın, çocuk ölümlerinin önlenmesinde sağlık eğitimi, uzman desteği ve koruyucu hekimliğe erken bir vurgu yaparken dönemin nüfus artışını teşvik eden ve neslin ıslahına dayalı yaklaşımını da yansıtmaktadır. Metindeki önerilerin dönemin toplumsal ve tıbbî koşulları çerçevesinde değerlendirilmesi, günümüzde çocuk bakımına ilişkin süregelen bazı yanlış inanışların tarihsel kökenlerinin anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hekim Gazetesi, Hıfzıssıhha, Millî Mücadele dönemi, çocuk sağlığı, çocuk bakımı

SS-41 Dijital Kettle Pazarında "İdeal Mama Suyu Sıcaklığı" Söylemleri ve DSÖ Önerileriyle Çelişkisi

Merve Erdemir Kula[1], Ebru Şenol[2], Özden Aksu Sayman[3], Şeyma Karatekin[4], Gonca Keskindemirci[5]

[1]TC Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
[2]Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi (İng) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
[3]Alanya Aladdin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[5]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dijital su ısıtıcı (kettle) pazarı son yıllarda hızlı bir büyüme göstermekte ve sıcaklık ayarlı modeller özellikle "bebek maması için doğru sıcaklık" gibi söylemlerle pazarlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), toz formül mamaların üretim sürecinde Cronobacter ve Salmonella gibi patojenlerle kontamine olabileceğini belirterek güvenli hazırlama için suyun en az 70°C olması gerektiğini vurgulamaktadır. Buna karşın Türkiye'de satılan formül mamaların kutu üzeri talimatlarında genellikle kaynatılmış ve 40–50°C'ye ılıtılmış su önerilmektedir. Bu çalışmada, sıcaklık ayarlı dijital kettle'larda yer alan mama/biberon suyu modlarının hangi sıcaklıklara karşılık geldiğini belirlemek ve bu önerilerin uluslararası rehberlerle uyumunu değerlendirmek amaçlanmıştır. Ayrıca Türkiye'de satılan formül mamaların kutu üzerindeki hazırlama talimatları incelenerek sektörler arası tutarlılık araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Türkiye'de sık kullanılan e-ticaret platformlarında satılan tüm sıcaklık ayarlı dijital su ısıtıcılar "kettle, otomatik, sıcaklık ayarı" filtreleriyle listelenmiştir. İki bağımsız araştırmacı listelenen ürünlerin kullanma kılavuzlarını, üretici internet sitelerindeki tanıtımları ve e-ticaret platformlarında yer alan açıklamaları incelemiştir. Ürünlere ait görsellerde, tanıtımlarda mama hazırlığı yapılabileceğine dair yönlendirme, üründe mama suyu modu varlığı ve bunlara karşılık gelen sıcaklıkların neler olduğu incelenmiştir. Kodlamalar bağımsız olarak yapılmış, ardından karşılaştırılarak uzlaşı kodlaması oluşturulmuştur. Ayrıca Türkiye'de satılan 0-6 ay bebek formül mama kutularındaki hazırlama talimatları mama suyu sıcaklığı önerileri yönünden incelenmiştir.

Bulgular: Beş farklı e ticaret sitesinden toplam 30 otomatik sıcaklık ayarlı ev tipi kettle ürününe ulaşılmıştır. İncelenen dijital su ısıtıcılarının %70'inde (n=21) bebek maması suyu hazırlığına dair yazılı veya görsel yönlendirme bulunduğu görülmüştür (Şekil1). Mama suyu sıcaklığına yönelik öneriler ürünlerin %68'inde 40°C olmak üzere 37–50°C aralığındadır (Tablo1). Mama suyu hazırlama söylemi içeren 19 ürünün 12'sinde otomatik ve tek tuşla erişilebilen bir "mama suyu modu" bulunmaktadır (Resim 1). İncelenen 0-6 ay bebek beslenmesine yönelik 13 formül mama kutusunun tamamında ise hazırlama talimatları kaynatılmış ve 40–50°C'ye ılıtılmış su kullanımını önermektedir. Dijital kettle'lar ile mama kutularındaki sıcaklık önerilerinin birbiriyle uyumlu olduğu, ancak her iki grubun da DSÖ'nün ≥70°C önerisiyle uyumsuz olduğu saptanmıştır.

Resim 1 : Kettle Tanıtım Görsellerinde Mama Hazırlığı Yönlendirmeleri



Şekil 1: Sıcaklık Ayarlı Kettle İncelemesi Akış Şeması



Şekil 1: Sıcaklık Ayarlı Kettle İncelemesi Akış Şeması

Tablo 1: Sıcaklık Ayarlı Kettle'larda Mama Suyu için Önerilen/Ayarlanmış Su Sıcaklık Dereceleri

Mama Suyu Sıcaklık Ayarı	Kettle Ürünü Sayısı (n=19)	%
37 °C	1	5,3
40 °C	13	68,4
45 °C	4	21
50 °C	1	5,3
70 °C	0	0

Sonuç: Çalışmamız, 40–50°C aralığındaki mama hazırlama suyu önerilerinin yalnızca formül mama kutularında değil, sıcaklık ayarlı kettle pazarlama söylemlerinde de yaygın olduğunu göstermiştir. Öneriler DSÖ'nün ≥70°C önerisiyle çelişmekte, dijital su ısıtıcı pazarında "ideal mama suyu sıcaklığı" yanlış algısını pekiştirmektedir. Bu ürünlerin ebeveynlerin formül süt hazırlığına etkisini inceleyen daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Toz formül mama, Hazırlama suyu sıcaklığı, su ısıtıcı (kettle), besin güvenliği, bebek beslenmesi

SS-42 Özel Durumlarda Pediatrik Aşılama Karar Desteği İçin Büyük Dil Modellerinin Karşılaştırılması: Performans ve Kritik Güvenlik Hataları

Dilara Lahut[2], Demet Deniz Bilgin[3], Mine Başıbüyük[1], Kübra Yılmaz[4], Nalan Karabayır[5]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri
[2]Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları
[3]İstanbul Aydın Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları
[4]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları
[5]İstanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Büyük dil modelleri (LLM), klinik karar desteğinde giderek daha sık kullanılmaktadır; ancak özel durumlarda aşılama önerilerinin doğruluğu ve güvenliği yeterince bilinmemektedir. Bu çalışmada dört yaygın kullanılan LLM'nin pediatrik ve adölesan özel durumlarda aşılama karar desteği performansının, klinik kullanılabilirliğinin ve kritik güvenlik hatalarının karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Prematürite, konjenital kalp hastalığı, kemoterapi, aspleni, alerji, transplantasyon, kan ürünü/IVIG maruziyeti, gebelikte biyolojik ajan maruziyeti ve adölesan gebelik gibi durumları içeren 10 yapılandırılmış klinik senaryo oluşturuldu. Aynı standart Türkçe istem ChatGPT (GPT-5.5), Gemini (3.5 Flash), Grok (4.3 Fast) ve Claude (Sonnet 4.6 Low) platformlarına daha önce kullanılmamış hesaplarla, ayrı oturumlarda yöneltildi. Toplam 40 yanıt, farklı merkezlerden sekiz pediatrist tarafından model kimliği gizlenerek bağımsız değerlendirildi. Her vaka için güncel rehberlere dayalı, önceden belirlenmiş beş temel karar maddesinden oluşan vakaya özgü bir kontrol listesi kullanıldı. Maddeler 0–2 puanlandı ve toplam skor yüzdeye çevrilerek objektif uyum hesaplandı. Ayrıca global klinik kullanılabilirlik (1–5) ve kritik güvenlik hatası (KGH) ayrı olarak değerlendirildi.

Bulgular: Medyan objektif uyum ChatGPT'de %72,5, Gemini'de %70,0, Grok'ta %75,0 ve Claude'da %80,0 bulundu; modeller arasında anlamlı fark saptanmadı (Friedman $\chi^2(3)=0,695$; $p=0,874$). Global klinik kullanılabilirlik skorları sırasıyla 3,75; 3,25; 3,50 ve 3,25 olup gruplar arasında fark yoktu ($p=0,958$). Kritik güvenlik hatası (KGH), 40 yanıtın 6'sında (%15,0) saptandı; bunların üçü Gemini, ikisi Grok, biri Claude yanıtındaydı; ChatGPT yanıtlarında KGH görülmedi. Hatalar özellikle rotavirüs ilk doz yaş sınırı, kan ürünü sonrası canlı aşı geçerliliği ve intrauterin adalimumab maruziyeti sonrası canlı aşı zamanlamasıyla ilişkiliydi. KGH sınıflamasında değerlendiriciler arası tam uyum %92,5, Fleiss $\kappa=0,930$ bulundu.

Sonuç: Dört LLM arasında genel performans açısından belirgin üstünlük saptanmasa da vaka bazında önemli değişkenlik ve klinik açıdan anlamlı güvenlik hataları gözlendi. Kritik hataların yalnızca çok bileşenli senaryolarda değil, yaş sınırı ve zorunlu zamanlama gibi nispeten net kurallarda da ortaya çıkması dikkat çekicidir. LLM çıktıları pediatrik aşılama kararlarında yardımcı olabilir; ancak güncel rehberlerle hekim doğrulaması olmadan bağımsız karar desteği olarak kullanılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Büyük dil modelleri, Yapay zeka, Pediatrik aşılama, Klinik karar desteği, Hasta güvenliği

SS-43 Emzirme Sırasında Olumsuz Duygular Yaşayan Annelerin Değerlendirilmesi

Aybüke Kacır[1], Nalan Karabayır[2], Mine Başıbüyük[3], Demet Deniz Bilgin[4], Özlem Öçal[4], Övgü Büke[5]

[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[4]İstanbul Aydın Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[5]Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Emzirme birçok anne için olumlu bir deneyim olmakla birlikte, bazı anneler emzirme sırasında olumsuz duygular yaşayabilmektedir. Emzirme hoşnutsuzluğu (Breastfeeding Aversion Response; BAR), emzirme sırasında öfke, huzursuzluk ve emzirmeyi sonlandırma isteği gibi olumsuz duygu ve dürtülerle seyreden; annenin emzirme deneyimini ve emzirmeyi sürdürme isteğini olumsuz etkileyebilen bir durumdur. Çalışmanın amacı emziren annelerde BAR ve D-MER öz-bildirim sıklığının belirlenmesi; BAR ile ilişkili sosyodemografik, klinik, emzirmeye ilişkin ve psikolojik faktörleri değerlendirmek ve BAR'ın emzirme deneyimi üzerindeki etkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Ocak 2025–Şubat 2026 tarihleri arasında, İstanbul'da bir üniversite hastanesinin çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ve bebeğini emziren 670 anne dahil edildi. Veriler, literatür doğrultusunda geliştirilen ve Google Forms üzerinden uygulanan anketle toplandı. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri, emzirme deneyimleri, emzirme sorunları, BAR ve D-MER öz-bildirimleri değerlendirildi. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASS-21) ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) uygulandı. BAR ile ilişkili bağımsız faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların %7,6'sında (n=51) BAR, %15,8'inde (n=106) D-MER saptandı. Yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmazken, gebelik öncesi ruh sağlığı problemi öyküsü (p=0,002) ve postpartum depresyon tanısı öyküsü (p=0,041) BAR yaşayan annelerde daha sıktı. BAR yaşayan annelerde depresyon, anksiyete ve stres puanları daha yüksek, psikolojik sağlamlık puanları daha düşüktü ($p < 0,01$). Annelerin %33,3'ü BAR nedeniyle emzirme süresini kısalttığını, %9,8'i emzirmeye ara verdiğini bildirdi; en sık başa çıkma yöntemi dikkat dağıtma (%58,8), en sık destek kaynağı ise eşti (%60,8). Çok değişkenli analizde olumsuz emzirme deneyimi (OR=2,29; %95 GA:1,23–4,26), yetersiz anne sütü algısı (OR=1,89; %95 GA:1,01–3,56) ve artmış stres puanı (OR=1,06; %95 GA:1,03–1,09) BAR ile bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Sonuç: BAR, emziren annelerde ruhsal sağlık, emzirme deneyimi ve emzirme davranışlarıyla ilişkili bir durum olup emzirmenin sürdürülmesini olumsuz etkileyebilmektedir. Olumsuz emzirme deneyimi, yetersiz anne sütü algısı ve artmış stres düzeyi BAR ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Emzirme izlemlerinde BAR'ın erken tanınması ve annelere uygun psikososyal destek sağlanması emzirmenin sürdürülmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme hoşnutsuzluğu (BAR), Disforik süt inme refleksi (D-MER), emzirme deneyimi, maternal ruh sağlığı, postpartum depresyon

SS-44 Sağlıklı Çocuklarda ''Bebeklik- Çocukluk Büyüme Atağı'' Zamanının, Etkileyen Faktörlerin ve 36. ve 60. Aydaki Büyümeye Etkisinin Değerlendirilmesi.

Ayşegül Doğan Demir[1], Emine Gülbin Gökçay[2], Gonca Keskindemirci[3], Ali Toprak[4], Öykü Özbörü Aşkan[5], Fatma Feyza Darendeliler[6], Şükran Poyrazoğlu[7]

[1] İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AB Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[2] İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AB Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Emeritus Profesör/ İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı Emeritus Profesör
[3] İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AB Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı/ İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı
[4]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı
[5]Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[6] İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AB Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Emeritus Profesör
[7] İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AB Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Büyüme geriliği çocuk sağlığında küresel bir sorundur. ICP (infancy–childhood–puberty) büyüme modelinde bebeklikten çocukluğa geçiş (ICT), 6. aydan itibaren boy uzamasında keskin hızlanmayla(büyüme atağı) tanımlanır ve büyüme hormonunun boy uzamasına etkisinin başladığı zaman olarak kabul edilir. Geç geçiş, kısa boyla ilişkilidir. Bu çalışma, sağlıklı, zamanında doğmuş çocuklarda büyüme atağı dediğimiz bebeklikten çocukluğa geçiş zamanını belirlemeyi ve bunun 36. ve 60. aylardaki boya etkisini incelemeyi amaçladı.

Gereç ve Yöntem: Sağlıklı ve zamanında doğmuş 228 çocuğun doğumdan 60. aya kadar boy ölçümleri kullanılarak bireysel ICP büyüme eğrileri oluşturuldu. Geçiş(atak) yaşı 6–12. ay arasında normal, 12. aydan sonra olanlar gecikmiş atak olarak sınıflandırıldı. Ayrıca normal atak grubundaki 213 çocuk 6. ayda, 9. ayda ve 12. ayda atak başlayanlar olarak 3 gruba ayrılarak da karşılaştırıldı. Aile kayıtları, yapılandırılmış görüşmelerle çocukların sosyodemografik, beslenme verileri toplandı.

Bulgular: Çocukların %93,4'ünde normal, %6,6'sında gecikmiş bebeklik-çocukluk atağı saptandı; ortalama atak yaşı 9,11±2,75 ay bulundu (kızlarda:9,08±2,88; erkeklerde: 9,12±2,66). Normal atak grubundakiler 60. ayda 2,78 cm daha uzundu ($p = 0,032$). 3 gruplu analizde farklı atak grupları arasında 36. ve 60. aylarda boy uzunluğunda sırasıyla $p=0,048$, $p=0,025$ düzeyinde farklılık bulundu; 6. ay grubu, 12. ay grubuna kıyasla 36. ayda 2,02, 60. ayda 2,31 cm uzundu. Atak zamanındaki her 1 aylık gecikme 60.ayda 0,39 cm boy kısalığıyla sonuçlandı. 4–6.ay arasındaki boy artışı atak zamanlamasını en iyi öngören değişkendi: Her 1 SDS'lik artış, atağın gecikme olasılığını 9,54 kat artırırken(OR=9,54; %95 GA 4,99–18,27), her 1 cm'lik artış 2,66 kat artışla ilişkilendirildi ($p < 0,001$; OR=2,66). Aynı dönemde VKİ persantilindeki düşüş gecikmiş atakla ilişkiliydi. Anne yaşı ve gebelikte sigara kullanımı tek değişkenli analizde sınırda anlamlı

ama binary regresyon analizinde anlamlıydı; diğer beslenme ve sosyodemografik faktörler anlamlı bulunmadı.

Sonuç: Bu, bebeklik–çocukluk geçiş atağı zamanlamasının belirlenerek 3 ve 5. yaş boy kısalığıyla ilişkilendirildiğ ilk Türkiye araştırmasıdır. Erken bebeklik izlem ve müdahalelerinin boy üzerine etkisi olabileceğini gösterir.

Anahtar Kelimeler: ICP büyüme modeli, boy, çocuk, bebek ve çocuk büyümesi, büyümenin engellenmesi

SS-45 Social Paediatric Issues in Japan - The Upstream Challenges of Seven Problems

Hajime Takeuchi[1]

[1]Faculty of Social Welfare, Bukkyo University, Japan

Giriş ve Amaç: The COVID-19 pandemic has brought child rights violations to light in many countries. In Japan, the socio-paediatric issues surrounding children that had been observed before have become more apparent during the pandemic, and the effects continue until now.

Gereç ve Yöntem: This presentation discusses the challenges faced by paediatricians and other child health providers, the underlying problems, and the key factors needing social responses.

Bulgular: What are the seven challenges facing children in Japan? The first is child poverty. Although there appears to be a downward trend, this cannot be attributed to policy intervention; rather, it reflects the increase in dual-income households with children and the overall decline in income caused by the low incomes of the growing number of senior citizens. Furthermore, the situation of single-mother households is particularly serious due to the gender wage gap. The second and third challenges are the increase in child abuse, the completely inadequate detection of sexual abuse, and the extreme disparity in infant mortality rates based on household income. The infant mortality rate of 21.4 in unemployed households, more than 10 times the average (1.8 per 100,000 births), and the lack of improvement over time, which is likely related to child abuse, are also noteworthy. There are four further related challenges. One is the increase in long-term absentees among elementary and junior high school students; now, one in eight junior high school students is unable to attend school. Furthermore, the reality that more than 30,000 children are forced into household labour and family care, which constitutes child labour, is also serious.. While game addiction is often cited, children who spend long hours playing games often come from impoverished backgrounds, and it is suspected that games play a significant role in their social connections. Related to these issues, teenage suicides are on the rise, with suicide accounting for half of deaths among late teenagers and a quarter of deaths among early teenagers.

Sonuç: While policy shortcomings obviously underlie these seven problems, I want to highlight the importance of children's social capital, particularly "the strength of weak ties" (M.S. Granovetter, 1973).

Anahtar Kelimeler: the COVID-19 pandemic, Child rights, Social Paediatrics, the strength of weak ties

SS-46 Mülteci Annelerde Yenidoğan Bakımı ve Süt Çocukluğu Beslenmesi: Bilgi, Uygulamalar ve İlişkili Faktörler

Utku Dönger[1], Ahmet Can Doğan[2], Osman Fırat Çalışkan[1]

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Hatay İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı,Toplum Sağlığı Birimi

Giriş ve Amaç: Yenidoğan ve süt çocukluğu dönemi, büyüme ve gelişimin temellerinin atıldığı kritik bir dönemdir. Emzirmenin ilk saat içinde başlatılması, ilk 6 ay yalnız anne sütü ile beslenme ve 6. aydan itibaren uygun tamamlayıcı beslenmeye geçilmesi önerilmektedir. Ancak mülteci ve göçmen topluluklarda sosyoekonomik güçlükler, düşük eğitim düzeyi, kültürel uygulamalar, gıda güvencesizliği ve sağlık hizmetlerine erişimdeki sorunlar bebek beslenmesi ve bakım uygulamalarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, 0–24 aylık bebeği olan göçmen annelerin yenidoğan bakımı ve süt çocukluğu beslenmesine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi ve bunlarla ilişkili sosyodemografik etmenlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif, girişimsel olmayan, tanımlayıcı-kesitsel çalışma, Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Göçmen Sağlığı Merkezlerine başvuran 0–24 aylık bebeği bulunan annelerde yürütüldü. Veriler yüz yüze uygulanan yapılandırılmış anket ile toplandı. Anne yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı; emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, prelaktal beslenme, biberon kullanımı, tamamlayıcı beslenmeye geçiş, D vitamini ve demir desteği, aşılama ve gıdaya erişim durumu değerlendirildi. Veriler uygun tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel yöntemlerle analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 465 anne dahil edildi. Annelerin ortalama yaşı 27,56±6,24 yıl, ortalama çocuk sayısı 3,01±1,65 ve bebeklerin ortalama yaşı 8,72±9,30 ay idi. Annelerin %88,8'i doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirmeye başlamış, %64,1'i halen emziriyordu. Halen emzirme oranı 0–3 ayda %78,6, 4–5 ayda %62,5, 6–23 ayda %62,0 ve ≥24 ayda %6,9 idi. Prelaktal beslenme %25,6, biberon kullanımı %31,2 olarak saptandı. Bebeklerin %69,3'ü D vitamini kullanırken, 4–9 aylık bebeklerin %69,4'ü demir desteği alıyordu; düzenli aşılama oranı %92,9'du. Altı ayını tamamlayan bebeklerin %60,9'unda tamamlayıcı beslenmeye 6. ayda, %15,5'inde 6. aydan önce ve %23,6'sında 6. aydan sonra başlanmıştı. Tamamlayıcı beslenmeye geçiş zamanı anne yaşı (p=0,004), eğitim düzeyi (p=0,043) ve gıdaya/mamaya erişim güçlüğü (p=0,013) ile anlamlı ilişkiliydi. Erken tamamlayıcı beslenmeye başlayan annelerin daha genç olduğu; eğitim düzeyi yükseldikçe 6. ayda başlama oranının arttığı ve gıdaya erişim güçlüğü arttıkça 4–5. aylarda başlama oranının yükseldiği görüldü.

Tablolar 1-2

Tablo 1. Demografik veriler

Değişken	N	Ortalama ± SD	Medyan (Q1-Q3)
Anne yaşı (yıl)	465	27,56 ± 6,24	27 (22 - 32)
Toplam çocuk sayısı	465	3,01 ± 1,65	3 (2 - 4)
Bebeğinin yaşı (ay)	465	8,72 ± 9,30	6 (2 - 12)
Cinsiyet		**N**	**%**
Kız		256	55,1
Erkek		209	44,9
Eğitim durumu		**N**	**%**
Okuryazar değil		63	13,6
İlkokul		91	19,6
Ortaokul		148	31,8
Lise		141	30,3
Üniversite		22	4,7

Tablo 2. Yenidoğan bakımı ve süt çocukluğu beslenmesine ilişkin uygulamalar

Değişken	n	%
Bebeğin ilk yıkanma zamanı		
İlk 24 saat içinde	124	26,7
24 saatten sonra – 7 gün içinde	230	49,4
7 günden sonra	73	15,7
Göbek kordonu düştükten sonra	38	8,2
Doğum sonrası D vitamini alıyor mu, aldı mı?		
Evet	322	69,3
Hayır	134	28,8
Bilmiyorum	9	1,9
Gaz için damla kullanıyor mu, kullandı mı?		
Hayır	350	75,3
Evet	115	24,7
Aşılarını düzenli yaptırdınız mı?		
Hayır	33	7,1
Evet	432	92,9
Doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirdiniz mi?		
Hayır	52	11,2
Evet	413	88,8
Emzirme durumu		
Halen emziriyor	298	64,1
Emzirmeye devam etmiyor	167	35,9
Halen emziren annelerin bebeklerinin yaşları (ay) ve emzirme oranı		
0–3 ay	121/154	78,6
4–5 ay	25/40	62,5
6–23 ay	150/242	62,0
24 ve üzeri	2/29	6,9
İlk 3 gün anne sütü dışında herhangi bir şey verdiniz mi?		
Hayır	346	74,4
Evet	119	25,6
Bebeğinizi biberonla besliyor musunuz?		
Hayır	320	68,8
Evet	145	31,2
4. aydan daha küçük bebeklerin tamamlayıcı beslenmeye başlama hedefi		
< 4. ay	14	8,1
4–5 aylar	18	10,4
6. ay	106	61,3
> 6. ay	35	20,2
6. ayını tamamlamış bebeklerin tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı		
< 4. ay	8	3,0
4–5 aylar	34	12,5
6. ay	165	60,9
> 6. ay	64	23,6
4–9 aylar arasındaki bebeklerde demir takviye kullanma oranı		
Evet	102	69,39
Hayır	43	29,25
Bilmiyorum	2	1,36
Bebeğinize herhangi bir zamanda demir takviyesi ilacı verdiniz mi?		
Evet	254	54,6
Hayır	194	41,7
Bilmiyorum	17	3,7
Son 1 ayda gıdaya/mamaya ulaşmakta zorlandınız mı?		
Hiç zorlanmadım	319	68,6
Bazen zorlandım	103	22,2
Sıklıkla zorlandım	43	9,2
Hangi D vitamini ürünü verdiniz?		
Reçete ile satılan vitamin D ürünü	277	86,0
D vitamini içeren gıda takviyesi	45	14,0
Hangi gaz damlası ürünü verdiniz?		
Rezene, kimyon vb. içeren gıda takviyeleri (simetikon içermeyen)	66	57,4
Simetikon içeren antiflatulan ilaçlar	44	38,3
Bitkisel yağlar ve çinko içeren takviye edici gıda	5	4,3

Tablolar 3-4-5

Tablo 3. Bebeği 6-24 ay arasında olan annelerin son 1 ayda gıdaya/mamaya ulaşma zorluğu ile emzirme süresi ve tamamlayıcı beslenmeye geçme zamanı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Değişken	Son 1 ayda gıdaya/mamaya ulaşmakta zorlandınız mı ?								p
	Hiç zorlanmadım (n=177)		Bazen zorlandım (n=61)		Sıklıkla zorlandım (n=15)		Toplam (n=253)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Emzirme süresi									
Halen emziriyorum	110	62,15	32	52,46	10	66,67	152	60,08	0,691*
0 - 5 ay	13	7,34	3	4,92	2	13,33	18	7,11	
6 - 11 ay	22	12,43	10	16,39	2	13,33	34	13,44	
12 - 23 ay	20	11,30	10	16,39	1	6,67	31	12,25	
24 ay ve üzeri	12	6,78	6	9,84	0	0,00	18	7,11	
Tamamlayıcı beslenmeye geçme zamanı									
< 4. ay	8	4,5	0	0,0	0	0,0	8	3,2	0,013*
4 - 5. aylar arasında	15	8,5	12	19,7	6	40,0	33	13,0	
6. ayda	110	62,1	36	59,0	6	40,0	152	60,1	
> 6. ay	44	24,9	13	21,3	3	20,0	60	23,7	
Toplam	177	100,00	61	100,00	15	100,00	253	100,00	

* Fisher-Freeman-Halton Exact Test

Tablo 4. Annelerin eğitim düzeyinin, bebeklerine tamamlayıcı beslenmeye başlamayı düşündüğü zamanına ve prelaktal beslenmeye etkisinin değerlendirilmesi

Değişken	Eğitim Durumu												p
	Okuryazar Değil (n=63)		İlkokul (n=91)		Ortaokul (n=148)		Lise (n=141)		Üniversite (n=22)		Toplam (n=465)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tamamlayıcı beslenmeye başlamayı düşündüğü zamanı													
< 4 ay	8	12,70	3	3,30	5	3,38	5	3,55	2	9,09	23	4,95	0,043*
4 - 5 aylarda	12	19,05	16	17,58	16	10,81	11	7,80	1	4,55	56	12,04	
6. ay	30	47,62	50	54,95	97	65,54	94	66,67	14	63,64	285	61,29	
> 6. ay	13	20,63	22	24,18	30	20,27	31	21,99	5	22,73	101	21,72	
Prelaktal beslenme													
Hayır	46	73,0	66	72,5	113	76,4	104	73,8	17	77,3	346	74,4	0,957**
Evet	17	27,0	25	27,5	35	23,6	37	26,2	5	22,7	119	25,6	
Toplam	63	100,00	91	100,00	148	100,00	141	100,00	22	100,00	465	100,00	

* Monte Carlo exact test
** Pearson Chi-Square

Tablo 5. Anne yaşı ile tamamlayıcı beslenmeye geciş zamanı ve prelaktal beslenme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Değişken	n	%	Ortalama ± SD	Medyan (Q1-Q3)	p
Tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı					
< 4. ay	23	4,9	24,61 ± 6,14	23 (20 - 28,5)	0,004*
4 - 5. aylar arasında	56	12,0	25,93 ± 6,83	24 (21 - 29)	
6. ayda	285	61,3	28,01 ± 6,05	28 (23 - 33)	
> 6. ay	101	21,7	27,85 ± 6,21	27 (23 - 32)	
Prelaktal beslenme					
Hayır	346	74,4	27,51 ± 6,16	27 (23 - 32)	0,854**
Evet	119	25,6	27,71 ± 6,49	27 (22 - 33)	

* Kruskal-Wallis
** Mann-Whitney U

Sonuç: Mülteci annelerde bazı koruyucu sağlık uygulamaları yüksek düzeyde olmakla birlikte, prelaktal beslenme, biberon kullanımı, tamamlayıcı beslenme zamanı ve mikronutrient desteği açısından önemli iyileştirme alanları bulunmaktadır. Özellikle genç, düşük eğitim düzeyindeki ve gıdaya erişim güçlüğü yaşayan annelere yönelik kültürel açıdan uygun, süreklilik gösteren beslenme danışmanlığının güçlendirilmesi yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: prelaktal beslenme, tamamlayıcı beslenme, emzirme, mülteciler, gıda güvencesizliği

SS-47 Afet Bölgesinden Uzakta, Depremin Yansımaları: Çocuk Gelişim Uzmanına Yönlendirmelerde Deprem Sonrası Değişim

Merve Karaman Yılmaz[1], Esra Keskin[1], Meryem Erat Nergiz[2]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Büyük ölçekli doğal afetler, yalnızca doğrudan etkilenen bölgelerde yaşayan çocukların sağlığını değil, afet sonrası göç hareketleri ve toplum üzerindeki psikososyal etkiler aracılığıyla afet bölgesi dışındaki sağlık hizmetlerinin kullanımını ve hizmet gereksinimini de değiştirebilir. Özellikle çocuklarda psikososyal destek gereksiniminin artması, göç alan bölgelerde çocuklara yönelik sağlık hizmetlerinde ek bir başvuru yükü oluşturabilir. Bu çalışmada, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrasında, deprem bölgesi dışında yer alan bir hastanede çocuk gelişim uzmanına yönlendirme oranı ve yönlendirilme nedenlerindeki değişimin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran ve çocuk gelişim uzmanına yönlendirilen çocukların deprem öncesi (01Kasım 2022–05Şubat 2023) ve sonrası (06 Şubat–06 Mayıs 2023) dönemlerdeki özellikleri geriye dönük olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, depremden etkilenme durumu ve yönlendirilme nedenleri karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde [n (%)], sürekli değişkenler ortalama±standart sapma şeklinde sunuldu. Dönemler arasındaki karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için bağımsız örneklem t testi kullanıldı; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya deprem öncesi dönemde 286, deprem sonrası dönemde 285 olmak üzere toplam 571 çocuk dahil edildi. Yaş ortalamaları sırasıyla 60,2±40,0 ve 62,4±44,6 ay olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Çocuk gelişim uzmanına yönlendirme oranı deprem öncesinde %2,1 (290/13.919), sonrasında %2,6 (282/10.752) olup deprem sonrası dönemde anlamlı artış saptandı (p=0,005). Deprem sonrası yönlendirilen çocukların 16'sı (%5,6) depremzede veya depremzede yakınıydı. Kaygı nedeniyle yönlendirmeler %17,5'ten %26,7'ye (p=0,008), uyku sorunları nedeniyle yönlendirmeler %0,3'ten %4,2'ye (p=0,018) yükselirken, yeme sorunları nedeniyle yönlendirmeler %12,6'dan %7,4'e geriledi (p=0,038). Gelişimsel değerlendirme, dil ve konuşma bozuklukları, dikkat sorunları, çocukluk çağı mastürbasyonu ile tuvalet eğitimi ve sorunları nedeniyle yönlendirmelerde anlamlı değişiklik saptanmadı.

Tablo 1: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinden çocuk gelişim uzmanına yönlendirilen hastaların deprem öncesi ve sonrası dağılımı

Yönlendirilme Nedeni	Deprem Öncesi	Deprem Sonrası	Toplam n (%)	P değeri

	n (%)	n (%)		
Dil ve konuşma bozuklukları	62 (21,7)	72/%25,3	134 (23,5)	0,312
Kaygı Bozuklukları	**50 (17,5)**	**76 (26,7)**	**126 (22,1)**	**0,008**
Gelişimsel Değerlendirme	65 (22,7)	49 (17,2)	114 (20)	0,098
Tuvalet Eğitimi ve Sorunları	30 (10,5)	28 (9,8)	58 (10,2)	0,793
Yeme Sorunları	**36 (12,6)**	**21 (7,4)**	**57 (10)**	**0,038**
Dikkat Sorunları	32 (11,2)	20 (7)	52 (9,1)	0,183
Çocukluk Çağı Mastürbasyonu	8 (2,8)	7 (2,5)	15 (2,6)	0,799
Uyku Sorunları	**3 (0,3)**	**12 (4,2)**	**15 (2,6)**	**0,018**
Toplam n (%)*	**290 (2,1)**	**282 (2,6)**	**572 (2,2)**	**0,005**

*Toplam poliklinik başvuruları içerisinde çocuk gelişim uzmanına yönlendirilenlerin yüzdesi

Sonuç: Deprem sonrası dönemde, deprem bölgesi dışında yer alan bir hastanede çocuk gelişim hizmetlerine yönlendirme oranının arttığı ve özellikle kaygı ve uyku sorunlarına yönelik psikososyal destek gereksiniminin belirginleştiği görüldü. Yönlendirilen çocukların bir bölümünün depremi doğrudan yaşamış ve afet bölgesinden göç etmiş çocuklardan oluşması, afet sonrası göçün sağlık hizmeti gereksinimi açısından önemini göstermektedir. Bununla birlikte, depremi doğrudan yaşamamış çocuklarda da başvuruların artması, büyük ölçekli afetlerin sağlık hizmetlerine yansımalarının yalnızca afet bölgesiyle sınırlı kalmayabileceğini düşündürmektedir. Afet hazırlık ve müdahale planlarında, göç alan bölgelerde çocuklara yönelik psikososyal destek hizmetlerinin kapasitesinin de dikkate alınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Afet; deprem; çocuk gelişimi; psikososyal destek; göç

SS-48 Ebeveynlerin Solunum Sinsityal Virüsü ve Monoklonal Antikor ile Bağışıklamaya Yönelik Bilgi ve Tutumları: Çok Merkezli Çalışma

Gizem Kara Elitok[1], Özlem Bostan Gayret[2], Özden Aksu Sayman[3], Ebru Vazgeçer[4], Ebru Şenol[5], Nahide Haykır[6], Şeyma Karatekin[7], Muhammed Burak Selver[8], Evşen Çetin[9], Nurinisa Karagöz[10], Özden Durmuş Gönültaş[5], Merve Erdemir Kula[5], Elanur Yolal Karimov[11], Gonca Keskindemirci[12]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[3]Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya, Türkiye
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[5]İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı, İstanbul ,Türkiye
[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul ,Türkiye
[7]Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye
[8]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye
[9]Özel Acıbadem Altunizade Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, İstanbul, Türkiye
[10]Özel Memorial Şişli Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, İstanbul, Türkiye
[11]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
[12]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Solunum sinsityal virüsü (RSV), özellikle yaşamın ilk yılında bebeklerde ciddi alt solunum yolu enfeksiyonlarına ve hastane yatışlarına yol açabilen önemli bir solunum yolu patojenidir. Bu çalışmada, ebeveynlerin RSV enfeksiyonu, maternal aşılama ve monoklonal antikor (mAb) ile pasif bağışıklamaya ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma; 10 merkezde, rutin çocuk sağlığı izlemi için başvuran, > 32 gestasyon haftasında doğmuş ve kronolojik yaşı 0–8 ay olan çocukların ebeveynleriyle 1 Ocak–30 Nisan 2026 tarihleri arasında gerçekleştirildi. 1 Ocak–31 Mart 2026 tarihleri arasında katılımcılara sosyodemografik verileri, RSV ile ilgili bilgi düzeyleri, anne-bebeğin RSV bağışıklama durumuna yönelik sorular içeren anket uygulandı. Tüm ebeveynlere RSV'den korunmaya yönelik yazılı bilgilendirme verildi. RSV sezonu sonunda (1–30 Nisan 2026) ise aynı ebeveynler ile ikinci görüşme yapılarak RSV için pasif bağışıklama uygulanma durumları öğrenildi.

Bulgular: Çalışmaya 581 ebeveyn katıldı; %70,4'ü (n=409) eğitim ve araştırma hastanesi, %20,8'i (n=121) üniversite ve %8,8'i (n=51) özel hastanedendi. Bebeklerin yaş ortalaması 81,4 gün (4–292), %49,7'si (n=289) erkekti. Katılımcıların %39,9'u (n=232) RSV'yi duyduğunu, %29,1'i (n=169) RSV'den korunma yollarını bilmediğini belirtti. Annelerin yalnızca %1,5'i (n=9) gebelikte RSV aşısı olmuştu; aşılanmamanın en sık nedeni %93,3 (n=534) aşıdan haberdar olmamaktı. Gebeliğinde RSV aşısı olmayan 572 katılımcı vardı, 61'inin (%10,7) bebeğine daha önce RSV için pasif bağışıklama önerilmişti. Bunlardan 9'una (n:1,6) RSV için pasif bağışıklama yapılmıştı. Gebelikte RSV aşısı yapılmayanların (n: 572) bebeklerine RSV ye yönelik pasif bağışıklama uygulanmamasının en sık nedeni %78,67 (n: 450) RSV için pasif bağışıklama yapıldığının bilinmemesiydi. Sezon sonunda 497 katılımcıya ulaşıldı; %2,2'i (n=11) bebeğe RSV için pasif bağışıklama yaptırmıştı. Uygulamanın en sık nedeni sağlık çalışanı önerisiydi (n=8). Pasif bağışıklama yaptırmayanlarda (n: 486) en sık nedenler; maddi nedenler %36,4 (n=177), yeni bir uygulama olması nedeniyle güvensizlik %26,3 (n=128) ve ulusal aşı programında yer almamasıydı %18,9 (n=92).

Sonuç: Ebeveynlerin RSV ve korunma yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin düşük, maternal RSV aşılanma ve bebeklerde pasif bağışıklama oranlarının oldukça sınırlı olduğu görüldü. Maternal aşılama ve pasif bağışıklamanın uygulanmamasında en sık nedenin uygulamadan haberdar olmamak, olduğu tespit edildi. Bilgilendirme sonrasında pasif bağışıklamanın uygulanmamasında en sık nedenin maddi engeller olduğu saptandı. Sağlık çalışanı önerisinin pasif bağışıklamanın kabulünde önemli rol oynadığı görüldü. RSV'den korunmada farkındalığın artırılmasının yanı sıra ekonomik erişilebilirliğin sağlanmasına yönelik stratejilere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Solunum Sinsityal Virüsü, Pasif Bağışıklama, Aşılama, Sağlık Bilgisi

SS-49 Yumurta Alerjisi Şüphesi Nedeniyle KKK Aşısı Ertelenen Çocukların Ebeveynlerinde Aşı Kararsızlığı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Nahide Haykır[5], Tuba Kasapbaşı Gök[2], Özge Marangoz[4], Feyza Esen[3]

[1]TC SB İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
[2] TC SB İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Pediatri Kliniği Neonatoloji
[3] TC SB İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Pediatri Kliniği Çocuk Acil Kliniği
[4] TC SB İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Pediatri Kliniği
[5] TC SB İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Pediatri Kliniği Sosyal Pediatri Polk

Giriş ve Amaç: Aşılama programları, aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıkların ve bunlara bağlı mortalite ve kalıcı sekellerin azaltılmasında temel halk sağlığı uygulamalarındandır. Aşı kararsızlığı, aşı hizmetlerine erişim mümkün olduğu halde aşıların kabulünde gecikme veya reddedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yumurta alerjisi çocukluk çağında sık görülen besin alerjilerinden biridir. Güncel bilgiler yumurta alerjisinin kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısı için kontrendikasyon oluşturmadığını göstermesine rağmen, yumurta alerjisi şüphesi aileler ve sağlık çalışanlarında aşı güvenliğine ilişkin kaygılara ve aşılamanın ertelenmesine yol açabilmektedir. Bu çalışmada, yumurta alerjisi şüphesi nedeniyle KKK aşısı ertelenen çocukların ebeveynlerindeki aşı kararsızlığının değerlendirilmesi ve rutin aşılarını zamanında yaptıran çocukların ebeveynleriyle karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, Eylül 2023-Kasım 2025 tarihleri arasında Sosyal Pediatri-Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine yumurta alerjisi şüphesi nedeniyle KKK aşısı uygulanmamış olarak başvuran 72 çocuk ve ebeveyni dahil edildi. Kontrol grubunu rutin çocukluk çağı aşıları zamanında uygulanmış, aktif yakınması bulunmayan 75 çocuk ve ebeveyni oluşturdu. Ebeveynlerin aşı kararsızlığı, dokuz maddelik Aşı Kararsızlığı Ölçeği (Vaccine Hesitancy Scale, VHS) kullanılarak değerlendirildi. Ölçek toplam puanı ile Güven Eksikliği ve Riskler alt boyut puanları iki grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Katılımcıların %78'i kadın, %55'i 31-40 yaş grubundaydı. Gruplar arasında ebeveyn yaşı, cinsiyet ve ekonomik durum açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Yumurta alerjisi şüphesine yol açan en sık yakınmalar huzursuzluk (%76), hafif döküntü (%66) ve dışkılama sıklığında artıştı (%54). Yetmiş iki çocuğun yalnızca birinde yumurta alerjisi tanısı doğrulandı. VHS toplam puan ortalaması yumurta alerjisi şüphesi grubunda 28,3, kontrol grubunda 18,3; Güven Eksikliği alt boyut puanı sırasıyla 19,1 ve 12,8; Riskler alt boyut puanı ise 9,2 ve 5,5 bulundu. Toplam ve alt boyut puanları yumurta alerjisi şüphesi grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$). Ertelenmiş KKK aşıları uygulanan çocukların hiçbirinde yaşamı tehdit eden ciddi reaksiyon gözlenmedi.

Sonuç: Yumurta alerjisi şüphesi, KKK aşısının gereksiz yere ertelenmesine ve ebeveynlerde artmış aşı kararsızlığına eşlik edebilir. Yumurta alerjisinin KKK aşısı için kontrendikasyon

olmadığı konusunda sağlık çalışanları ve ebeveynlerin bilgilendirilmesi, gereksiz aşı gecikmelerinin ve aşı kararsızlığının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: KKK aşısı, aşı kararsızlığı, çocuk sağlığı, immünizasyon, yumurta alerjisi

SS-50 Okul Çağı Çocuklarında Uyku Bozuklukları ile Duygusal ve Davranışsal Güçlükler Arasındaki İlişki: Bir Doğum Kohortunun İzlem Çalışması

Elif Öztürk[1], Betül Sezer Çetindamar[2], Hatice Ezgi Barış[3], Mahmut Caner Us[3], Perran Boran[3]

[1]Beykent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İstanbul; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Uyku sağlığı, okul çağındaki çocukların fiziksel, bilişsel ve sosyoduygusal gelişimi açısından önemlidir. Uyku sorunları ise bu dönemde duygusal ve davranışsal işlevlerle ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, 9–12 yaş grubundaki çocuklarda uyku bozukluğu belirtileri ile duygusal ve davranışsal güçlükler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde oluşturulan doğum kohortunun 9–12 yaş dönemindeki izlem verileri kullanılarak gerçekleştirildi. Uyku bozukluğu belirtileri Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği (SDSC), duygusal ve davranışsal güçlükler ise ebeveyn tarafından doldurulan Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ) ile değerlendirildi. SDSC ve SDQ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. SDSC toplam puanı ile SDQ Toplam Güçlük Puanı arasındaki ilişki, yaş, cinsiyet, anne eğitim düzeyi ve toplam emzirme süresinin yer aldığı çok değişkenli doğrusal regresyon modeliyle değerlendirildi. SDSC alt boyutları ise yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş ayrı regresyon modellerinde incelendi.

Bulgular: Analize 249 çocuk dahil edildi. SDSC toplam puanı ile SDQ Toplam Güçlük Puanı arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0,343$; $p < 0,001$). Daha yüksek SDSC toplam puanları, duygusal belirtiler ($r=0,271$), davranış sorunları ($r=0,321$) ve akran sorunları ($r=0,244$) ile pozitif, prososyal davranış puanları ile negatif korelasyon gösterdi ($r=-0,194$; $p\leq0,001$); hiperaktivite/dikkatsizlik ile ilişki anlamlı değildi ($r=0,116$; $p=0,068$). Düzeltilmiş regresyon analizinde, daha yüksek SDSC toplam puanları daha yüksek SDQ Toplam Güçlük Puanlarını anlamlı olarak öngördü ($B=0,272$; $\beta=0,346$; %95 GA: 0,178–0,365; $p < 0,001$) ve model varyansın %13,1'ini açıkladı ($R^2=0,131$). Yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş ayrı modellerde uykuya başlama ve sürdürme bozuklukları (DIMS; $\beta=0,231$), uyku-uyanıklık geçiş bozuklukları (SWTD; $\beta=0,349$) ve aşırı uykululuk bozuklukları (DOES; $\beta=0,246$) daha yüksek SDQ Toplam Güçlük Puanlarını anlamlı olarak öngördü (tümü $p < 0,001$); diğer uyku alt boyutları anlamlı değildi.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Katılımcılar (n:249)	**n (%) / Ortalama ± SS**
Çocuk yaşı, yıl	10,08 ± 0,89
Cinsiyet	
Kız	121 (48,6)
Erkek	128 (51,4)
Gestasyonel yaş, hafta	38,61 ± 1,38
Doğum şekli	
Vajinal doğum	127 (51)
Sezaryen	122 (49)
Anne yaşı, yıl	30,03 ± 5,48
Anne eğitim süresi, yıl	8,72 ± 4,09
Anne çalışma durumu	
Çalışıyor	60 (24,1)
Çalışmıyor	189 (75,9)
Aile yapısı	
Çekirdek aile	214 (85,9)
Geniş aile	35 (14,1)
Toplam emzirme süresi, ay	19,63 ± 9,14
Yalnızca anne sütü süresi, ay	4,7 ± 2

Dipnot: Veriler ortalama ± standart sapma (SS) veya n (%) olarak sunulmuştur.

Sonuç: Okul çağındaki çocuklarda daha yüksek uyku bozukluğu puanları, daha fazla duygusal ve davranışsal güçlükle ilişkiliydi. Özellikle uykuya başlama ve sürdürme bozuklukları, uyku-uyanıklık geçiş bozuklukları ve aşırı uykululuk belirtileri, yaş ve cinsiyete göre düzeltme sonrasında daha yüksek SDQ Toplam Güçlük Puanlarını anlamlı olarak öngördü. Bu bulgular,

okul çağındaki çocukların psikososyal değerlendirmelerinde uyku özelliklerinin de dikkate alınmasının önemini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: uyku bozuklukları, duygusal güçlükler, davranışsal güçlükler

SS-51 Sağlıklı Çocukta Yüksek ALP: Her Zaman Hastalık mı? Benign Geçici Hiperfosfatazemi

Arzu Jalilova[1], Gamze Avcı[2]

[1]Acıbadem Kent Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Bölümü, İzmir, Türkiye
[2]Acıbadem Kent Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Benign geçici alkalen fosfataz yüksekliği (BTH), özellikle erken çocukluk döneminde görülen, belirgin ancak izole alkalen fosfataz (ALP) yüksekliği ile karakterize, kendini sınırlayan bir biyokimyasal durumdur. Klinik olarak sağlıklı çocuklarda saptanmasına rağmen, bu durumun yeterince bilinmemesi gereksiz ileri tetkiklere, görüntüleme yöntemlerine başvurulmasına ve ailelerde kaygıya yol açabilmektedir. Bu çalışmada BTH tanısı alan çocukların klinik ve biyokimyasal özelliklerinin sunulması ve uygun tanısal yaklaşımın vurgulanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma retrospektif, tanımlayıcı bir olgu serisi olarak planlandı. Ocak–Eylül 2025 tarihleri arasında izole ALP yüksekliği saptanan ve klinik ile laboratuvar bulguları BTH ile uyumlu olan dört pediatrik hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru nedenleri, klinik bulguları, laboratuvar parametreleri (karaciğer fonksiyon testleri, kalsiyum-fosfor metabolizması, paratiroid hormon ve vitamin D düzeyleri), ALP izoenzim analizleri ve izlem sonuçları ayrıntılı olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların yaşları 1–2 yıl arasında olup tümü klinik olarak asemptomatikti. ALP düzeyleri 1265–4860 IU/L arasında olup yaşa göre referans değerlerin yaklaşık 3–10 katı yüksekti. Tüm hastalarda karaciğer enzimleri, bilirubin düzeyleri ve kalsiyum-fosfor metabolizmasına ait parametreler normal sınırlarda saptandı. ALP izoenzim analizinde tüm olgularda karaciğer ve kemik kaynaklı karışık patern izlendi. Klinik ve biyokimyasal olarak ek patoloji düşündürecek bulgu olmaması nedeniyle hiçbir hastada radyolojik görüntüleme yapılmadı. İzlem sürecinde tüm hastalarda ALP düzeylerinin 4–12 hafta içerisinde spontan olarak normale döndüğü gözlendi ve takiplerde herhangi bir patolojik durum gelişmedi.

Tablo 1. Hastaların Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Başvuru Nedeni	Pik ALP (IU/L)	AST/ALT (IU/L)	Ca/P (mg/dL)	PTH (pg/mL)	Vit D (ng/mL)	Enfeksiyon Öyküsü	Normalizasyon Süresi
1	1 yıl 2 ay	K	Rutin tarama	2907	29 / 11	10.4 / 5.4	15.8	27.7	Yok	3 ay
2	1 yıl	E	ÜSYE sırasında	4860	60 / 23	10.1 / 5.9	28.9	36.9	Var	3 ay
3	2 yıl	K	Rutin tarama	2084	43 / 26	10.0 / 5.5	33.6	34.8	Yok	1 ay

4	2 yıl 6 ay	E	Preoperatif	1265	34 / 20	9.4 / 4.5	15.0	42.0	Yok	1 ay

Tablo 2. ALP İzoenzim Dağılımı

Olgu	**Karaciğer ALP (IU/L)**	**Kemik ALP (IU/L)**	**İntestinal ALP (IU/L)**
1	617	2157	5.6
2	940	1589	10.2
3	510	1520	7.2
4	156	375	9.7

Sonuç: İzole ALP yüksekliği olan, klinik olarak sağlıklı ve laboratuvar bulguları normal olan küçük çocuklarda BTH tanısı mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu durumun doğru tanınması, gereksiz tetkiklerin ve yönlendirmelerin önlenmesi, sağlık sistemi yükünün azaltılması ve aile kaygısının giderilmesi açısından önemlidir. Uygun klinik bağlamda "izle ve bekle" yaklaşımı güvenli, etkili ve yeterli bir yönetim stratejisidir.

Anahtar Kelimeler: Benign geçici hiperfosfatazemi, alkalen fosfataz, çocuk, farkındalık

SS-52 Algılanan Sosyal Destek ve Doğum Sonrası Depresif Belirtiler: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma

Ebru Şenol[1], Mine Başıbüyük[2], Merve Erdemir Kula[3], Nalan Karabayır[2], Adnan Barutçu[4], Şeyma Karatekin[5], Elif Ünver Korğalı[6], Gülberat Totur[7], Meryem Erat Nergiz[8], Feyza Koç[9], Merve Tosyalı[9], Şeyma Çiçek[10], Aybüke Kaçır[2], Atilla Çiftçi[1], Sıddika Songül Yalçın[11]

[1]Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]TC Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
[4]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[5]Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[6]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[7]S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
[8]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[9]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[10]Ankara Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
[11]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Post-partum depresyon (PPD) önemli bir halk sağlığı sorunudur ve tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yaygındır. Algılanan sosyal desteğin PPD'ye karşı koruyucu bir etkisi olabileceği düşünülmekle birlikte, farklı destek kaynaklarının bu etkiye katkısının daha ayrıntılı araştırılması gereklidir. Çalışmamızın amacı, algılanan sosyal destek ve kaynaklarının (aile, arkadaş, özel bir insan) PPD belirtileriyle ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çok merkezli kesitsel çalışmaya Türkiye'deki sekiz merkezden 577 anne katıldı. PPD belirtileri Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) ile değerlendirildi; ≥13 puan yüksek depresif belirti kabul edildi. Algılanan sosyal destek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support,MSPSS) ile aile, arkadaş, özel bir insan alt boyut ve toplam puanlarıyla ölçüldü. EPDS ile MSPSS puanlarının ilişkisi Spearman korelasyonuyla incelendi. MSPSS toplam puanının yüksek depresif belirtilerle ilişkisi, sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özellikler ile doğum sonrası B12, D vitamini ve demir eksiklikleri açısından düzeltilmiş ardışık lojistik regresyon modelleriyle değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama EPDS skoru 8.6±5.7 idi, 142 (%24,6) annede yüksek depresif belirtiler izlendi. EPDS puanı ≥13 olan annelerin MSPSS toplam puan ortalaması, EPDS puanı < 13 olanlara göre daha düşüktü (54,0±18,4 ve 66,4±14,9; p < 0,001). EDPS skoru ile MSPSS total skoru (r_s=−0.378), aile desteği skoru (r_s=−0.314), arkadaş desteği skoru (r_s=−0.353) ve özel bir insan desteği skoru (r_s=−0.315) arasında negatif yönde, orta düzeyde korelasyon saptandı (tüm p < 0.001). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, MSPSS toplam puanındaki her 10 puanlık artış, yüksek depresif belirti olasılığında %36 azalma ile ilişkiliydi (dOR=0,64; %95 GA: 0,56–

0,73; p < 0,001). Doğum sonrası B12 vitamini eksikliği (dOR=3,47; %95 GA:1,57–7,70; p=0,002), üniversite ve üzeri eğitim düzeyi (dOR=3,03; %95 GA:1,20–7,63; p=0,019) ve üç veya daha fazla çocuk sahibi olmak (dOR=2,27; %95 GA:1,02–5,03; p=0,045) yüksek depresif belirtilerle bağımsız olarak ilişkiliydi. MSPSS puanları ile yüksek depresif belirtiler arasındaki ilişki sosyodemografik, klinik ve beslenme değişkenleri eklendiğinde değişmedi(OR aralığı 0,63–0,64).

Tablo-1: Annelerin doğum sonrası depresif belirti durumuna göre temel özellikleri

Özellik	**Tüm anneler (n=577)**	**EPDS <13 (n=435)**	**EPDS ≥13 (n=142)**	**p**
Sosyodemografik özellikler				
Annenin yaşı (yıl)	31,14 ± 5,05	31,09 ± 5,11	31,30 ± 4,85	0,746
Beden kitle indeksi (kg/m²)	26,39 ± 4,74	26,56 ± 4,69	25,88 ± 4,86	0,123
Eğitim düzeyi				0,461
Okula gitmemiş/ilkokul	55 (9,5)	42 (9,7)	13 (9,2)	
Lise	156 (27,0)	123 (28,3)	33 (23,2)	
Üniversite ve üstü	366 (63,4)	270 (62,1)	96 (67,6)	
Çocuk sayısı				0,171
1	344 (59,7)	265 (60,9)	79 (56,0)	
2	167 (29,0)	127 (29,2)	40 (28,4)	
≥3	65 (11,3)	43 (9,9)	22 (15,6)	
Sağlıkla ilgili özellikler				
Annenin sigara kullanımı	94 (16,3)	64 (14,7)	30 (21,1)	0,088
Kronik hastalık	82 (14,2)	57 (13,1)	25 (17,6)	0,212
Doğum sonrası B12 eksikliği	48 (8,3)	27 (6,2)	21 (14,8)	**0,003**
Doğum sonrası D vitamini eksikliği	47 (8,1)	35 (8,0)	12 (8,5)	0,861
Doğum sonrası demir eksikliği	167 (28,9)	120 (27,6)	47 (33,1)	0,241
Algılanan sosyal destek (MSPSS)				
Toplam puan	63,34 ±	66,38 ±	54,04 ±	**<0,001**

	16,65	14,86	18,37	
Aile	23,62 ± 5,16	24,43 ± 4,47	21,16 ± 6,26	**<0,001**
Arkadaş	20,90 ± 6,92	22,07 ± 6,20	17,31 ± 7,77	**<0,001**
Özel bir insan	18,82 ± 7,90	19,89 ± 7,66	15,56 ± 7,76	**<0,001**

Veriler n (%) veya ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. Eksik veri nedeniyle paydalar değişebilir. Anlamlı p değerleri (p<0,05) kalın yazılmıştır. EPDS: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği; MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Tablo-2: Yüksek doğum sonrası depresif belirtilerle (EPDS ≥13) bağımsız olarak ilişkili faktörler

Değişken	**dOR (%95 GA)**	**p**
MSPSS toplam puanı (her 10 puan artış)	0,64 (0,56–0,73)	<0,001
Doğum sonrası B12 vitamini eksikliği	3,47 (1,57–7,70)	0,002
Eğitim: üniversite ve üstü	3,03 (1,20–7,63)	0,019
Çocuk sayısı: ≥3	2,27 (1,02–5,03)	0,045

Model; annenin yaşı, beden kitle indeksi, eğitim düzeyi, hane geliri, çocuk sayısı, sigara kullanımı, kronik hastalık, ruhsal hastalık öyküsü, doğum sonrası B12, D vitamini ve demir eksiklikleri ile çalışma merkezine göre düzeltilmiştir. Yalnızca anlamlı değişkenler gösterilmiştir. dOR: düzeltilmiş odds oranı; GA: güven aralığı; MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Sonuç: Her dört anneden biri yüksek düzeyde doğum sonrası depresif belirti taşımaktaydı. Aile, arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal destek, diğer faktörlerden bağımsız olarak daha az depresif belirtiyle ilişkiliydi; B12 vitamini eksikliği ise değiştirilebilir bir risk faktörü olabilir. Çocuk sağlığı izlemleri, anne ruh sağlığını ve sosyal destek ağını değerlendirmek için önemli bir fırsattır; sosyal desteği zayıf anneler öncelikli olarak taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonrası depresyon, Algılanan sosyal destek, Anne ruh sağlığı, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

SS-53 Çocuk Uyku Sorunlarında Annelerin Yardım Arama Davranışları ve Bilgi Kaynakları

Kübra Ünal[2], Nihal Durmaz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Şebinkarahisar Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Ebeveynlerin çocuklardaki uyku sorunlarını fark etmesi ve güvenilir bilgiye ulaşması, uygun desteğe yönelmenin temel koşullarındandır. Bu çalışmada, 6–36 aylık çocuğu olan annelerin çocuk uykusuna ilişkin yardım ve bilgi arama davranışlarının, tercih ettikleri bilgi kaynaklarının ve karşılanmamış bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi; ayrıca bu davranışların çocuklardaki uyku sorunları ve anneye ilişkin özelliklerle birlikte değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel çalışma, Şubat–Nisan 2025 tarihleri arasında bir hastanenin sağlam çocuk polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya 6–36 aylık çocuğu olan 160 anne dâhil edildi. Çocukların uyku özellikleri Kısa Bebek Uyku Anketi-Kısa Formu (BISQ-SF), annelerin uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) ve psikolojik belirtileri 20 maddelik Kendini Bildirim Ölçeği (SRQ-20) kullanılarak değerlendirildi. Annelerin çocuk uykusuna ilişkin yardım arama davranışları, bilgi gereksinimleri, sağlık çalışanlarından bilgi alma durumları, tercih ettikleri bilgi kaynakları ve sosyal medya kullanımları yapılandırılmış bir anketle incelendi. Verilerin analizinde grup karşılaştırmaları, korelasyon analizleri ve ikili lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Annelerin %85,0'i çocuk uykusu hakkında bilgi almak istediğini belirtmesine karşın yalnızca %16,3'ü bu konuda sağlık çalışanlarından bilgi almıştı. Çocuğu için uyku eğitimi alan annelerin oranı %7,5 iken yapılandırılmış uyku eğitimine gereksinim duyduğunu belirtenlerin oranı %32,5'ti. En fazla tercih edilen bilgi kaynakları, çocuk hekimiyle bireysel görüşme (%71,9) ve uyku danışmanlığı hizmetleriydi (%47,5). Kitaplar/basılı materyaller ile YouTube içerikleri %20,0, bilimsel makaleler ise %18,1 oranında tercih edilmekteydi. Annelerin %61,9'u çocuk uykusu hakkında bilgi edinmek amacıyla sosyal medyayı kullanıyordu. Sosyal medya kullanıcıları arasında en sık tercih edilen platformlar Instagram (%86,9) ve YouTube'du (%56,6). Sosyal medya kullanımının başlıca nedenleri, uzmanlar tarafından hazırlanan içeriklere erişmek (%49,4) ve benzer sorunlar yaşayan ailelerin deneyimlerinden yararlanmaktı (%42,5). BISQ ölçütlerine göre çocukların %36,8'inde uyku sorunu saptanırken annelerin %31,9'u çocuğunda uyku sorunu bulunduğunu düşünüyordu. Yapılandırılmış uyku eğitimine duyulan gereksinim, BISQ ile tanımlanan uyku sorununun varlığıyla ilişkiliydi (p=0,002); ancak çok değişkenli analizde bağımsız bir yordayıcı değildi (OR=2,10; %95 GA: 0,82–5,34; p=0,121). Annenin çocuğunda uyku sorunu bulunduğuna ilişkin algısı, BISQ ile tanımlanan uyku sorununun en güçlü bağımsız yordayıcısıydı (OR=4,33; %95 GA: 1,76–10,68; p=0,001).

Sonuç: Annelerin çocuk uykusuna ilişkin bilgi talebi yüksek, sağlık profesyonellerinden bilgi alma oranı ise düşüktür. Çocuk sağlığı izlemlerinde yapılandırılmış uyku danışmanlığının eklenmesi ve sık kullanılan dijital platformlarda uzmanlarca hazırlanmış kanıta dayalı içeriklerin sunulması, karşılanmamış bilgi gereksiniminin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: çocuk uykusu, yardım arama davranışı, bilgi gereksinimi, sosyal medya, uyku danışmanlığı

SS-54 Doğum Sonrası Altıncı Ayda Annelerin Bebeklerinin Ağlamasına Verdikleri Duygusal Tepkiler: Bir Anne-Bebek Kohortunda Duygularım Anketi'nin Psikometrik Özellikleri

Betül Şenyürek[1], Öznur Gökçe Nizam[1], Mahmut Caner Us[2], Hatice Ezgi Barış[2], Perran Boran[2]

[1]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bebek ağlamasının, ebeveynlerde uyandırdığı güçlü duygusal yanıtların niteliği ebeveynlik kalitesi ile yakından ilişkilidir. Bu ilişki, bebeğin bağlanması, duygu düzenleme kapasitesi ve davranışsal gelişimi üzerinde doğrudan etkilidir. Duygularım Anketi hem duyguyu hem de yönelimini birlikte ölçmesi açısından literatürde benzersizdir. Bu çalışmada prospektif bir anne-bebek kohortunun başlangıç verileri olan doğum sonrası 6. ay verileri kullanılarak Duygularım Anketi'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu psikometrik analiz, tez kapsamında oluşturulan prospektif anne-bebek kohortunun doğum sonrası 6. ay başlangıç değerlendirmesine dahil edilen katılımcılar üzerinden gerçekleştirildi. Kohorta 18 yaş ve üzerinde, 6 ± 1 ay bebeği olan, okuryazar 261 anne katıldı. Anket 2 araştırmacı tarafından telefon ile aranarak birebir uygulandı. Duygularım Anketi'nin puanlarının ilişkili psikososyal yapılarla beklenen yönde ilişki gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla ebeveynlik stresi Ebeveyn Stres Ölçeği (ESÖ), anne-bebek bağlanması ise Doğum Sonrası Anne Bağlanma Ölçeği (DABÖ) ile Spearman korelasyonu yapılarak incelendi. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısıyla, yapı geçerliliği açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleriyle (AFA ve DFA) incelendi. Test-tekrar test güvenilirliği, 50 katılımcıya üç hafta sonra yeniden uygulanarak sınıf içi korelasyon katsayısıyla (ICC) kullanılarak değerlendirildi.

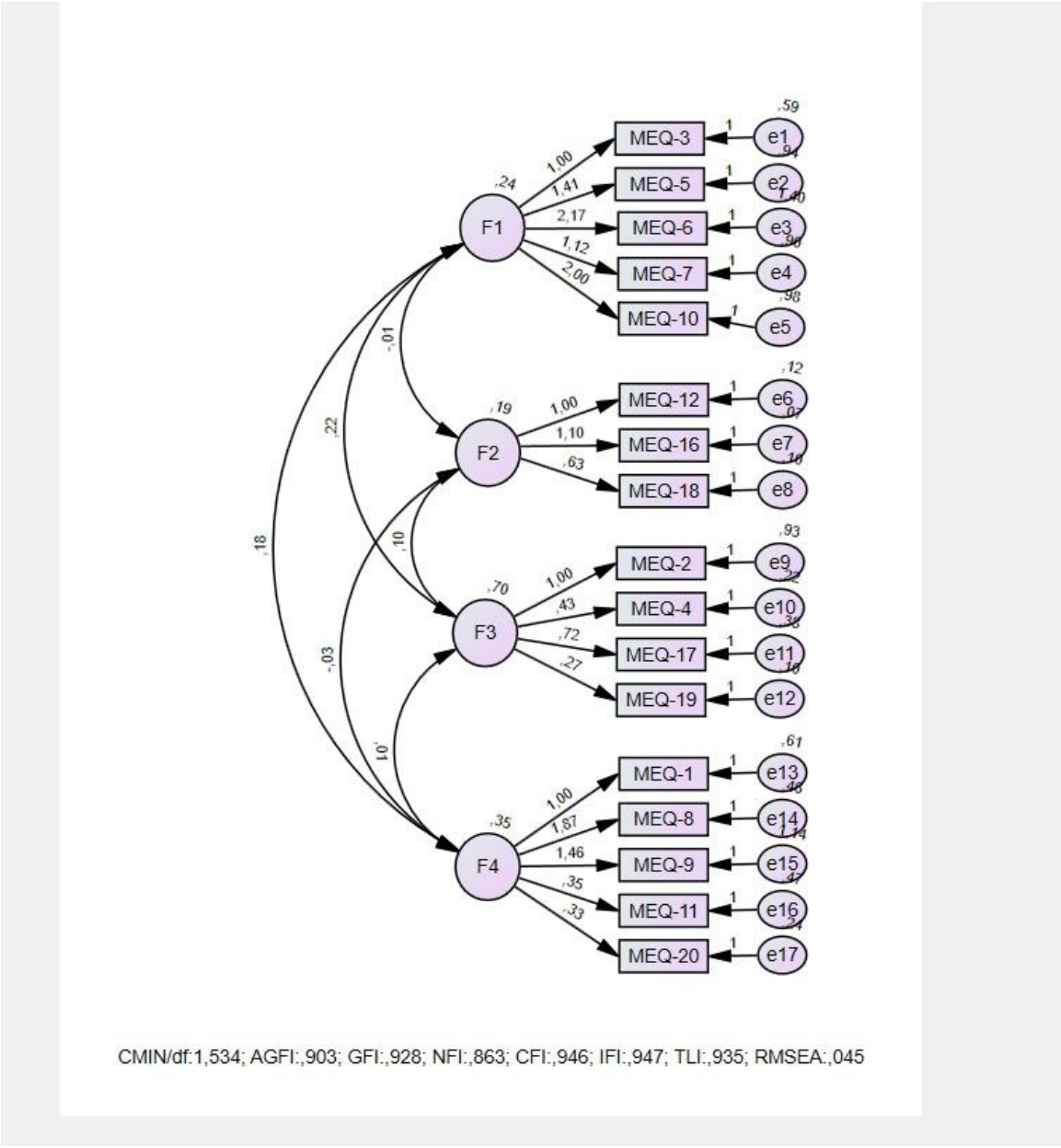
Bulgular: Yirmi maddelik form uygulandı; özgün puanlama yaklaşımı doğrultusunda 13, 14 ve 15. maddeler ana analizlere alınmadı. On yedi maddelik veriler faktör analizine uygundu (KMO=0,792; Bartlett $p < 0,001$). Ölçeğin 17 maddelik toplam puanına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,77; alt boyutların alfa katsayıları 0,66-0,80 aralığındaydı. AFA'da Eğlence, Anksiyete, Hayal Kırıklığı ve Bebeğe Yönelik Tepkiler-Sempati/Koruyuculuk'tan oluşan dört faktörlü yapı varyansın yaklaşık %42,96'sını açıkladı. Özgün beş faktörlü DFA modelindeki Sempati ve Koruyuculuk faktörleri ayrışmadı. AFA'dan türetilen dört faktörlü model en iyi uyumu gösterdi (CFI=0,968; TLI=0,962; RMSEA=0,048; SRMR=0,090). Alfa değerleri 0,66-0,80, omega değerleri 0,767-0,840 arasındaydı. Anksiyete ve Hayal Kırıklığı, DABÖ toplam puanıyla negatif (sırasıyla ρ=-0,412 ve -0,606), ESÖ toplam puanıyla pozitif (ρ=0,422 ve 0,558) ilişkiliydi. Test-tekrar test ICC değerleri Hayal Kırıklığı için 0,907, Anksiyete için 0,744, Eğlence için 0,669 ve Bebeğe Yönelik Tepkiler-Sempati/Koruyuculuk için 0,449'du.

Tablo 1. Duygularım Anketi Türkçe Formunun Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Duygularım Anketi	C 1: Anksiyete	C 2: Eğlence	C3: Hayal Kırıklığı	C 4: Sempati/ Koruyuculuk	KMO	Com	Cronbach's alfa
					0.792		0.77
Bartlett Küresellik Testi					<0.001		
Bebeğim ağladığında							
ANK 3: Hiçbir şeyin işe yaramayacağını düşünerek kaygılanırım.	**0.710**				0.833	0.398	0.73
ANK 5: Nasıl tepki vereceğimi bilemeyeceğim diye endişelenirim.	**0.768**				0.826	0.417	
ANK 6: Bebeğimin haline acırım.	**0.474**				0.877	0.419	
ANK 7: Diğerlerinin beni kötü bir anne olarak düşüneceğinden endişelenirim.	**0.311**				0.861	0.266	
ANK 10: Bebeğimin ağlamasının uzun süreceğinden endişelenirim.	**0.543**				0.888	0.484	
EGL 12: Bebeğimin üzülmesi bana komik gelir.		**0.789**			0.674	0.634	0.80
EGL 16: Bu durumu komik bulurum.		**0.871**			0.677	0.754	
EGL 18: Gülmek isterim.		**0.626**			0.713	0.414	
HAY 2: Ağlama sesi beni rahatsız eder.			**0.498**		0.832	0.433	0.66
HAY 4: Beni başka şeylerden alıkoyduğu için bebeğime kızarım			**0.575**		0.750	0.407	
HAY 17: Bebeğimi üzen duruma veya kişiye öfkelenirim.			**0.671**		0.784	0.458	
HAY 19: Aşırı tepki verdiği için bebeğime sinirlenirim.			**0.739**		0.766	0.432	
SEM/KOR 1: Bebeğim için üzülürüm.				**0.570**	0.776	0.367	0.68
SEM/KOR 8: Bebeğim için kaygılanırım.				**0.783**	0.778	0.694	
SEM/KOR 9: Bebeğimin ne istediği veya neye ihtiyacı olduğu konusunda endişelenirim.				**0.546**	0.846	0.412	
SEM/KOR 11: Bebeğimi rahatlatmak için güçlü bir istek duyarım.				**0.491**	0.739	0.154	
SEM/KOR 20: Bebeğimi koruma isteği duyarım.				**0.423**	0.815	0.160	

Not: Kalın yazılan değerler maddelerin ait oldukları alt boyutu göstermektedir. Kısaltmalar: C: Bileşen; Ank: Anksiyete; EGL: Eğlence; HAY:Hayal Kırıklığı; SEM/KOR: bebeğe yönelik tepkiler-sempati/koruyuculuk.

Duygularım Anketi Türkçe Formuna İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi



Sonuç: Türkçe Duygularım Anketi, özgün beş faktör yerine 17 maddelik dört faktörlü bir yapı gösterdi. Anksiyete ve Hayal Kırıklığı boyutlarının geçerlik bulguları daha tutarlıydı. Bebeğe Yönelik Tepkiler boyutunun sınırlı zamansal kararlılığı, bağımsız örneklemlerde yeniden incelenmesini gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Duygularım Anketi, bebek ağlaması, anne duyguları, geçerlik ve güvenirlik, ölçek uyarlaması

SS-55 Çocuk ve Adölesanlarda Anne Sütü Süresi Kas-Yağ Oranı ve El Kavrama Gücü ile İlişkili midir?

Gamze Avcı[1], Hande Selin Ok[2], Arzu Jalilova[3]

[1]Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Acıbadem Kent Hastanesi, İzmir, Türkiye
[2]Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Acıbadem Kent Hastanesi, İzmir, Türkiye
[3]Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Bölümü, Acıbadem Kent Hastanesi, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Erken dönem beslenmenin, özellikle anne sütü kullanım süresinin, ileriki dönemde vücut kompozisyonu ve kas sağlığı üzerinde etkileri olabilir. Bu çalışmada anne sütü kullanım süresinin el kavrama gücü, iskelet kas indeksi ve kas/yağ oranı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışmaya 8–18 yaş aralığında 84 çocuk ve adölesan dahil edildi. Anne sütü kullanım süresi ay olarak kaydedildi ve analizlerde sürekli değişken olarak değerlendirildi. Dominant el maksimum kavrama gücü el dinamometresi ile ölçüldü. Relatif kavrama gücü, maksimum kavrama gücünün vücut ağırlığına bölünmesiyle hesaplandı. Tanita ile iskelet kas kütlesi ve yağ kütlesi ölçüldü. İskelet kas indeksi, iskelet kas kütlesinin boyun metre cinsinden karesine bölünmesiyle; kas/yağ oranı ise iskelet kas kütlesinin yağ kütlesine bölünmesiyle hesaplandı. Anne sütü süresi ile sonuç değişkenleri arasındaki ilişki lineer regresyon analizi ile değerlendirildi. Düzeltilmiş analizlerde yaş, cinsiyet ve Tanner evresi modele dahil edildi.

Bulgular: Anne sütü süresi sürekli değişken olarak değerlendirildiğinde, düzeltilmemiş analizlerde maksimum kavrama gücü, relatif kavrama gücü, iskelet kas indeksi ve kas/yağ oranı ile anlamlı ilişki saptanmadı. Yaş, cinsiyet ve Tanner evresi ile düzeltilmiş analizlerde de anne sütü süresi maksimum kavrama gücü, relatif kavrama gücü ve iskelet kas indeksi ile ilişkili bulunmadı. Buna karşın, daha uzun anne sütü süresi daha yüksek kas/yağ oranı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Her 1 aylık ek anne sütü süresi, kas/yağ oranında ortalama 0,030 birim artış ile ilişkiliydi (Tablo 1).

Tablo 1. Anne sütü süresinin kas gücü ve vücut kompozisyonu parametreleri ile ilişkisi

Sonuç değişkeni	Düzeltilmemiş β / ay	p	Düzeltilmiş β / ay*	%95 GA	p
Maksimum kavrama gücü, kg	+0,043	0,63	-0,019	-0,150 - +0,113	0,778
Relatif kavrama gücü	+0,0019	0,11	+0,0019	-0,0005 - +0,0044	0,113
İskelet kas	-0,022	0,34	-0,037	-0,076 - +0,002	0,062

indeksi, kg/m²					
Kas/yağ oranı	+0,023	0,16	+0,030	+0,001 - +0,058	0,040

*Yaş, cinsiyet ve Tanner evresi ile düzeltilmiştir. β / ay: Anne sütü süresindeki her 1 aylık artışa karşılık sonuç değişkenindeki ortalama değişimi göstermektedir.

Sonuç: Anne sütü kullanım süresi maksimum el kavrama gücü, relatif kavrama gücü ve iskelet kas indeksi ile ilişkili bulunmadı. Bununla birlikte, daha uzun anne sütü süresi yaş, cinsiyet ve Tanner evresinden bağımsız olarak daha yüksek kas/yağ oranı ile ilişkiliydi. Bu bulgu, anne sütü süresinin çocuk ve adölesanlarda vücut kompozisyonu üzerinde olumlu bir ilişkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, el kavrama gücü, vücut kompozisyonu, iskelet kas indeksi, kas/yağ oranı

SS-56 Büyük Ebeveynlere Uygulanan Etkileşim Temelli Eğitimin Torunların Büyüme ve Gelişmesi Üzerine Etkisi

Mahmut Caner Us[1], Hatice Ezgi Barış[1], Perran Boran[1]

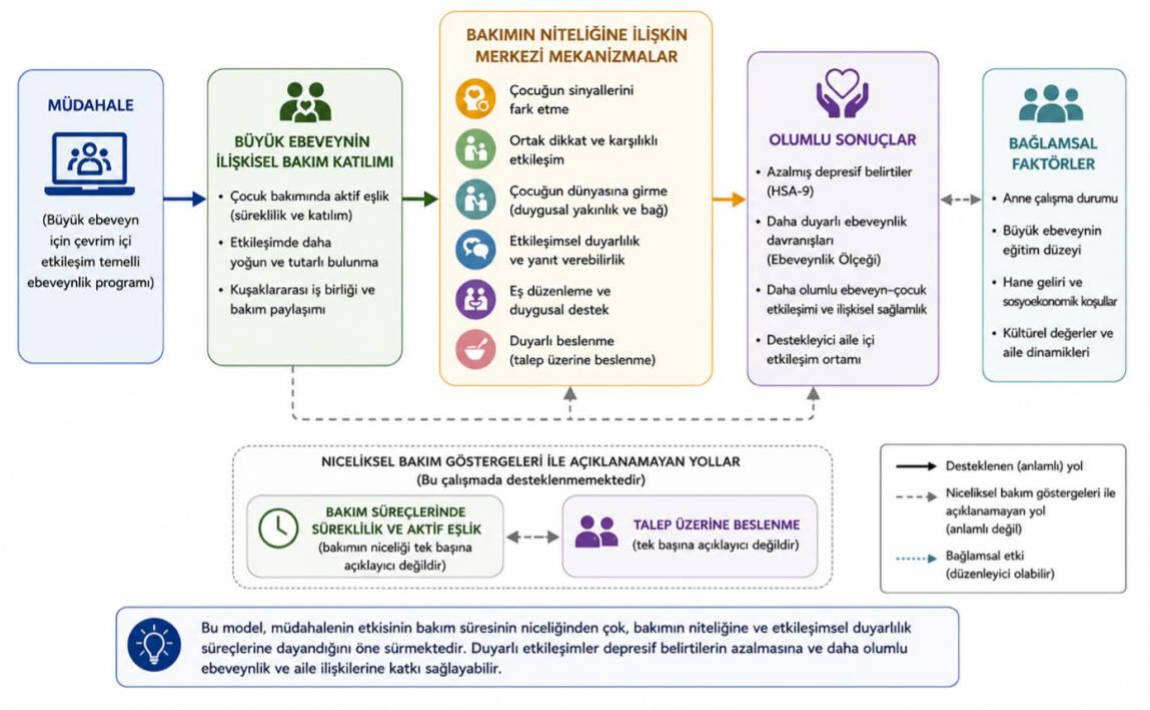
[1]Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri Doktora Programı
[2]Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri BD

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, büyük ebeveyn (BE) katılımını içeren etkileşim temelli bir erken çocukluk müdahale programının (ETEÇOM-2); bakım veren–çocuk etkileşimi, ebeveyn psikososyal özellikleri, beslenme davranışları ve çocuk gelişimi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu karma yöntemli pilot fizibilite müdahale çalışması, Haziran 2023–Ocak 2025 tarihleri arasında, 0–6 ay arası çocuğu olan ve büyük ebeveyn (BE) desteği alan 65 aile ile yürütüldü. Müdahale grubuna ETEÇOM-2 çevrim içi eğitim programı uygulandı. Katılımcılar sosyodemografik özellikler, beslenme uygulamaları, psikososyal ölçekler, ebeveynlik değerlendirmeleri ve video kodlama temelli ebeveyn–çocuk etkileşim analizleri ile değerlendirildi. Müdahale etkisinin altında yatan mekanizmaları incelemek amacıyla aracılık ve moderasyon analizleri ile nitel görüşmeler gerçekleştirildi.

Bulgular: Bakıma en çok katılan BE'ler anneanneler idi (%55,4). Müdahale grubunda BE'nin çocuk bakımına katılım süresi yüksek olup ($p < 0,001$); BE bakım süresi aynı evde yaşama ve anne çalışma durumu ile pozitif ilişkili bulundu ($p=0,037$, $p=0,021$). Müdahale sonrasında video kodlama temelli analizlerde BE ve çocuk davranışlarında anlamlı iyileşmeler saptandı ($p < 0,001$). Regresyon analizlerinde çocuk toplam, dikkat ve başlatma davranış puanlarındaki değişimin pozitif belirleyicisi BE'nin ilk torun deneyimi olarak bulundu ($\beta=0,501$, $p=0,034$; $\beta=0,488$, $p=0,006$; $\beta=0,400$, $p=0,039$). Anne depresyon puanları müdahale grubunda anlamlı olarak düşüktü ($p=0,014$, Cohen's $d=-0,64$) ve grup×zaman etkileşimi de anlamlıydı ($p=0,013$). Besleme uygulamalarından talep üzerine beslenme puanları müdahale grubunda anlamlı yüksekti ($p=0,018$, Cohen's $d=0,54$). Aracılık ve moderasyon analizleri, müdahale etkilerinin BE bakımının süresi yoğunluğundan çok bakımın etkileşimsel niteliği ile ilişkili olabileceğini gösterdi. Nitel bulgularda müdahalenin bakım paylaşımı, kuşaklararası bakım uyumu ve çocuk merkezli etkileşim örüntülerini güçlendirdiğini ortaya koydu.

Büyük ebeveyn katılımına dayalı müdahalede bakım ekolojisi temelli kavramsal etki modeli



Başlangıç Puanları Kontrol Edildikten Sonra Müdahale Sonrası Video Kodlama Puanlarının Belirleyicilerine İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizleri

Bağımlı değişken (Müdahale sonrası)	Final modelde anlamlı değişken(ler)	β	B (%95 GA)	p	Final Adj. R^2	Model p
ÇDDÖ-TV Toplam	Anne çalışma durumu İlk torun olma	-0,401 0,501	-0,222 (-0,427 – -0,018) 0,270 (0,082 – 0,457)	0,034 0,007	0,223	0,053
ÇDDÖ-TV Dikkat	Anne çalışma durumu İlk torun olma	-0,420 0,488	-0,178 (-0,339 – -0,016) 0,201 (0,061 – 0,340)	0,032 0,006	0,272	0,028
ÇDDÖ-TV Başlatma	İlk torun olma	0,400	0,358 (0,020 – 0,696)	0,039	0,094	0,215
EDDÖ-TV Duyarlı-Yanıtlayıcı Olma	Duyarlı-Yanıtlayıcı Olma (MÖ)	0,700	0,486 (0,274 – 0,699)	<0,001	0,390	0,004

EDDÖ-TV Duygusal İfade Edici Olma	Duygusal İfade Edici Olma (MÖ)	0,931	0,608 (0,468 – 0,748)	<0,001	0,729	<0,001
EDDÖ-TV Başarı Odaklı-Yönlendirici Olma	Başarı Odaklı-Yönlendirici Olma (MÖ)	0,816	0,591 (0,449 – 0,733)	<0,001	0,739	<0,001
	HSA toplam puanı (MS)	-0,361	-0,024 (-0,037 – -0,011)	<0,001		

Hiyerarşik doğrusal regresyon analizleri yalnızca müdahale grubunda gerçekleştirilmiştir. Modellerde ilgili video kodlama alanının başlangıç puanı kovaryat olarak modele dahil edilmiştir. Ayrıca çocuk yaşı, anne çalışma durumu, büyük ebeveyn yaşı, bakım süresi, ilk torun olma durumu ve PHQ-9 puanı aşamalı olarak modele eklenmiştir. Tabloda final modeller ve istatistiksel olarak anlamlı veya sınırda anlamlı bulunan değişkenler sunuldu. β: Standardize edilmiş regresyon katsayısı. B: Standardize edilmemiş regresyon katsayısı, GA: Güven aralığı, Adj. R^2: Düzeltilmiş açıklayıcılık katsayısı, Model p: Final regresyon modeline ait ANOVA anlamlılık değeri, MS: Müdahale sonrası, MÖ: Müdahale öncesi, ÇDDÖ-TV: Çocuk Davranışını Değerlendirme Ölçeği-Video Temelli; EDDÖ-TV: Ebeveyn Davranışını Değerlendirme Ölçeği-Video Temelli; HSA: Hasta sağlığı anketi, MS: Müdahale Sonrası.

BUYA alt ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

Değişken	Tüm örneklem Ort ± SS	Müdahale grubu Ort ± SS	Kontrol grubu Ort ± SS	One-sided p	Two-sided p	Cohen's d*
BUYA TÜB	4,04 ± 1,01	4,31 ± 0,68	3,78 ± 1,25	0,018*	0,037*	0,54
BUYA EÖB	2,69 ± 1,01	2,52 ± 0,95	2,85 ± 1,09	0,106*	0,212*	-0,32
BUYA IEB	1,39 ± 0,69	1,36 ± 0,54	1,46 ± 0,86	0,294*	0,587*	-0,14
BUYA SİB	2,37 ± 1,00	2,49 ± 1,14	2,33 ± 0,88	0,274*	0,548*	0,15

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma. p değerleri bağımsız örneklem t testi ile hesaplandı. Cohen's d etki büyüklüğü olarak sunuldu. BUYA: Beslenme Uygulamaları Yapısı Anketi; TÜB: Talep Üzerine Beslenme; EÖB: Ebeveyn Önderliğinde Beslenme; İEB: Israr Edici Besleme; SİB: Sakinleştirmek İçin Besleme.

Sonuç: BE katılımını içeren çevrim içi etkileşim temelli erken çocukluk müdahalesi; bakım veren duyarlılığı, çocuk etkileşim davranışları, talep üzerine beslenme uygulamaları ve ebeveyn psikososyal iyilik hali üzerinde olumlu etkiler oluşturmuştur. Bulgular, müdahalenin etkisinin bakımın niceliğinden çok bakımın ilişkisel niteliği ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken çocukluk, büyük ebeveyn, bakım ekolojisi, ebeveyn–çocuk etkileşimi, duyarlı bakım

SS-57 Anne ve Hekim Gözüyle Güncel Bebek Bakım Yöntemleri: Kullanım, Bilgi Kaynakları ve Farkındalık

Fatih Bulut[1], Nagihan Şahin[2], Zehra Kardaş[3]

[1]T.C. Sağlık Bakanlığı, Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Hatay, Türkiye.
[2]Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bölümü, Kayseri, Türkiye.
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye.

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada annelerin galaktogog, kehribar kolye/bileklik, gümüş başlık ve kiraz çekirdeği yastığı/kemeri gibi güncel bebek bakım yöntemlerini kullanma durumlarının, bu yöntemlere ilişkin bilgi kaynaklarının ve hekimlerin farkındalık ve danışmanlık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı. İkincil amaç olarak bu yöntemler ile postpartum depresyon riski arasındaki ilişkiler araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel çalışma, Kasım 2024-Kasım 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yürütüldü. Çalışmaya 12 aydan küçük, sağlıklı ve term bebeği olan 200 anne ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümlerinde görev yapan 100 hekim dâhil edildi. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan yapılandırılmış anketler uygulandı. Annelerin psikolojik durumları Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi ve ≥13 puan depresyon riski olarak kabul edildi. Uygulamalarla ilişkili faktörler lojistik regresyon analizleriyle incelendi.

Bulgular: Annelerin yaş ortalaması 28,8±4,9 yıldı. Galaktogog kullanımı tüm annelerin %22'sinde saptandı. İlgili uygulamayı daha önce bildiğini belirten anneler arasında kehribar kolye/bileklik kullanımı %52, gümüş başlık kullanımı %41 ve kiraz çekirdeği ürünü kullanımı %41'di. Annelerin %84,7'si bilgi kaynağı olarak sosyal medya veya yakın çevresini belirtirken, sağlık çalışanlarından bilgi aldığını bildirenlerin oranı %43,6'ydı. Hekimlerin galaktogog ürünler hakkındaki farkındalığı %91 iken bu oran gümüş başlık için %62, kiraz çekirdeği ürünleri için %44 ve kehribar kolye/bileklik için %43'tü. Kehribar kolye/bileklik konusunda öneri veya danışmanlık verdiğini belirten hekimlerin oranı yalnızca %6 idi. Annelerin %23'ünde postpartum depresyon riski saptandı. Kehribar kolye/bileklik kullanımı, depresyon riski bulunan annelerde daha sıktı (%76,2'ye karşı %46,0; p=0,013). Çok değişkenli analizde depresyon riski, kehribar kolye/bileklik kullanım olasılığında artışla bağımsız olarak ilişkiliydi (OR=3,62; %95 GA=1,20-10,90; p=0,022).

Sonuç: Annelerin bebek bakım yöntemlerine ilişkin bilgiyi çoğunlukla tıbbi olmayan kaynaklardan edindiği, buna karşılık hekimlerin bazı yaygın yöntemler hakkındaki farkındalık ve danışmanlık düzeylerinin sınırlı olduğu görüldü. Kehribar kolye/bileklik kullanımı ile postpartum depresyon riski arasındaki ilişki keşifsel nitelikte olmakla birlikte, doğum sonrası izlemlerde maternal ruh sağlığının değerlendirilmesinin ve sağlık çalışanlarının güvenli bebek bakımı konusunda hedeflenmiş eğitimlerle desteklenmesinin önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bebek bakımı, postpartum depresyon, sosyal medya, kehribar kolye, hekim farkındalığı

SS-58 Seçici Yeme ve Pediatrik Beslenme Sorunlarında Yapay Zeka Yanıtlarının Kalitesi, Güvenlik Göstergeleri ve Okunabilirliği

Mine Başıbüyük[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Gelişimsel olarak olağan seçici yeme ile klinik değerlendirme gerektiren beslenme sorunlarının çerçevelenmesi, aile merkezli danışmanlık ve zamanında başvuru açısından önemlidir. Eşleştirilmiş beslenme sorunu senaryolarında dört platformun yanıtları bilgi kalitesi, klinik yönlendirme, güvenlik göstergeleri ve dilsel okunabilirlik açısından karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel çalışmada bir sosyal pediatrist ve bir pediatrik gastroenterolog, ebeveyn ifadeleriyle 12 eşleştirilmiş soru çifti (24 soru) oluşturdu; üç pediatri uzmanı soruları ön inceledi. Senaryolar büyüme/besinsel yeterlilik, beslenme becerileri, yutma güvenliği, psikososyal işlevsellik, zorlayıcı besleme, aşırı süt/meyve suyu tüketimi ve dehidratasyonu kapsadı. Sorular 1 Eylül 2026'da ChatGPT (GPT-5.6 Luna-Instant), Grok (Grok 4.5-normal Chat), Gemini (Flash-Standard) ve Claude'a (Sonnet 5-High; Adaptive Thinking) aynı ifadeyle yöneltildi; en fazla 200 kelimelik tek yanıt istendi. Platform kimliğine kör dört pediatri uzmanı 96 yanıtı uyarlanmış 16 maddelik DISCERN (mDISCERN; 16–80), Genel Kalite Puanı (GQS; 1–5), olguya özgü gerekli klinik eylemin yanıtta yer alması, potansiyel zararlı öneri, yanlış güvence ve iletişim açısından bağımsız değerlendirdi. Dilsel okunabilirlik Ateşman ve Bezirci–Yılmaz indeksleriyle hesaplandı. Yanıt başına uzman ortalamaları kullanılarak platformlar 12 senaryo çifti üzerinden Friedman permütasyon ve Holm-düzeltilmiş kesin Wilcoxon testleriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: ChatGPT, mDISCERN ve GQS'de diğer platformlardan daha yüksek puan aldı. ChatGPT, Grok, Gemini ve Claude için mDISCERN değerleri (ortalama±SS) sırasıyla 72,79±1,76; 52,77±12,95; 63,78±5,67 ve 65,96±5,69; GQS değerleri 4,99±0,05; 3,23±1,15; 4,30±0,49 ve 4,41±0,67 idi (düzeltilmiş $p < 0,001$; Kendall W=0,887 ve 0,770). Olguya özgü gerekli klinik eylemin yanıtta yer aldığı konusunda sırasıyla 24/24, 14/24, 23/24 ve 21/24 yanıtta dört uzman arasında oybirliği sağlandı. En az bir uzman potansiyel zararlı öneriyi sırasıyla 0, 5, 2 ve 1; yanlış güvenceyi 1, 7, 4 ve 5 yanıtta işaretledi (düzeltilmiş $p > 0,05$). Genel mDISCERN uyumu yüksekti (ICC(A,4)=0,974; %95 GA:0,963–0,980). Grok'un metinleri dilsel okunabilirlik indekslerine göre daha kolayken, iletişim puanları Gemini ve Claude'da daha yüksekti.

Sonuç: Kalite, klinik yönlendirme ve dilsel okunabilirlik farklı platform sıralamasını gösterdi; potansiyel güvenlik sorunları saptandı. Sosyal pediatri uygulamalarında yapay zeka yanıtları aile merkezli, gelişimsel ve ilişkisel beslenme değerlendirmesinin yerine kullanılmamalı; başvuru aciliyeti ve klinik eylemler bir klinisyen tarafından doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: seçici beslenme, beslenme bozukluğu, ebeveyn

SS-59 Laktasyon-Relaktasyon Polikliniğine İlk Başvuruda Karma/Formül Beslenme: İlişkili Faktörler ve Meme Reddi Profili

Gözde Öztürk[1]

[1]Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş ve Amaç: Emzirme güçlükleri, yalnız anne sütüyle beslenmeyi bozarak formül mama kullanımına yol açabilir. "Meme reddi" ise bebeğe, anneye, süt üretimi/akışına veya emzirme tekniğine ilişkin farklı nedenleri kapsayabilen heterojen bir başvurudur. Bu çalışmada laktasyon-relaktasyon polikliniğine ilk başvuruda karma/formül beslenmeyle ilişkili faktörlerin ve "meme reddi" olarak kaydedilen olguların klinik profilinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli retrospektif çalışmada 15 Ocak–2 Temmuz 2026 arasındaki 223 başvuru incelendi. Aynı anne-bebek çiftine ait kontroller çıkarılarak yalnız ilk başvuru değerlendirildi; tamamlayıcı besin alan üç olgu dışlandı. Beslenme biçimi yalnız anne sütü ve karma/formül beslenme olarak sınıflandırıldı. Maternal, doğumsal ve emzirmeye ilişkin değişkenler Mann–Whitney U, ki-kare veya Fisher kesin testleriyle karşılaştırıldı; bağımsız ilişkiler çok değişkenli lojistik regresyonla analiz edildi.

Bulgular: Analize alınan 186 olgunun 114'ü (%61,3) yalnız anne sütü, 72'si (%38,7) karma/formül besleniyordu. Medyan başvuru yaşı 5 gündü (ÇAA: 3–15,8). Başlıca başvuru nedenleri emzirme danışmanlığı (%50,5), genel emzirme sorunları (%24,7), meme reddi ve meme başı sorunlarıydı (her biri %7,0). Karma/formül grubunda yedinci günden sonra başvuru (%51,4'e karşı %33,3; p=0,014), meme reddi (%15,3'e karşı %1,8; p < 0,001) ve relaktasyon gereksinimi (%15,3'e karşı %1,8; p < 0,001) daha sıktı. Çok değişkenli analizde meme reddi kaydı karma/formül beslenmeyle bağımsız ilişkiliydi (düzeltilmiş OR: 6,80; %95 GA: 1,40–33,11; p=0,018); sarılık kaydı ters yönde ilişkiliydi (düzeltilmiş OR: 0,28; %95 GA: 0,09–0,87; p=0,028). Meme reddi kaydı bulunan 13 olgunun medyan başvuru yaşı 32 gün (ÇAA: 11–96) olup 11'i (%84,6) karma/formül besleniyor, 12'sinde (%92,3) relaktasyon gereksinimi bulunuyordu. Çok değişkenli analizde sezaryen doğum, önceki emzirme eğitimi, başvuru yaşının 7 günden büyük olması ve silikon uç kullanımı ile karma/formül beslenme arasında bağımsız ilişki saptanmadı (tümü p > 0,05).

İlk Başvuruda Yalnız Anne Sütü ile Beslenen ve Karma/Formül Beslenen Olguların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Parametre	Toplam (n=186)	Yalnız anne sütü (n=114)	Karma/Formül (n=72)	p
Olgu sayısı	186	114	72	
Başvuru yaşı, gün, medyan (ÇAA)	5,0 (3,0-15,8)	5,0 (3,0-13,8)	8,0 (4,0-19,5)	0,053

Parametre	Toplam (n=186)	Yalnız anne sütü (n=114)	Karma/Formül (n=72)	p
Başvuru yaşı >7 gün, n (%)	75 (40,3%)	38 (33,3%)	37 (51,4%)	0,022
Başvuru yaşı >7 gün, n (%)	81 (43,5%)	44 (38,6%)	37 (51,4%)	0,118
Önceki emzirme eğitimi, n (%)	57 (30,6%)	39 (34,2%)	18 (25,0%)	0,244
Başvuru nedeni: meme reddi, n (%)	13 (7,0%)	2 (1,8%)	11 (15,3%)	0,001
Sarılık, n (%)	27 (14,5%)	24 (21,1%)	3 (4,2%)	0,003
Silikon uç kullanımı,n (%)	21 (11,3%)	12 (10,5%)	9 (12,5%)	0,860
Relaktasyon gereksinimi, n (%)	13 (7,0%)	2 (1,8%)	11 (15,3%)	0,001

Sonuç: İlk başvuruda yaklaşık her beş anne-bebek çiftinden ikisinin karma/formül besleniyor olması, emzirme güçlüklerinin erken tanınması ve müdahale edilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Meme reddinin karma/formül beslenmeyle bağımsız ilişkili bulunması, bu yakınmanın emzirmenin sürdürülebilirliği açısından yüksek riskli bir klinik örüntüyü işaret edebileceğini göstermektedir. Meme reddi tek bir nedene bağlı olmadığından maternal, neonatal ve emzirme tekniğine ilişkin etmenler birlikte değerlendirilmelidir. Laktasyon polikliniklerine erken yönlendirme, yapılandırılmış emzirme danışmanlığı ve gerekli olgularda relaktasyon desteğinin zamanında başlanması, formül mama kullanımına geçişin azaltılmasına ve yalnız anne sütüyle beslenmenin sürdürülmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: emzirme, anne sütü, karma beslenme, meme reddi

POSTER BİLDİRİLER

15 Ekim 2026

15 Ekim 2026	17.00-18.00	Kiosk 1				
Oturum Başkanları		Dr. Adnan Barutçu, Dr. Mine Başıbüyük				
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	17.00	17.07	1400	Obezite Nedeniyle Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Anneden Doğan Bebekte Vitamin B12 Eksikliği: Olgu Sunumu	Anıl Karaman, Nur Banu Can, Leyla Ahmedova, Ömer Faruk Karagöz, Gonca Keskindemirci, Gülbin Gökçay	Nur Banu Can
2	17.07	17.14	4852	Özel Klinik Durumu Olan Çocuklarda Rutin Dışı Aşı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi	Merve Tosyalı, Feyza Koç	Merve Tosyalı
3	17.14	17.21	7192	Evlat Edinen Annelerde Emzirme Danışmanlığı: Olgu Sunumu Eşliğinde Pediatrik İzlem Yaklaşımı	Leyla Ahmedova, Nur Banu Can, Rana Sönmez, Büşra Türkoğlu Uykan, Gonca Keskindemirci, Gülbin Gökçay	Leyla Ahmedova
4	17.21	17.28	8221	Kızamık Aşısı Uygulanmasında Yanlış Kontrendikasyonlar- İki Olgu Sunumu	Banu Aysal, İrem Yetkin Palalı, Eylül Su Tuğcu, Elif Ekşi, Gonca Keskindemirci	Banu Aysal

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

16 Ekim 2026

16 Ekim 2026	17.00-18.00	Kiosk 1				
Oturum Başkanları		Dr. Nazmi Mutlu Karakaş, Dr. Tuğba Ayçiçek Dinçer				
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	17.00	17.07	1095	Anne-Bebek Ayrılığında Görsel Uyaranın Süt Sağımına Etkisinin 3 Olgu Üzerinde İncelenmesi	Semiha Muş, Ebru Uzun, Deniz Yıldız	Deniz Yıldız
2	17.07	17.14	1474	İlk 1000 Gün ve Yenidoğan Bakımında Multidisipliner Yaklaşım: Gebe Okulu Verileri, Hekim Farkındalığı ve Aşı/İşlem Reddi Süreçlerinin Değerlendirilmesi	Şakire Başer	Şakire Başer
3	17.14	17.21	6187	Yumurta Anafilaksisi KKK Aşısına Engel Değil	Hande Yücelkan, Mehmet Cengiz, Uğur Altaş, Feyza Hüsrevoğlu Esen	Hande Yücelkan
4	17.21	17.28	8284	Sıvı Tedavisi Sırasında Gelişen Anafilaksi: Gözden Kaçabilen Tetikleyici Lateks	İlayda Canözler, Mehmet Cengiz, Feyza Hüsrevoğlu Esen	İlayda Canözler

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

16 Ekim 2026	17.00-18.00	Kiosk 2				
Oturum Başkanları		Dr. Göksel Vatansever, Dr. Öykü Özbörü Aşkan				
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	17.00	17.07	4271	Ceyhun Atuf Kansu ve Turhal'da Sosyal Pediatri Araştırmaları	Onur Çeçen, Gürkan Sert	Onur Çeçen
2	17.07	17.14	4306	Kilo Vermenin Görünmeyen Yüzü: Hızlı Kilo Kaybı, Kısıtlayıcı Yeme Davranışları ve Atipik Anoreksiya Nervoza Riski Olan Bir Adolesan Olgu	Hıcran Altın	Hıcran Altın
3	17.14	17.21	3252	Emzirmenin Kesilmesinde Yanlış Uygulama Nedeniyle Görülen Hiponatremik Nöbet	Muhammed Yasin Akçakoca, Özlem Bağ	Muhammed Yasin Akçakoca

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

17 Ekim 2026

17 Ekim 2026	08.00-09.00	Kiosk 1				
Oturum Başkanları		Dr. Seda Topçu, Dr. Ganime Ayar				
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
1	08.00	08.07	2142	Sağlıklı Ergenlerde Rutin Dışı Aşı Uygulamalarının Değerlendirilmesi	Aylin Erol, Merve Tosyalı, Feyza Koç	Merve Tosyalı
2	08.07	08.14	2444	Genital Lezyonların Ayırıcı Tanısında Gözden Kaçabilen Bir Neden: Adölesanda Skabiyes Olgusu	Göksel Vatansever, Betül Rana Sünbül, Nur Gürleyek, Ayşe Öktem	Göksel Vatansever
3	08.14	08.21	4864	Sağlık Okuryazarlığının Büyüme Üzerine Etkisi: Formül Mamanın Yanlış Hazırlanmasına Bağlı Yetersiz Kilo Alımı Olan Bir Bebek Olgusu	Şeymanur Uçum Ağcakoyun	Şeymanur Uçum Ağcakoyun
4	08.21	08.28	6819	Okul Öncesi Dönemde DEHB'nin Erken Tanısı ve Pediatristlerin Stratejik Rolü: Bir Olgu Sunumu	Ülkü Ayberk, Esra Yürümez	Ülkü Ayberk

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

17 Ekim 2026	08.00-09.00	Kiosk 2				
Oturum Başkanları		Dr. Demet Soylu, Dr. Mehmet Semih Demirtaş				
Sıra	Başlangıç	Bitiş	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar	Sunan Yazar
2	08.07	08.14	5378	İkiz Bebeklerde Emzirmenin Sürdürülmesinde Erken Profesyonel Desteğin Önemi: İki Pediatri Hekimi Annenin Karşılaştırmalı Olgu Sunumu	Ayşenur Zorteymur, Işıl Çulha Hoşceylan, Nalan Karabayır	Işıl Çulha Hoşceylan
3	08.14	08.21	5586	Kronik Servikal Lenfadenopatiden Çocuk İhmaline: Bir Pediculosis Capitis Olgusu	Sevim Gonca Kocagözoğlu, Şule Toprak, Meryem Albayrak	Sevim Gonca Kocagözoğlu
4	08.21	08.28	9001	Anne Sağlığı ve Emzirmenin Birlikte Korunması: Transdermal Estradiol Tedavisi Planlanan Bir Olgu	Evşen Çetin	Evşen Çetin

Her bildiri 7 dk: 5 dk sunum + 2 dk soru-cevap

PS-01 Anne-Bebek Ayrılığında Görsel Uyaranın Süt Sağımına Etkisinin 3 Olgu Üzerinde İncelenmesi

Semiha Muş[1], Ebru Uzun[2], Deniz Yıldız[3]

[1]Kütahya Şehir Hastanesi, Emzirme Polikliniği
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Pediatri

Giriş ve Amaç: Anne-bebek ayrılığında anne sütü sağımı, laktasyonun sürdürülmesi açısından önemlidir. Bu olgu serisinde, anne-bebek ayrılığında süt sağımı sırasında bebeğin fotoğrafına bakmanın, sağılan süt miktarı üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Emzirme danışmanlığı birimimizde süt sağımı gerçekleştiren ve çalışma hayatına başladıktan sonra bebeklerinden ayrı olarak işyerinde süt sağmaya devam eden üç anne gözlemlendi. Annelerin bebeklerinin yaşları 12–15 ay arasındaydı. Her anne için aynı süt sağma cihazı, aynı cihaz ayarları ve aynı sağım süresi kullanılarak süt sağımı gerçekleştirildi. İlk sağım uygulamasında anneler herhangi bir ek görsel uyaran olmaksızın rutin şekilde süt sağdı. İkinci uygulamada ise anneler, aynı cihaz ve aynı ayarlar kullanılarak aynı süre boyunca süt sağarken bebeklerinin fotoğrafına baktı. Her iki uygulamada elde edilen süt miktarları karşılaştırıldı. Üç annenin tamamında bebeğin fotoğrafına bakılarak gerçekleştirilen sağım sırasında elde edilen süt miktarında artış gözlendi.

Bulgular: Toplam elde edilen süt miktarı fotoğrafsız sağımda 230 mL, bebeğin fotoğrafına bakılarak yapılan sağımda ise 340 mL olarak gözlendi. Böylece toplam süt miktarında 110 mL (%47,8) artış saptandı.

Sağılan Süt Müktarındaki Artış

Anne	Bebek Yaşı (ay)	Fotoğrafsız Sağım Miktarı (ml)	Fotoğraflı Sağım Miktarı (ml)	Artış Miktarı (ml)	Artış Yüzdesi (%)
1.	12	90	110	20	22,2
2.	13	100	160	60	60
3.	15	40	70	30	75

Sonuç: Süt sağımı sırasında elde edilen miktar; memedeki mevcut süt miktarı, sağım tekniği, sağım süresi, cihaz özellikleri ve süt ejeksiyon refleksi gibi birçok faktörden etkilenebilir. Süt ejeksiyonu oksitosin aracılı nöroendokrin bir süreç olup, bebeğe ilişkin duyusal uyaranların bu refleksi destekleyebileceği düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü anne sütü sağımında, bebeğin

fotoğrafı veya giysisi gibi bebeği hatırlatan uyaranların oksitosin salınımını ve süt ejeksiyonunu desteklemek amacıyla kullanılabileceğini belirtmektedir. Üç olgumuzda da bebeğin fotoğrafına bakılarak gerçekleştirilen sağım sırasında süt miktarında artış gözlenmiştir. Bu durum, bebeğe ilişkin görsel bir uyaranın annenin emosyonel durumunu ve oksitosin aracılı süt ejeksiyon refleksini etkileyerek sağım sırasında süt akışını kolaylaştırabileceği düşüncesini desteklemektedir. Ancak çalışmada olgu sayısının az olması, uygulamalarının tekrarlı ölçümler şeklinde standartlaştırılmamış olması ve annedeki stres düzeyi gibi değişkenlerin kontrol edilmemiş olması gibi faktörler çalışmanın kısıtlı yönleridir. Annenin bebeğinin fotoğrafına bakmasının, anne-bebek ayrılığında süt sağımı sırasında uygulanması kolay ve maliyetsiz bir görsel uyaran olarak anne sütü sağımını destekleyeceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, süt sağımı, anne bebek ayrılığı

PS-02 Obezite Nedeniyle Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Anneden Doğan Bebekte Vitamin B12 Eksikliği: Olgu Sunumu

Anıl Karaman[1], Nur Banu Can[1], Leyla Ahmedova[1], Ömer Faruk Karagöz[1], Gonca Keskindemirci[2], Gülbin Gökçay[3]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Gebelik öncesi bariatrik cerrahi geçirmiş anneler, gebeliğe bağlı fizyolojik değişiklikler ve ameliyat sonrası iyatrojenik değişikliklerin birleşimi sonucu mikro besin eksiklikleri riski altındadır. Tüp mide (sleeve gastrektomi) ameliyatı restriktif bir yöntem olarak kabul edilmesine rağmen, azalan gastrik asit sekresyonu, intrinsik faktör fonksiyonundaki değişiklikler, yetersiz beslenme ve postoperatif vitamin desteğinin düzensiz kullanımı nedeniyle vitamin B12 eksikliği gelişebilmektedir. Gebelik ve emzirme döneminde yeterli vitamin desteği almayan annelerin bebeklerinde ciddi vitamin B12 eksikliği gelişebilmektedir. Erken tanı konulmadığında hematolojik ve nörolojik sekeller ortaya çıkabilir.

Gereç ve Yöntem: ..

Bulgular: G2P2 bariatrik cerrahi öyküsü olan anneden, 38. gestasyonel haftada mükerrer sezaryen nedeniyle 3400 gram olarak sezaryen ile doğan kız bebek, birinci ayında rutin izlem için İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri alındı. Bebeğin yalnızca anne sütü ile beslendiği öğrenildi. Muayenesi doğal olan bebekten, semptom olmasa da soygeçmiş bilgisinde annede bariatrik cerrahi geçirme öyküsü olması ve bu olgularda literatür bilgisi olarak mikronütrisyonel eksiklik görülme riskinden dolayı vitamin B12 ve tam kan sayımı tetkikleri istendi. Bebekte anemi saptanmadı ancak bakılan vitamin B12 düzeyinin 160 ng/dL (N: 211-911 ng/dL) olduğu görüldü. Annede de 245 ng/dL saptanması üzerine bebeğe ve anneye vitamin B12 desteği başlandı. Bebekten 1 ay sonra bakılan kontrol vitamin B12 düzeyinin 688 ng/dL'ye yükseldiği görüldü. İzlemlere devam edildi.

Sonuç: Bariatrik cerrahi sonrası gebeliklerin sayısındaki artış, maternal mikronütrient eksikliklerinin görülme riski pediatri pratiğinde giderek daha önemli hale gelmektedir. Malabsorptif cerrahilerde risk daha yüksek olmakla birlikte, sleeve gastrektomi sonrasında da vitamin B12 eksikliği görülebilmektedir. Güncel uluslararası rehberler, bariatrik cerrahi öyküsü bulunan kadınlarda gebelik öncesi, gebelik boyunca ve emzirme döneminde vitamin B12 düzeylerinin düzenli izlenmesini ve uygun replasman tedavisinin uygulanmasını önermektedir. Maternal eksikliğin erken saptanması ve bebekte zamanında tedavi başlanması, kalıcı nörolojik hasarın önlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Sonuç olarak, anne öyküsünde bariatrik cerrahi bulunan bebeklerde; asemptomatik bile olsa vitamin B12 eksikliği akılda tutulmalıdır. Gebelik ve laktasyon döneminde annelerin uygun mikronütrient desteği alması ve düzenli izlenmesi, önlenebilir olumsuz sonuçların gelişmesini engellemek açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, tüp mide, vitamin B12 eksikliği, bebek

PS-03 İlk 1000 Gün ve Yenidoğan Bakımında Multidisipliner Yaklaşım: Gebe Okulu Verileri, Hekim Farkındalığı ve Aşı/İşlem Reddi Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Şakire Başer[1]

[1]ÖZEL ETLİK LOKMAN HEKİM

Giriş ve Amaç: İlk 1000 günlük kritik pencere, çocuk sağlığının temellerinin atıldığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin en yoğun yürütülmesi gereken dönemdir. Bu süreçte anne baba adaylarının doğru bilgiye erişimi, postnatal dönemdeki uyumu ve koruyucu uygulamalara (K vitamini, Hepatit B aşısı, topuk taraması vb.) yaklaşımı doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı; gebe okuluna başvuran anne ve babaların bilgi kaynaklarını değerlendirmek, kadın doğum hekimlerinin bu süreçteki rolünü analiz etmek ve poliklinik pratiğinde karşılaşılan işlem reddi olgularına multidisipliner bir yaklaşımla müdahale etmenin etkilerini irdelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, bir hastanenin gebe okuluna başvuran gebeler (n=25) ile kurumda görev yapan kadın doğum uzmanları (n=7) ile yürütülen kesitsel ve gözlemsel nitelikte bir ön çalışmadır. Gebelere gebelik haftaları, daha önceki eğitim durumları, bilgi edindikleri kaynaklar ve kadın doğum hekimleriyle iletişimlerini içeren anketler uygulanmıştır. Ayrıca son dönemde klinikte karşılaşılan aşı ve tarama testi reddi olgularında (n=4), kadın doğum hekiminin yönlendirmesiyle kurulan güven ilişkisinin karara etkisi retrospektif gözlem olarak kaydedilmiştir

Bulgular: Gebelerin gebelik ortalaması 29. hafta olmasına rağmen, %72'si daha önce bebek, yenidoğan ve ilk 1000 gün ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Bilgi edinen grubun yarısının kaynağının sosyal medya olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaklaşık dörtte biri kadından doğum hekimiyle bu konularda iletişim kurduğunu ifade etmiştir. Son 10 günlük klinik gözlemde, K vitamini, Hepatit B ve topuk kanı reddi yaşayan 4 ailenin 3'ünde, kadın doğum hekiminin dahil olduğu güven temelli bilgilendirme süreci sonrasında ailelerin K vitamini kararlarını değiştirerek onay verdiği izlenmiştir. Kadın doğum uzmanlarıyla (n=7) yapılan anket görüşmelerinde, poliklinikte bu konulara değinmeye çalıştıkları ancak yoğunluk nedeniyle sınırlı kaldıkları, ortak hazırlanacak bilgilendirme broşürleri ve multidisipliner paylaşımlara ise olumlu yaklaştıkları belirlenmiştir.

Yenidoğan Bakımı Konusunda Daha Önce Eğitim Alma Oranı



Eğitim/Bilgi Kaynağı



Sonuç: Eğitim düzeyi iyi olan gebelerde dahi erken dönem yenidoğan bakımına yönelik yapılandırılmış eğitim eksikliği dikkat çekicidir. Sosyal medyanın bilgi kirliliğine karşı kadın doğum hekimlerinin yönlendirici rolü, anne adaylarının koruyucu sağlık uygulamalarına (aşı/tarama) güvenle yaklaşmasında kritik bir eşiktir. Ön-son test eşleştirmesindeki metodolojik kısıtlılıklar sonraki aşamalar için optimize edilmektedir. Elde edilen bu ön veriler, kadın doğum ve pediatri kliniklerinin ortak yürüteceği yapılandırılmış broşür ve rehberlik programlarının, işlem reddi gibi kritik süreçleri önlemede yüksek potansiyele sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmanın genişletilerek sürdürülmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İlk 1000 gün, Gebe okulu, Yenidoğan aşı-işlem reddi, Multidisipliner yaklaşım, Kadın doğum hekimi

PS-04 Sağlıklı Ergenlerde Rutin Dışı Aşı Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Aylin Erol[1], Merve Tosyalı[1], Feyza Koç[1]

[1]Ege Üniversitesi Tip Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağliği ve Hastaliklari Anabilimdali

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, sağlıklı ergenlerde rutin aşı takvimi dışındaki rotavirüs, meningokok ACWY (Men ACWY), meningokok B (Men B), influenza, human papilloma virüs (HPV), tetanos difteri boğmaca (Tdap) aşılarının uygulanma durumu ve etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 10-18 yaş arası 177 sağlıklı ergen dahil edilmiştir. Olguların demografik özellikleri, aile yapısı ve rutin dışı aşılanma durumları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ki-kare veya Fisher testi ile analiz edilmiş, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan olguların %55.4'ünün kız, yaş ortalamasının 13.7±2.3 yıl olduğu saptanmıştır. Olguların %20.3'ünün (n=36) en az bir rutin dışı aşı ile aşılandığı saptanmıştır. Ergenlerin aşılanma durumları değerlendirildiğinde; %16.4 rotavirus, %11.9 Men ACWY, %9.6 Men B, %4 influenza, %3.4 HPV ve %2.3 Tdap aşılarının yapıldığı belirlenmiştir. Rutin dışı aşıların uygulanma durumu ile anne/babanın sağlık çalışanı olması, ebeveyn öğrenim düzeyinin yüksek olması ve düzenli çocuk-ergen sağlığı izlemi yapılıyor olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$).

Sonuç: Çalışmamızda ergenlikte rutin dışı aşı uygulanmalarının-özellikle bu dönemde yapılması önerilen HPV, Tdap aşıları da dahil- yetersiz olduğu saptanmıştır. Ergenlerde rutin dışı aşıların yapılması ebeveynin sağlık okuryazarlığı ve rutin çocuk-ergen sağlığı izlemine devam edilmesinin sağlanması ile yakından ilişkilidir. İzlem vizitlerinde aşılar hakkında ailelere bilgi verilmesi ve ergenler için oluşturulan aşı şemalarının uygulanması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ergen, çocuk sağlığı izlemi, aşılama

PS-05 Genital Lezyonların Ayırıcı Tanısında Gözden Kaçabilen Bir Neden: Adölesanda Skabiyes Olgusu

Göksel Vatansever[1], Betül Rana Sünbül[1], Nur Gürleyek[2], Ayşe Öktem[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Adölesan dönemde genital bölgede görülen cilt lezyonları; hormonal değişiklikler, cinsel aktivitenin başlaması, kişisel hijyen alışkanlıkları ve bölgenin anatomik özellikleri nedeniyle farklı klinik özellikler gösterebilmektedir. Bu lezyonların etiyolojisinde enfeksiyonlar, inflamatuvar hastalıklar, pigmente lezyonlar, travma ile neoplaziler yer almaktadır. Genital lezyonların benzer klinik görünümlerle ortaya çıkabilmesi, özellikle adölesan yaş grubunda ayrıntılı öykü alınmasını, dikkatli fizik muayeneyi ve gerektiğinde ileri dermatolojik değerlendirmeyi önemli hale getirmektedir. Doğru ayırıcı tanı; uygun tedavinin belirlenmesinin yanı sıra, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların ve gerekli durumlarda cinsel istismar olasılığının değerlendirilmesi açısından da önem taşımaktadır.Bu olguda, genital bölgede uzun süredir devam eden kaşıntı ve döküntü yakınmaları bulunan ve genital skabiyes tanısı alan olgunun sunulması ve adölesan genital lezyonlarının ayırıcı tanısında skabiyesin vurgulanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Genital bölgede kaşıntı ve döküntü yakınmaları ile başvuran hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları ve dermatolojik değerlendirme sonuçları incelendi.

Bulgular: On üç yaşında erkek hasta, yaklaşık iki aydır genital bölgede devam eden kaşıntı ve döküntü yakınmaları nedeniyle çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurdu.Hastanın bir aydır topikal fusidik asit-betametazon içeren krem kullandığı, ancak tedaviye rağmen lezyonlarda ve kaşıntıda gerileme olmadığı öğrenildi.Özgeçmişinde, yaklaşık bir yıl önce aile bireylerinde skabiyes öyküsünün bulunduğu ve hastanın da aynı dönemde topikal antiskabiyetik tedavi aldığı belirtildi.Mevcut başvuru döneminde ise aynı evde yaşayan diğer bireylerde kaşıntı veya benzer deri lezyonu bulunmadığı öğrenildi.Fizik muayenede penis üzerinde çok sayıda kaşıntılı papüler ve sillon saptandı(Resim 1).Lezyonların genital yerleşimli olması nedeniyle skabiyes başta olmak üzere genital herpes ve diğer enfeksiyöz ve dermatolojik hastalıklar ayırıcı tanıda değerlendirildi. Genital herpes açısından yapılan serolojik incelemede HSV IgM ve IgG negatif saptandı. Lezyonların değerlendirilmesi ve tanının kesinleştirilmesi amacıyla dermatoloji konsültasyonu istendi. Dermatoskopik incelemede Sarcoptes scabiei ile uyumlu paraziter bulguların gösterilmesi üzerine genital skabiyes tanısı konuldu.Hastaya oral ivermektin tedavisi başlandı ve tedavinin bir hafta sonra tekrarlanması planlandı. Olası asemptomatik enfestasyon ve yeniden bulaşın önlenmesi amacıyla aile bireylerinin eş zamanlı tedavisi önerilerek yakın temaslılar için de tedavi düzenlendi.

Resim 1



Genital bölgede çok sayıda sillon

Sonuç: Adölesanlarda genital bölge lezyonlarının değerlendirilmesinde skabiyes ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.Ayrıntılı öykü ve fizik muayenenin yanı sıra dermatoskopi, özellikle atipik yerleşimli olgularda tanıya katkı sağlayan yardımcı bir yöntemdir.Tedavide topikal permetrin veya uygun olgularda oral ivermektin kullanılabilir.Yeniden enfestasyonun önlenmesi için yakın temaslıların eş zamanlı tedavisi ve gerekli çevresel önlemlerin uygulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: skabiyes, genital bölge, adölesan

PS-06 Emzirmenin Kesilmesinde Yanlış Uygulama Nedeniyle Görülen Hiponatremik Nöbet

Muhammed Yasin Akçakoca[1], Özlem Bağ[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Sosyal Pediatri Bölümü, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü, yaşamın ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenmeyi, altıncı aydan itibaren tamamlayıcı beslenme başlanarak emzirmenin anne ve çocuk istediği sürece 2 yaşı aşkın süre devam ettirilmesini önermektedir. Emzirmeden kesme sürecinin, çocuğun artan besin ihtiyaçlarına ve gelişimsel özelliklerine uygun şekilde gıdaların arttırılarak kademeli olarak yapılması önerilmektedir. Emzirmeyi kesme sürecinde yapılan hatalı uygulamalar, kısa ve uzun dönem olumsuz etkilere yol açabilir. Bu olgu sunumunda, emzirmeden kesme döneminde yapılan yanlış bir uygulama sonrası gelişen komplikasyon sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Olgu sunumu olup gereç ve yöntem bulunmamaktadır.

Bulgular: 22 aylık erkek olgu, Acil Servise nöbet geçirme nedeniyle başvurdu. Daha önce nöbet geçirme öyküsü olmayan olguda, eşlik eden ateş, kusma, ishal ve ek yakınma tariflenmedi. Özgeçmişinde miadında doğduğu, ek hastalık ve hastane yatışı olmadığı, anne baba arasında akrabalık olmadığı, ailede hastalık öyküsü ve kardeş ölüm öyküsü olmadığı öğrenildi. Yapılan değerlendirmede, VA:12 kg (38. persentil) , Boy:85 cm (29. persentil), bilinç açık, fontaneli normal bombelikte, santral sinir sistemi enfeksiyonu bulgusu saptanmadı. Diğer fizik muayene bulguları olağandı. İlk tetkiklerinde Na:118 mEq/L, K:3.0 mEq/L, Cl:95 mEq/L, BUN normal, KŞ:73 mg/dl, pH:7,32, Laktat:1,5, idrar dansitesi:1005 olarak saptandı. IV sodyum yüklemesi ve nöbet durdurucu ilaç uygulanması sonrası nöbetinin durdurulan olgu, afebril nöbet, epilepsi ön tanılarıyla yatırıldı. Na düzeyi 24 saatte 10 mEq/L aşmayacak şekilde uygun sıvı tedavisi uygulandı. Ek nöbet ve klinik sorun gelişmedi. Yapılan EEG ve radyolojik tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Laboratuar tetkiklerinde gastrointestinal ve renal kayıplar saptanmadı. Aileye Na düşüklüğünün nedeninin saptanamadığı ifade edildiğinde, son birkaç gündür anne sütünü kesmeye çalıştıkları ve bu süreçte çocuk ağladıkça biberonla sürekli su verdikleri ve böylece son 24 saatte çocuğun 2,5-3 L kadar su içtiği belirtildi. Bu öykü ve biyokimyasal parametrelerle olgu su intoksikasyonu olarak değerlendirildi.

Sonuç: Anne sütünden kesmenin belirli bir yöntemi olmamakla beraber kuruluşlar tamamlayıcı beslenmeyi kademeli arttırarak anne sütünü kademeli azaltarak kesmeyi önermektedir. Anne sütünün kesilmesi sırasında uygulanan yöntemler, daha çok halk arasında geleneksel yöntemlere dayanmaktadır. Bu süreçte yapılan uygulama hataları, özellikle psikolojik bağlama kuramı üzerinden potansiyel zarar içermekle birlikte, bu olguda olduğu gibi nadiren akut dönemde hayatı tehdit eden komplikasyonlar görülebilir. Anne sütünün desteklenmesi ve kullanımın arttırılması kadar, gerektiğinde ve zamanı geldiğinde kesme yöntemleri ebeveynlere anlatılmalı ve uygun danışmanlık verilmelidir.

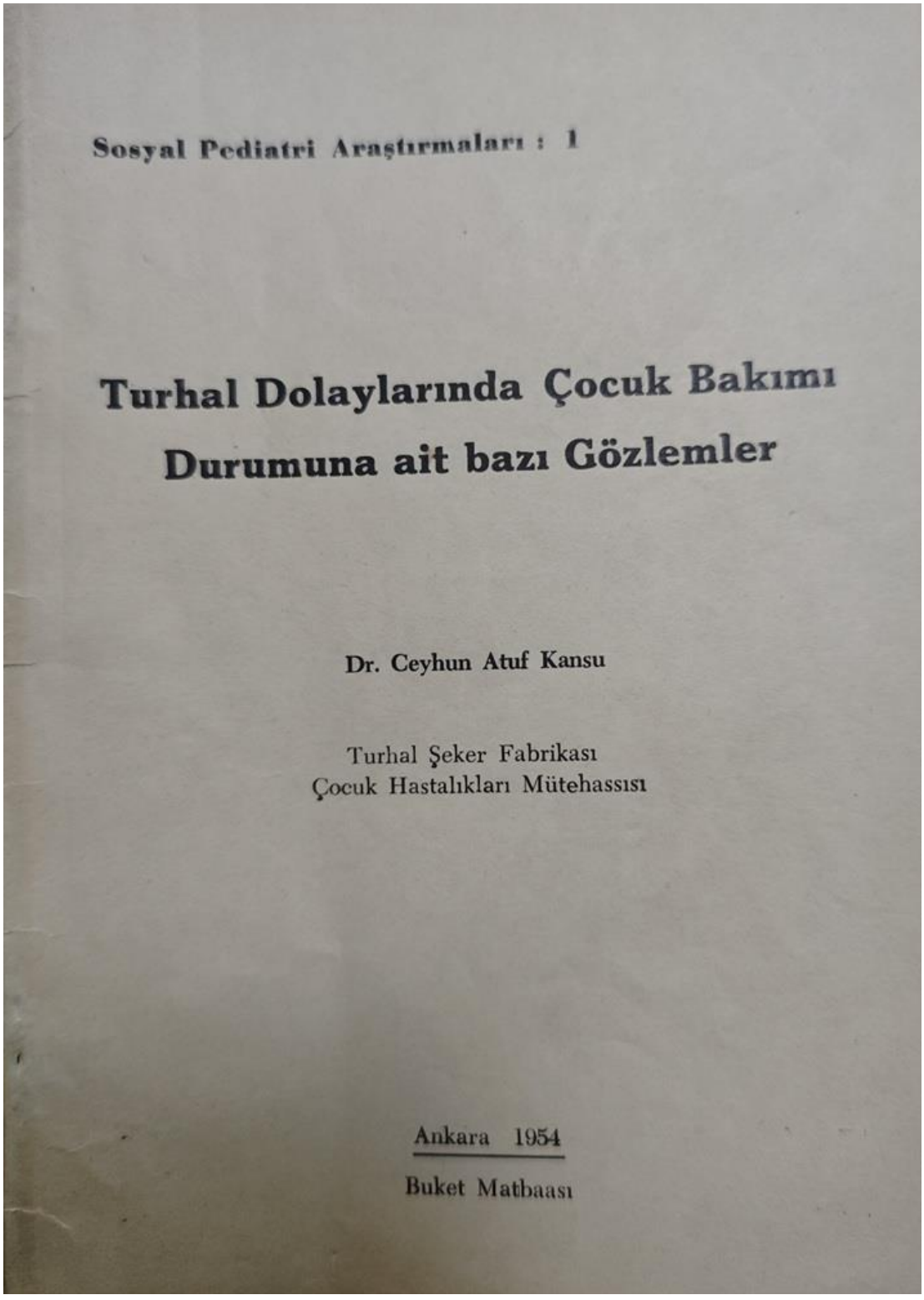
Anahtar Kelimeler: Emzirme, Sütten Kesme, Yanlış Uygulama, Hiponatremik Nöbet

PS-07 Ceyhun Atuf Kansu ve Turhal'da Sosyal Pediatri Araştırmaları

Onur Çeçen[1], Gürkan Sert[2]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Cumhuriyet döneminde kırsal alanda yürütülen saha araştırmaları, çağdaş sosyal pediatri ve halk sağlığı politikalarının şekillenmesinde temel basamak olmuştur. Bu çalışmanın amacı; hekim ve yazar Dr. Ceyhun Atuf Kansu'nun Turhal Şeker Fabrikası çocuk hekimliği döneminde yayımladığı "Sosyal Pediatri Araştırmaları: 1 – Turhal Dolaylarında Çocuk Bakımı Durumuna ait bazı Gözlemler" (1954) adlı monografisini; dönemin çocuk hastalıkları epidemiyolojisi, geleneksel bakım tabuları, beslenme yanılgıları ve kırsal sağlık örgütlenmesi vizyonu açısından tıp tarihi perspektifiyle incelemektir.

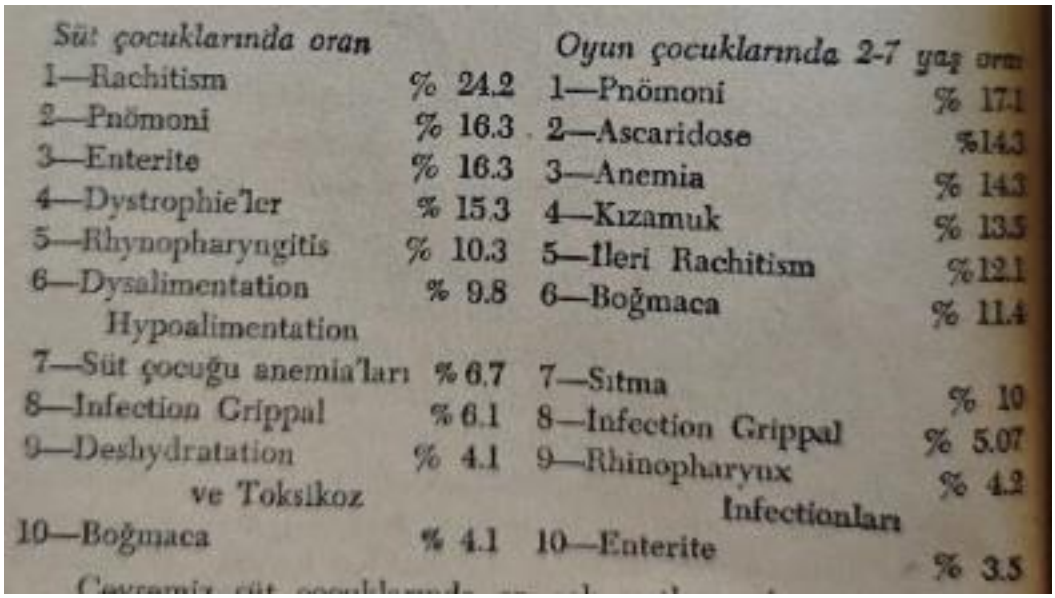


Turhal Dolaylarında Çocuk Bakımı Durumuna ait bazı Gözlemler

Gereç ve Yöntem: Çalışmada Kansu'nun 1952–1953 yıllarında Turhal, Zile ve çevre köylerde izlediği çocuk hastalara ait klinik kayıtlar ile 270 süt çocuğunu kapsayan beslenme ve morbidite anket verileri retrospektif ve tematik içerik analiziyle taranmıştır. Veriler; demografik dağılım, nütrisyonel bozukluklar, enfeksiyon sıklığı ve sosyo-kültürel inanışlar ekseninde değerlendirilmiştir.

Bulgular: İncelenen 270 süt çocuğunun %76,66'sının anne sütü, %17,37'sinin inek sütü aldığı, 6–24 ay arası çocukların %77,8'ine hiçbir ek gıda verilmediği tespit edilmiştir. İlk iki yaşta en sık görülen hastalıklar raşitizm (%24,2), pnömoni (%16,3), enterit (%16,3) ve distrofilerdir (%15,3). Raşitizmli olguların %73,03'ünün yalnızca anne sütü almasına karşın kapalı ve ışıksız ev ortamı ile maternal beslenme yetersizliği tablonun temel etkeni olarak saptanmıştır. Pnömoni olgularında hastaneye getirilenlerin %70,2'sinin erkek olması, kırsalda kız çocuklarının sağlık hizmetine erişimindeki ihmali yansıtmaktadır. İshalli çocukların %88,1'inin ilk üç günden sonra hekime ulaştırıldığı ve dehidratasyon döneminde su verilmemesi gibi tabuların toksikoz riskini artırdığı görülmüştür.

1952-1953 yılları kesidinde araştırmada süt çocukları ve çocuklarda en çok görünen on hastalık



Süt çocuklarında oran		Oyun çocuklarında 2-7 yaş oranı	
1—Rachitism	% 24.2	1—Pnömoni	% 17.1
2—Pnömoni	% 16.3	2—Ascaridose	%14.3
3—Enterite	% 16.3	3—Anemia	% 14.3
4—Dystrophie'ler	% 15.3	4—Kızamuk	% 13.5
5—Rhynopharyngitis	% 10.3	5—İleri Rachitism	%12.1
6—Dysalimentation Hypoalimentation	% 9.8	6—Boğmaca	% 11.4
7—Süt çocuğu anemia'ları	% 6.7	7—Sıtma	% 10
8—Infection Grippal	% 6.1	8—Infection Grippal	% 5.07
9—Deshydratation ve Toksikoz	% 4.1	9—Rhinopharynx Infectionları	% 4.2
10—Boğmaca	% 4.1	10—Enterite	% 3.5

1952-1953 yılları kesidinde araştırmada süt çocukları ve çocuklarda en çok görünen on hastalık

Sonuç: Monografi; kırsaldaki bebek morbidite ve mortalitesinin ekonomik darlıktan ziyade bilgisizlik, geleneksel yanlışlar ve sağlık rehberliği eksikliğinden kaynaklandığını somut kanıtlarla ortaya koymaktadır. Kansu'nun önerdiği köy odaklı çocuk sağlığı merkezleri, köye özel süt çocuğu sağlık memurları ve devlet köy sağlık sigortası modeli; Türkiye'de 1961 yılında başlatılan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi reformunun erken ve özgün bir öncülü niteliğindedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Pediatri, Ceyhun Atuf Kansu, Çocuk Bakımı, Tıp Tarihi, Turhal

PS-08 Kilo Vermenin Görünmeyen Yüzü: Hızlı Kilo Kaybı, Kısıtlayıcı Yeme Davranışları ve Atipik Anoreksiya Nervoza Riski Olan Bir Adolesan Olgu

Hicran Altın[1]

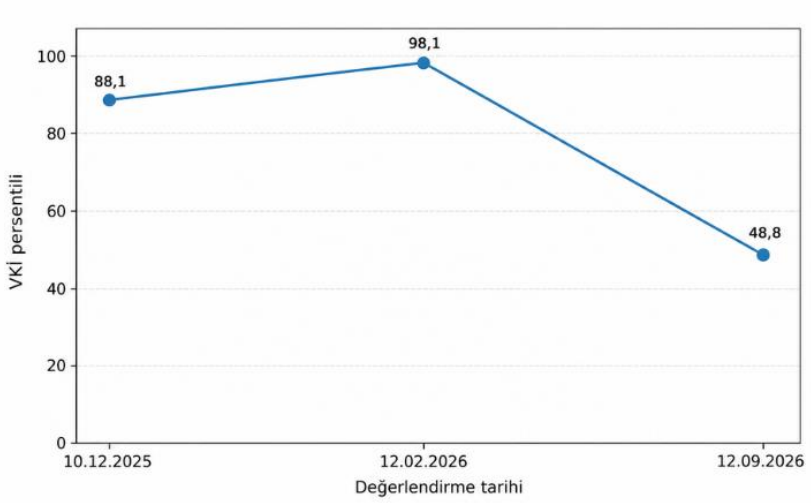
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Antalya/Türkiye

Giriş ve Amaç: Atipik anoreksiya nervozada (AAN), belirgin kilo kaybına rağmen vücut ağırlığı normal aralıkta veya üzerinde kalabilmektedir. Özellikle obezite öyküsü bulunan adolesanlarda kilo kaybının olumlu bir değişim olarak değerlendirilmesi, kısıtlayıcı yeme davranışlarının ve ilişkili tıbbi risklerin gözden kaçmasına yol açabilir. Bu olguda, hızlı kilo kaybı sonrasında normal vücut kitle indeksine (VKİ) ulaşan bir adolesanın AAN açısından değerlendirilmesinin ve kilo kontrolünde kullanılan dijital araçların sorgulanmasının öneminin vurgulanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Adolesan sağlığı izlemi sırasında değerlendirilen olgunun büyüme verileri, antropometrik ölçümleri, ağırlık değişimi, beslenme ve egzersiz davranışları, kilo kontrol yöntemleri, klinik öyküsü ve laboratuvar bulguları incelendi. VKİ, Dünya Sağlık Örgütü referanslarına göre yaş ve cinsiyete özgü olarak değerlendirildi.

Bulgular: On beş yaş dört aylık erkek adolesanın yedi ayda 17 kg kaybettiği ve bu kaybın başlangıç vücut ağırlığının %23,0'ına karşılık geldiği belirlendi. Önceki izlemlerinde Aralık 2025'te çocuk endokrinoloji polikliniğinde ağırlığı 67,15 kg, boyu 163,3 cm ve VKİ'si 25,18 kg/m² (SDS: +1,18; 88,1. persentil) olarak kaydedilmişti. Şubat 2026'da ağırlığı 74 kg, boyu 165 cm ve VKİ'si 27,18 kg/m² (SDS: +2,08; 98,1. persentil) idi. Eylül 2026'da çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurusunda ağırlığı 57 kg, boyu 169 cm ve VKİ'si 19,96 kg/m² (SDS: −0,03; 48,8. persentil) olarak saptandı. Beslenme öyküsünde öğün atlama, karbonhidrat kısıtlaması ve protein ağırlıklı beslenme; fiziksel aktivite öyküsünde ise düzenli ağırlık egzersizi belirlendi. Kalori açığını hesaplamak ve beslenmesini düzenlemek amacıyla ChatGPT kullandığı öğrenildi. İki senkop atağı öyküsü bulunan olgunun kardiyolojik değerlendirmesinde anlamlı patoloji saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde glukoz, elektrolit, vitamin B12 ve folat düzeyleri normal sınırlardaydı; ferritin 7 µg/L ve 25-hidroksi D vitamini 14,53 µg/L olarak saptandı. Normal VKİ'ye rağmen belirgin ve hızlı kilo kaybı ile kısıtlayıcı yeme davranışları nedeniyle atipik anoreksiya nervoza başta olmak üzere yeme bozuklukları açısından çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültasyonu istendi ve olgu diyetisyen değerlendirmesine yönlendirildi.

Şekil 1. Olgunun izlem sürecinde VKİ persentilindeki değişim.



Sonuç: Adolesanlarda normal VKİ, hızlı ve belirgin kilo kaybıyla ilişkili tıbbi riski dışlamamaktadır. Özellikle obezite öyküsü bulunan adolesanlarda büyüme eğrisi, kilo kaybının miktarı ve hızı ile yeme ve egzersiz davranışları birlikte değerlendirilmelidir. Normal VKİ'ye ulaşılması tek başına tedavi başarısı olarak kabul edilmemeli; kilo kontrolünde kullanılan dijital araçlar da sorgulanmalıdır. Kilo damgalamasından uzak, sağlıklı ve sürdürülebilir beslenme davranışlarını ve psikososyal iyilik hâlini önceleyen bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, atipik anoreksiya nervoza, hızlı kilo kaybı, obezite, yapay zekâ

PS-09 Özel Klinik Durumu Olan Çocuklarda Rutin Dışı Aşı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Merve Tosyalı[1], Feyza Koç[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Özel klinik durumları (Kronik hastalığı vb) olan çocuklar, aşı ile önlenebilir hastalıklar açısından artmış risk taşımaktadır ve ulusal rutin aşılama programına ek olarak farklı aşı uygulamalarına gereksinim duymaktadır. Bu çalışma özel klinik durumlarda rutin dışı aşılama durumunun değerlendirilmesini amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ocak 2025-Ağustos 2026 tarihlerinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Polikliniği'ne özel klinik durumları nedeniyle aşı önerileri için yönlendirilen 570 çocuk dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, daha önce yapılmış aşıları, takip edildikleri klinikler, aldıkları tedaviler kaydedildi. Rutin dışı aşılar için hastalıklıları ve klinik durumuna göre uygun aşı şemaları oluşturuldu. Aşı planına uygun olarak kliniğimizde uygulanan rutin dışı aşılar retrospektif olarak değerlendirildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve medyan ile sunuldu.

Bulgular: Hastaların 319'u (%56,0) erkek, 251'i (%44,0) kız olarak saptandı. Ortalama yaş 10,30±5,76 yıl, medyan yaş 10,24 [5,28–15,35] yıl olarak belirlendi. Hastaların %20,5'i onkoloji, %16,7'si gastroenteroloji, %14,4'ü hematoloji, %13,2'si nefroloji, %12,5'i endokrinoloji, %11,6'sı kemik iliği transplantasyon ünitesi, % 8,6'sı alerji-immunoloji ve %7,5'i nöroloji kliniğinde takip edilmekteydi. Rutin dışı aşı olarak meningokok serogrup B aşısı (%79,1), meningokok ACWY aşısı (%78,6), influenza aşısı (% 69,8) ve human papilloma virüs (HPV) aşısı (%43,5) ve konjuge pnömokok 20 aşısı (KPA 20) (%12,1), polisakkarit pnömokok 23 aşısı (PPA 23) (% 6,7) uygulanmıştır.

Sonuç: Özel klinik durumlar olduğunda rutin aşılar dışında rutin dışı aşıların da değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Kliniğimizde meningokok, influenza ve HPV aşılarının daha fazla yapıldığı saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş aşı gereksinimlerinin sistematik olarak değerlendirilmesi, önerilen aşıların uygulanmasının izlenmesi ve ilgili yan dal klinikleri ile koordinasyonun güçlendirilmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: özel klinik durum, rutin dışı, aşılama

PS-10 Sağlık Okuryazarlığının Büyüme Üzerine Etkisi: Formül Mamanın Yanlış Hazırlanmasına Bağlı Yetersiz Kilo Alımı Olan Bir Bebek Olgusu

Şeymanur Uçum Ağcakoyun[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Bebeklik döneminde yeterli büyümeye ulaşılabilmesi açısından, önerilen formül mamaların üretici önerilerine uygun olarak hazırlanması büyük önem taşımaktadır. Mama hazırlama hataları, özellikle gereğinden fazla su eklenmesi sonucu enerji yoğunluğunun azalmasına ve yetersiz kilo alımına neden olabilmektedir. Bu olguda, yanlış hazırlanmış formül mamaya bağlı gelişen yetersiz kilo alımına dikkat çekilmesi ve ebeveyn sağlık okuryazarlığının öneminin vurgulanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Rutin çocuk sağlığı izlemi sırasında yetersiz kilo alımı nedeniyle değerlendirilen üç aylık kız bebeğin doğum öyküsü, antropometrik ölçümleri ve ayrıntılı beslenme anamnezi değerlendirildi. Büyüme parametreleri Dünya Sağlık Örgütü büyüme standartlarına göre incelendi. Mama hazırlama yöntemi bakım verene ayrıntılı olarak sorgulatıldı.

Bulgular: Olgu, 37. gebelik haftasında 2970 g doğmuş üç aylık kız bebekti. Başvuru sırasında vücut ağırlığı 4170 g olup doğumdan itibaren toplam 1200 g ağırlık kazanmıştı. İlk üç aydaki ortalama ağırlık artışı yaklaşık ayda 400 gram olarak hesaplandı. Yaşa göre ağırlığı −2 SDS'nin altında, boyu −1,4 SDS ve baş çevresi −1 SDS idi. Ayrıntılı beslenme öyküsünde annenin, bebeğin kabızlığının düzelmesi amacıyla formül mamayı önerilen konsantrasyondan farklı hazırladığı ve su miktarını arttırdığı öğrenildi. Bir ölçek formül mamaya 50 mL su eklediği ve mamayı seyrelterek verdiği belirlendi. Bu uygulamanın enerji ve besin ögesi yoğunluğunu azaltarak yetersiz ağırlık kazanımına katkıda bulunduğu düşünüldü. Anneye formül mamanın üretici önerilerine uygun hazırlanması konusunda uygulamalı eğitim verildi ve kontrole çağırıldı. İzlemde, formül mamanın uygun konsantrasyonda hazırlanmasının ardından bebeğin ağırlık kazanımının normal sınırlarda seyrettiği ve büyümesinin olumlu yönde ilerlediği gözlendi.

Şekil 1. Hatalı formül mama hazırlama sürecinin yetersiz ağırlık kazanımına etkisi ve ebeveyn eğitiminin önemi



Sonuç: Yetersiz kilo alımı ile başvuran bebeklerde yalnızca tüketilen mama miktarı değil, mamanın hazırlanış şekli de mutlaka sorgulanmalıdır. Bakım verenlerin iyi niyetle yaptığı mama seyreltme uygulamaları önlenebilir büyüme sorunlarına yol açabilmektedir. Çocuk sağlığı izlemlerinde formül mamanın doğru hazırlanmasına yönelik uygulamalı ebeveyn eğitimi verilmesi ve sağlık okuryazarlığının desteklenmesi, beslenme hatalarının erken fark edilmesi ve büyüme sorunlarının önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: formül mama, yetersiz kilo alımı, bebek beslenmesi, sağlık okuryazarlığı, ebeveyn eğitimi

PS-11 İkiz Bebeklerde Emzirmenin Sürdürülmesinde Erken Profesyonel Desteğin Önemi: İki Pediatri Hekimi Annenin Karşılaştırmalı Olgu Sunumu

Ayşenur Zorteymur[1], Işıl Çulha Hoşceylan[1], Nalan Karabayır[2]

[1]Sancaktepe Şehit Prof .Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: İkiz bebeklerde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi daha yakın bireyselleştirilmiş destek gerektirebilir. İleri düzey teorik bilgi, emzirme başarısını tek başına garanti etmez.Amaç: İki pediatri hekimi annenin erken emzirme deneyimlerini ve bebeklerin beslenme sonuçlarını karşılaştırmak.

Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak hastanelerde ikiz doğum yapan iki hekim annenin beslenme süreçleri retrospektif, karşılaştırmalı olgu sunumu olarak değerlendirildi. Emzirme süreci doğum özellikleri, doğum sonrası erken dönem ve taburculuk sonrası emzirme desteği, tartı durumları, laktasyon sorunları ve beslenme desteği açısından incelendi.

Bulgular: Olgu 1: Gebelik haftası: 37+6. Doğum ağırlıkları: 2660 / 2770 g. Erken profesyonel destek: İlk 24 saatte uygulamalı emzirme hemşiresi desteği yetersiz. İlk emzirme deneyimi: Emme isteği ve süt varlığına rağmen etkin emzirme sağlanamad. Laktasyon sorunları: Meme başı çatlağı ve ağrı; yaklaşık iki hafta doğrudan emzirememe. Kilo kaybı: 24. saatte %6,8 / %6,2. Formül mama başlanması: 24. saatte kilo kaybı üzerine. Mama desteğinin süresi: İlk iki ay beslenmenin yaklaşık %40'ı; azaltılarak dokuzuncu aya kadar. Taburculuk sonrası beslenme: İlk iki hafta alternatif yöntemlerle anne sütü ve formül mama ile karışık beslenme, ikinci hafta tekrar emzirme hemşiresi desteği ile doğrudan memeden emzirme.Olgu 2: Gebelik haftası: 36+5. Doğum ağırlıkları: 2380 / 2405 g. Erken profesyonel destek: Yenidoğan konusunda deneyimli hekim desteği. İlk emzirme deneyimi: Eş zamanlı emzirme; 1–1,5 saatte bir yaklaşık 20–25 dakika. Laktasyon sorunları: Bildirilmedi. Kilo kaybı: 44. saatte %3,5 / %4,5. Formül mama başlanması: 28. saatte kan glukozu 42–46 mg/dL ölçülmesi üzerine. Mama desteğinin süresi: Taburculuğa kadar 3–4 kez. Taburculuk sonrası beslenme: Taburculuk sonrası evde, ilk altı ay doğrudan memeden emzirme ile yalnız anne sütü. TARTIŞMA: Teorik bilgiye sahip anneler de bireyselleştirilmiş ve yakın emzirme desteğine ihtiyaç duyabilir. Beslenme desteği sırasında emzirmenin korunması, yalnız anne sütüne dönüşü destekleyebilir.

BULGULAR: OLGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Özellik	**Olgu 1**	**Olgu 2**
Gebelik haftası	37+6	36+5
Doğum ağırlıkları	2660 / 2770 g	2380 / 2405 g
Erken profesyonel	İlk 24 saatte uygulamalı emzirme hemşiresi	Yenidoğan konusunda deneyimli hekim

destek	desteği yetersiz	desteği
İlk emzirme deneyimi	Emme isteği ve süt varlığına rağmen etkin emzirme sağlanamadı	Eş zamanlı emzirme; 1–1,5 saatte bir, yaklaşık 20–25 dakika
Laktasyon sorunları	Meme başı çatlağı ve ağrı; yaklaşık iki hafta doğrudan emzirememe	Bildirilmedi
Kilo kaybı	24. saatte %6,8 / %6,2	44. saatte %3,5 / %4,5
Formül mama başlanması	24. saatte kilo kaybı üzerine	28. saatte kan glukozu 42–46 mg/dL ölçülmesi üzerine
Mama desteğinin süresi	İlk iki ay beslenmenin yaklaşık %40'ı; azaltılarak dokuzuncu aya kadar	Taburculuğa kadar 3–4 kez
Taburculuk sonrası beslenme	İlk iki hafta alternatif yöntemlerle anne sütü ve formül mama ile karışık beslenme, ikinci hafta tekrar emzirme hemşiresi desteği ile doğrudan memeden emzirme	Taburculuk sonrası evde, ilk altı ay doğrudan memeden emzirme ile yalnız anne sütü

Sonuç: Erken postpartum dönemde uygulamalı, bireyselleştirilmiş ve tutarlı profesyonel destek, ikizlerde emzirmenin sürdürülmesini destekleyebilir.Ek beslenme kararları; klinik durum, emme etkinliği, kilo değişimi ve metabolik izlem temelinde bireyselleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: emzirme, anne sütü, emzirme desteği, ek beslenme, ikiz bebekler

PS-12 Kronik Servikal Lenfadenopatiden Çocuk İhmaline: Bir Pediculosis Capitis Olgusu

Sevim Gonca Kocagözoğlu[1], Şule Toprak[2], Meryem Albayrak[2]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilimdalı

Giriş ve Amaç: Çocuklarda kronik servikal lenfadenopati enfeksiyöz, inflamatuvar ve malign nedenlere bağlı gelişebilir. Pediculosis capitis özellikle okul çağındaki çocuklarda sık görülen ve kolaylıkla tedavi edilebilen bir enfestasyon olmakla birlikte, uzun süre tedavisiz kalması servikal lenfadenopati ile ilişkili olabilir. Persistan pediculosis olgularında çocuğun bakım koşullarının da değerlendirilmesi önemlidir

Gereç ve Yöntem: Bu olguda, yaklaşık bir yıldır servikal lenfadenopatisi bulunan 10,5 yaşındaki kız hastada saptanan pediculosis capitis ve eşlik eden olası ihmal bulguları sunulmuştur.

Bulgular: On buçuk yaşındaki kız hasta, yaklaşık bir yıldır devam eden ve son üç ayda belirginleşen boyunda şişlik nedeniyle Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Polikliniğine yönlendirildi. Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi ve iştahsızlık yoktu. Fizik muayenede bilateral ön ve arka servikal bölgelerde en büyüğü 3×2 cm olan çok sayıda ağrısız lenf nodu saptandı; hepatosplenomegali veya diğer bölgelerde patolojik lenfadenopati yoktu. Ultrasonografide bilateral servikal bölgelerde hiler yapıları korunmuş, kortikal kalınlık ve santral vaskülarite artışı gösteren çok sayıda lenfadenopati izlendi. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi ve akciğer grafisi normaldi. EBV, CMV, Toxoplasma, Bartonella ve tularemi dahil enfeksiyöz nedenlere yönelik incelemeler negatif sonuçlandı. Hastaneye yatışında saçlı deride pediculosis capitis saptandı ve daha önce tedavi uygulanmadığı öğrenilerek permetrin tedavisi başlandı. Öykü derinleştirildiğinde annenin aynı evde yaşamasına rağmen çocuğun bakımına katılmadığı, bakımın ağırlıklı olarak ileri yaştaki baba ve zaman zaman üvey abla tarafından sağlandığı öğrenildi. Bulgular birlikte değerlendirildiğinde kronik servikal lenfadenopatinin uzun süredir tedavi edilmemiş pediculosis capitis ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Olası çocuk ihmali açısından aile ve yaşam koşullarının değerlendirilmesi amacıyla İl Aile ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne bildirim yapıldı.

foto



Sonuç: Uzun süre tedavi edilmeyen pediculosis capitis servikal lenfadenopati ile ilişkili olabilir. Persistan enfestasyon saptanan çocuklarda yalnızca tıbbi tedaviyle yetinilmemeli; bakım koşulları ve eşlik eden ihmal göstergeleri bütüncül olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk ihmali, servikal lenfadenopati, pediculosis capitis

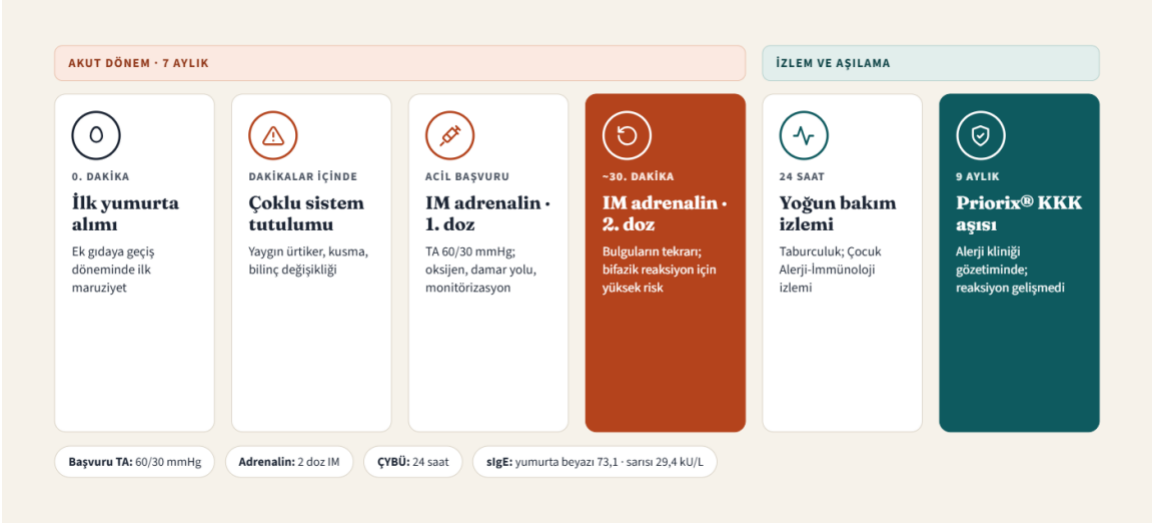
PS-13 Yumurta Anafilaksisi KKK Aşısına Engel Değil

Hande Yücelkan[1], Mehmet Cengiz[1], Uğur Altaş[1], Feyza Hüsrevoğlu Esen[1]

[1]Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

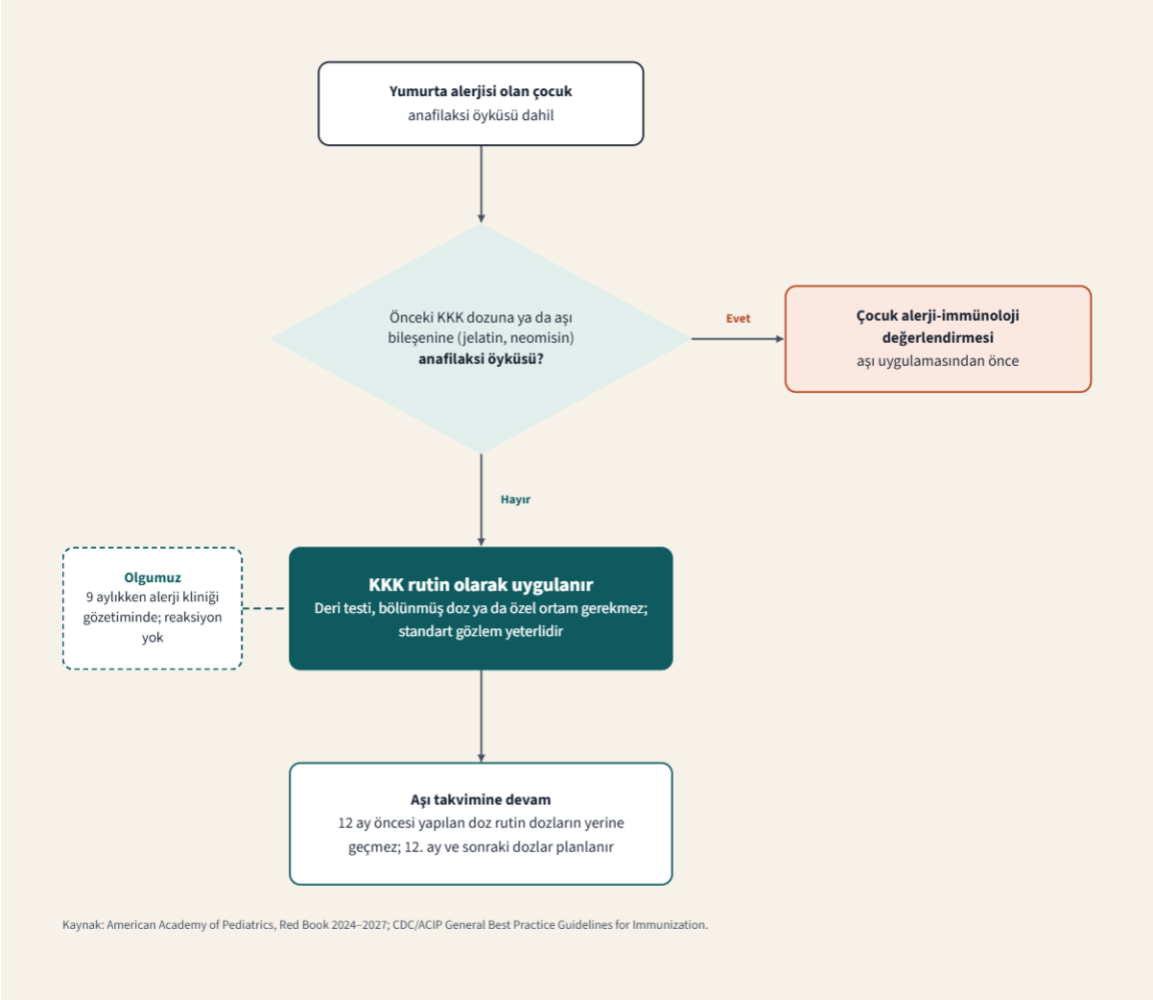
Giriş ve Amaç: Yumurta Anafilaksisi KKK Aşısına Engel Değil: Kızamık Salgını Döneminde Ağır Anafilaksi Öyküsü Olan Süt Çocuğunda Güvenli Aşılama. Yumurta alerjisi süt çocukluğunun en sık besin alerjilerinden biridir ve sıklıkla ek gıdaya geçişte ilk maruziyetle ortaya çıkar. Ağır reaksiyon öyküsü, aileler ve sağlık çalışanları arasında kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısının yapılamayacağı yönünde yanlış bir algıya yol açabilmektedir. Bu sunumda yumurtaya bağlı ağır anafilaksi geçiren bir süt çocuğunda, kızamık salgını döneminde KKK aşısının güvenle uygulanabildiğini göstermeyi ve yanlış kontrendikasyonların halk sağlığı açısından önemini vurgulamayı amaçladık.

Akut Dönem



Klinik Seyir

Yaklaşım



Yumurta Allerjisinde KKK Yaklaşımı

Gereç ve Yöntem: Olgu; hastanın acil servis, çocuk yoğun bakım ve çocuk alerji-immünoloji polikliniği kayıtları retrospektif olarak incelenerek sunulmuştur. Aileden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular: Özgeçmişinde özellik olmayan, büyüme ve nöromotor gelişimi yaşına uygun erkek hasta, 7 aylıkken ilk kez yumurta yedirildikten kısa süre sonra yaygın ürtiker, kusma ve bilinç değişikliği ile başvurdu. Başvuruda kan basıncı 60/30 mmHg idi. Anafilaksi tanısıyla intramüsküler adrenalin ve oksijen verildi, damar yolu açıldı. Yaklaşık 30 dakika sonra bulguların tekrarlaması üzerine ikinci doz adrenalin uygulandı. Hipotansiyon, nörolojik tutulum ve birden fazla doz adrenalin gereksinimi bifazik reaksiyon için yüksek risk oluşturduğundan hasta yoğun bakımda 24 saat izlendi. Hemogram ve biyokimyasal tetkikleri normaldi. Yumurta beyazı spesifik IgE 73,1 kU/L, yumurta sarısı spesifik IgE 29,4 kU/L saptandı. Hasta 9 aylıkken, salgın döneminde önerilen erken doz kapsamında, alerji kliniği gözetiminde Priorix® KKK aşısı ile aşılandı. Gözlem süresince erken ya da geç reaksiyon gelişmedi.

SPESİFİK IGE

Yumurta Beyazı sIgE (kU/L)	73.1	< 0.35
Yumurta Sarısı sIgE (kU/L)	29.4	< 0.35

Sonuç: Anafilaksi öyküsü dahil yumurta alerjisi KKK aşısı için kontrendikasyon değildir ve aşılama ertelenmemelidir. Birden fazla doz adrenalin gerektiren ağır anafilaksi olgularında bifazik reaksiyon riski göz önünde bulundurularak uzamış gözlem planlanmalıdır. Salgın dönemlerinde yanlış kontrendikasyonların giderilmesi hem bireysel hem toplumsal korumanın temel bileşenidir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, yumurta alerjisi, KKK aşısı, kızamık, sosyal pediatri

PS-14 Okul Öncesi Dönemde DEHB'nin Erken Tanısı ve Pediatristlerin Stratejik Rolü: Bir Olgu Sunumu

Ülkü Ayberk[1], Esra Yürümez[2]

[1]*Muayenehane
[2]**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikyatri ABD

Giriş ve Amaç: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB), çocukluk çağında yürütücü işlevler ve duygusal öz düzenleme güçlükleriyle seyreden nörogelişimsel bozukluktur. Erken çocuklukta aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve öfke tepkileri gelişimsel özelliklerle karışabildiğinden tanı gecikebilir. Aile hekimleri ve pediatristler, risk belirtilerini fark ederek çocuğun zamanında çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesinde önemlidir.

Gereç ve Yöntem: 2 Şubat 2022 doğumlu erkek çocuk, doğumdan itibaren aynı pediatrist tarafından düzenli olarak izlenmiştir. İzlem sürecinde belirgin dürtüsellik, öfke nöbetleri, yönergelere uymada güçlük ve dikkat süresinde kısıtlılık fark edilmiştir. Bu davranışların ev ve okul ortamında da görülerek aile içi uyumu ve akran ilişkilerini olumsuz etkilediği öğrenilmiştir. Gebelik ve doğum öyküsü özellik göstermeyen çocuk 39. haftada sezaryen ile 3895 gr ve 50 cm olarak doğmuştur. Gelişimsel basamakları yaşına uygun veya ileri düzeyde bulunmuştur. Bir yaşında gündüz uykusunu bırakan çocuğun geceleri uyurken hareketli ve bazen uyandığı, yüksek seslere duyarlı olduğu öğrenildi.18 aylıkken kreşe başlayan ve kurum değişiklikleri sonrasında gelişimsel düzeyi dikkate alınarak daha büyük çocukların bulunduğu sınıfa alınmış ve uyum sağlamıştır. Ancak grup etkinliklerine 10 dakikadan uzun süre odaklanamadığı, sınıfta sık dolaştığı ve kurallara uymakta zorlandığı bildirilmiştir. Yola kontrolsüz çıkma ve yüksekten atlama gibi riskli davranışlar sergilemiş; jimnastik kursuna kurallara ve etkinlik sırasına uyum güçlüğü nedeniyle devam edememiştir. Akran çatışmaları nedeniyle ailenin sosyal etkinliklere katılımı azalmıştır. Buna karşın resim, dil ve müzik alanlarında belirgin yetenek, güçlü görsel bellek ve 3,5 yaşında kendiliğinden okuma öğrenme gözlenmiştir.

Tablo 1. Gelişimsel öykü ve fiziksel ölçümler

Gelişimsel/klinik özellikler ve bulgular	
Doğum boyu ve ağırlığı	50 cm; 3895 gr
Güncel boy ve ağırlık	109 cm; 25,8 kg (persentil kaydı: %90)
Desteksiz oturma	4 ay
Bağımsız yürüme	14 ay
Tuvalet eğitimi	2,5 yaş

İlk sözcükler	12 ay
Cümle kurma	18 ay

Bulgular: Pediatrik izlemde Denver II, M-CHAT ve SİATT, DAS-II testleri uygulanmıştır. Davranışsal belirtilerin farklı ortamlarda sürmesi ve işlev kaybına yol açması üzerine 4,5 yaşında çocuk psikiyatrisine yönlendirilmiştir. Psikiyatrik değerlendirmede DEHB ve duyusal işlemleme güçlüğü tanıları konulmuş; otizm spektrum bozukluğu, bipolar bozukluk ve anksiyete bozuklukları ayırıcı tanıda değerlendirilmiştir. Hacettepe'de uygulanan DAS-II alt testlerinde adlandırma, desen oluşturma, rakam tekrarı, resim tanıma ve erken sayı kavramlarında yaş düzeyinin üzerinde performans saptanmıştır.

Tablo 2. Gelişimsel değerlendirme sonuçları

Gelişimsel değerlendirmeler ve sonuçlar	
Denver II Gelişimsel Tarama Testi (6, 12 ve 24. aylar ile 4 yaş)	İnce motor ve dil gelişimi ileri düzeyde
M-CHAT (18. ay)	Normal
SİATT (6, 12 ve 24. aylar)	Farkındalık puanları tama yakın
DAS-II alt testleri	Adlandırma, Desen Oluşturma, Rakam Tekrarı, Resim Tanıma ve Erken Sayı Kavramları alanlarında yaş düzeyinin üzerinde

Sonuç: Bu olgu, rutin pediatrik izlemlerde davranışsal ve nörogelişimsel belirtilerin sistematik değerlendirilmesinin erken DEHB tanısındaki önemini göstermektedir. Birden fazla ortamda görülen ve işlevselliği bozan, gelişim düzeyiyle uyumsuz belirtilerde zamanında uzman yönlendirmesi yapılmalıdır. Pediatri ve çocuk psikiyatrisi arasında ortak yönlendirme protokollerinin geliştirilmesi erken tanıyı kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği ve hiperaktivite; erken tanı; okul öncesi dönem; üstün potansiyel.

PS-15 Evlat Edinen Annelerde Emzirme Danışmanlığı: Olgu Sunumu Eşliğinde Pediatrik İzlem Yaklaşımı

Leyla Ahmedova[1], Nur Banu Can[1], Rana Sönmez[1], Büşra Türkoğlu Uykan[1], Gonca Keskindemirci[2], Gülbin Gökçay[3]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Emzirme, evlat edinen annelerde anne ile bebek arasında bağ kurulmasını destekleyen önemli bir fırsat olabilir. Gebelik ve doğum süreci yaşamamış evlat edinen annelerde de uygun destekle süt üretimi başlayabilir. Bu süreçte düzenli meme uyarısı ve sağımı, bebeğin memeye yerleştirilmesi ve yakın izlem önemlidir. Ancak her annede süt üretimi sağlanamayabilir. Bu nedenle aileye bilgi vermek ve bebeğin yeterli beslenmesini güvenle izlemek gerekir. Bu olguda, evlat edinilen bir bebekte annenin emzirme isteği üzerine verilen emzirme danışmanlığı ve izlem sürecinin sunulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: ...

Bulgular: Beş ay yirmi günlük erkek bebek, evlat edinilme sonrası beslenme danışmanlığı için çocuk sağlığı izlemi polikliniğine getirildi. Bebeği 45 gün önce evlat edinen anne, emzirmek istediği ile tarafımıza başvurduğunu belirtti. İlk görüşmede bebeğin mevcut beslenme düzeni, kilo alımı, büyüme ve gelişmesi değerlendirildi. Anneye bu süreçte emzirmenin sadece süt miktarı ile değerlendirilmemesi gerektiği, emzirmenin yalnızca beslenme odaklı olmadığı, bağ kurma açısından da önemli olduğu anlatıldı. Memeye temasın ve emzirme çabasının anne-bebek bağını destekleyebileceği ifade edildi. Ten tene temas, bebeğin memeye sık yerleştirilmesi, günde düzenli (8x) bebeğin memeye yerleştirilerek ve/veya pompa ile meme uyarısı önerildi. Anneye kanıta dayalı bilgi eşliğinde galaktagog amaçlı çemen otu desteği (Solgar fenugreek 370 mg) başlandı (5). İzlemde anneye bireyselleştirilmiş emzirme danışmanlığı verildi; bebeğin büyümesi ve beslenmesi yakın aralıklarla değerlendirildi. İlk gelişinden üç hafta sonra, üçüncü poliklinik kontrolünde anneden az miktarda süt geldiği görüldü. Sonraki izlemde süt miktarında artış olduğu ve annenin emzirme sürecini sürdürdüğü öğrenildi.

Sonuç: Literatürde evlat edinen annelerde emzirmenin mümkün olduğu, ancak başarının yalnızca elde edilen süt miktarı ile değerlendirilmemesi gerektiği bildirilmektedir. Başarıyı etkileyen durumlar arasında annenin isteği, erken danışmanlık alması, düzenli meme uyarısı yapması, bebeğin küçük yaşta olması, aile ve sosyal desteği ile sağlık çalışanlarının yaklaşımı yer alır Evlat edinen annelerde emzirme danışmanlığı, pediatri pratiğinde daha fazla fark edilmesi gereken bir alandır. Bu olgu, uygun danışmanlık ve yakın izlem ile evlat edinen annelerde süt üretiminin başlayabileceğini göstermektedir. Pediatristin görevi; aileyi cesaretlendirmek, gerçekçi beklenti oluşturmak, anne-bebek bağlanmasını güçlendirmek, bebeğin büyüme ve gelişmesini güvenle izlemek, çocuk sağlığı izleminin devamını sağlamak ve gerektiğinde ek beslenmeyi planlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Evlat edinme, emzirme danışmanlığı, indüklenmiş laktasyon.

PS-16 Kızamık Aşısı Uygulanmasında Yanlış Kontrendikasyonlar-İki Olgu Sunumu

Banu Aysal[1], İrem Yetkin Palalı[1], Eylül Su Tuğcu[1], Elif Ekşi[1], Gonca Keskindemirci[2]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı ve İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Aşı uygulamasında kesin kontrendikasyonların başında aşı ile oluşan anafilaksi yer almaktadır. Gerçek anafilaksi, aşı sonrası son derece nadir görülen (yaklaşık 1/1.000.000) bir durumdur ve tanı için belirli klinik kriterlerin (cilt/mukoza bulgularına ek olarak solunumsal, kardiyovasküler veya gastrointestinal sistem tutulumu) eşlik etmesi gerekir. Ancak aşı sonrası görülebilecek lokal veya ateş, huzursuzluk, döküntü kontrendikasyon olarak sayılmaz. Gerçek kontrendikasyon ayırımını yapılamaması, hem ailelerde hem de sağlık çalışanlarında sonraki aşı dozlarının uygulanmasına yönelik tereddüde, aşı takviminin gecikmesine ve çocuğun aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı korumasız kalmasına neden olabilmektedir. Burada beslenme veya bir önceki aşı sonrası döküntü olan kızamık aşısı uygulamasında gecikme yaşanan iki olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: ..

Bulgular: Olgu 1: On sekiz ay kız çocuk, 6'lı karma, hepatit A aşısı ve oral poliomiyelit aşısı uygulaması ardından evde tüm vücutta kabarıklık ve kızarıklık olması nedeniyle acil servise başvurmuş. Alerjik döküntü olarak değerlendirilip takip planlanmış. Ancak bundan sonra 24. ay ve 4 yaştaki aşılarının uygulanmasında sağlık çalışanı tereddüt yaşaması nedeniyle birimimize yönlendirildi. Kaçırılmış aşıları uygulandı. Reaksiyon gözlenmedi. Olgu 2: 9.5 aylık erkek çocuk, 8 aylıkken yumurta yedikten sonra vücudunda döküntüsü olduğunu söylemesi nedeniyle 9 aylıkken kızamık içeren aşının uygulanmasında tereddüt yaşanmış. Anamnezde anafilaksi tariflemeyen, yumurta içeren ürünleri de yiyen çocuk birimimize yönlendirildi. Kızamık içeren aşısı uygulandı. Aşı istenmeyen reaksiyonu gözlenmedi.

Sonuç: Gerçek aşı kontrendikasyonları anafilaksi gibi çok nadir ve ciddi reaksiyonlarda olur. Aşı sonrası istenmeyen etkiler ve yönetimi iyi bilinmeli. Hizmet içi eğitimler ile bilgilerin tekrarlanması aşı uygulamasında yaşanan tereddütlerin önlenmesinde kritiktir.

Anahtar Kelimeler: aşı, kontrendikasyon, aşı sonrası istenmeyen etki

PS-17 Sıvı Tedavisi Sırasında Gelişen Anafilaksi: Gözden Kaçabilen Tetikleyici Lateks

İlayda Canözler[1], Mehmet Cengiz[1], Feyza Hüsrevoğlu Esen[1]

[1]Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Lateks alerjisi, Hevea brasiliensis kaynaklı proteinlere karşı gelişen IgE aracılı (tip I) bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur ve ağır olgularda anafilaksi ile seyredebilir.Klasik risk grupları olarak tekrarlayan cerrahi girişim öyküsü olan çocuklar, sağlık çalışanları ve atopik bireylerdir. Hastane ortamında eldivenler, turnikeler ve bazı tıbbi malzemeler önemli temas kaynaklarıdır. Risk faktörü taşımayan bir çocukta, rutin bir acil servis işlemi sırasında gelişen anafilakside lateks kolayca akla gelmeyebilir. Bu olguda, akut gastroenterit nedeniyle izlenen ve damar yolu sıvı tedavisi sırasında anafilaksi gelişen bir hastayı sunuyoruz.

Acil servisde olası lateks temas noktaları



.

Gereç ve Yöntem: Hastanın anafilaksi tanısı WAO 2020 klinik kriterlerine göre konuldu. Reaksiyon sonrası alerji değerlendirmesinde deri prik testi ve lateks spesifik IgE (k82) / komponent analizi uygulandı. Deri prik testi belirgin pozitif değerlendirildi.Lateks spesifik IgE 25 kU/L olarak sonuçlandı.

Bulgular: 9 yaş, erkek hasta . Bir gün önce başlayan, yaklaşık 7 kez ishal ve her beslenme sonrası kusma şikayetiyle başvurdu. İştahsızlık ve halsizlik eşlik ediyordu, ateş yakınması yoktu. Öyküsünde kronik hastalığı , bilinen herhangi bir alerjik durumu yoktu. Aşıları: Tam , Aile öyküsü: Özellik yok .Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık , ağız mukozası kuru, solunum ve kardiyovasküler sistemi doğal , nörolojik muayenesi doğal, batın muayenesinde barsak sesleri artmış defans rebaund yok, ciltte hafif dehidratasyon bulgusu mevcut. Laboratuvar bulgularında beyaz küresi hafif yüksek (kusmaya bağlı değerlendirildi), CRP negatif. Abdomen USG ve ayakta direkt batın grafisi gastroenterit ile uyumluydu. Hasta dehidratasyon bulgularından dolayı müşahedeye alındı. Serum fizyolojik sıvı infüzyonu sonrasında öksürük, yaygın döküntü ve nefes darlığı gelişti. Deri ve solunum sistemi tutulumuyla anafilaksi kabul edilerek 0,01 mg/kg IM adrenalin uygulandı. Hastaya sonrasında feniramin(avil) ve deksametazon uygulandı. Bulgularında gerileme görüldü. Alerji değerlendirmesinde latekse karşı yüksek düzeyde duyarlılık saptandı. Deri prik testi belirgin pozitif değerlendirildi. Lateks spesifik IgE 25 kU/L olarak sonuçlandı.

Lateks prick testi ve Spesifik IgE

Lateks prick testi	Pozitif
Lateks spesifik IgE	25 kU/L

Sonuç: Bilinen risk faktörü olmayan çocuklarda da tıbbi işlem sırasında gelişen anafilakside lateks olası tetikleyiciler arasında düşünülmelidir. Tetikleyicisi açık olmayan anafilaksi sonrasında alerji değerlendirmesi mutlaka planlanmalıdır.Tanı sonrasında hastanın tıbbi kayıtlarda işaretlenmesi, sonraki başvuru ve girişimlerde lateksten arındırılmış ortam sağlanması, adrenalin oto-enjektörü reçetelenmesi ve aileye kullanım eğitimi ile olası çapraz reaksiyonlar açısından bilgilendirme yapılması önerilir.

Lateks- meyve sendromu- çapraz reaktivite



.

Anahtar Kelimeler: Lateks aşırı duyarlılığı, Anafilaksi, Çocuk, Adrenalin, Çocuk Acil Servis

PS-18 Anne Sağlığı ve Emzirmenin Birlikte Korunması: Transdermal Estradiol Tedavisi Planlanan Bir Olgu

Evşen Çetin[1]

[1]istanbul üniversitesi sosyal pediatri anabilim dalı
[2]üsküdar üniversitesi tıp fakültesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı

Giriş ve Amaç: Emzirmenin uygun tamamlayıcı beslenmeyle birlikte iki yaşına kadar ve sonrasında sürdürülmesi önerilmektedir . Maternal ilaç kullanımına ilişkin kaygılar ve sağlık profesyonellerinin laktasyon döneminde ilaç güvenliliği konusundaki bilgi farklılıkları, emzirmenin gereksiz sonlandırılmasına yol açabilmektedir . Doğumların giderek ileri maternal yaşlara kayması, emzirme ile perimenopozal/menopozal semptomların örtüştüğü durumlarla daha sık karşılaşılabileceğini düşündürmektedir . Bu olguda, menopozal semptomları nedeniyle transdermal estradiol planlanan ve 15 aylık çocuğunu emziren bir annenin kanıta dayalı, bütüncül danışmanlık yaklaşımıyla emzirmesinin devamlılığının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Menopozal semptomları nedeniyle transdermal estradiol jel kullanması planlanan 47 yaşındaki anne, tedavi sırasında emzirmeye devam edip edemeyeceği konusunda değerlendirildi. On beş aylık çocuğunun büyüme ve gelişmesi yaşına uygun, aile sofrasından beslenmesi yeterliydi. Estradiolün anne sütüne geçişi, çocuk maruziyeti, advers etkileri ve süt üretimine etkileri güncel literatür ve LactMed verileri doğrultusunda değerlendirildi .

Bulgular: Anne, tedavi için gerekli olması durumunda emzirmeyi sonlandırabileceğini ifade etti. LactMed'e göre estradiolün anne sütüne geçişi uygulama yolu ve farmasötik forma bağlı olduğu bildirilmektedir. Transdermal estradiol çalışmalarında 50–100 µg/gün dozlarında anne sütünde ölçülebilir estradiol saptanmamış; 200 µg/güne kadar maternal kullanımda emzirilen çocuklarda serum estradiol/estriol artışı veya advers etki bildirilmemiştir . Çalışmalarda östrojenlerin özellikle erken postpartum dönemde süt üretimini azaltabileceği, ancak jel formuna özgü doğrudan laktasyon verilerinin sınırlı olduğu görüldüğü raporlanmıştır. Mevcut veriler ile çocuğun yaşı, yeterli beslenmesi ve yerleşmiş laktasyon dikkate alınarak anneye tedavinin tek başına emzirmenin sonlandırılmasını gerektirmediği yönünde danışmanlık verildi.

Sonuç: Menopozal hormon tedavisinde laktasyonla uyumluluk; ajan, doz, uygulama yolu, laktasyon dönemi ve çocuğun özelliklerine göre bireysel değerlendirilmelidir. Tedavinin ertelenmesi menopozal semptomların ve bunların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin sürmesine , emzirmenin gereksiz sonlandırılması ise anne ve çocuğun emzirmeden sağlayabileceği yararların kaybına yol açabilir . Anne, kanıtlar ve sınırlılıkları hakkında bilgilendirildikten sonra tedaviyle birlikte emzirmeye güvenle ve memnuniyetle devam etme kararı aldı. İleri maternal yaşta doğumların artmasıyla benzer durumlarla daha sık karşılaşılabileceğinden, sağlık profesyonellerinin menopozal hormon tedavileri ve laktasyon konusundaki bilgi gereksinimlerinin giderilmesi önemlidir. Kanıta dayalı ve bireyselleştirilmiş danışmanlık, maternal tedavi gereksinimleri ile emzirmenin sürdürülmesini karşıt seçenekler olmaktan çıkararak anne-çocuk çiftinin sağlığının birlikte korunmasına olanak sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, menopozal hormon tedavisi, estradiol, laktasyon, anne sağlığı.

ULUSLARARASI KATILIMLI 9. ULUSAL SOSYAL PEDİATRİ KONGRESİ SONUÇ BİLDİRGESİ

Uluslararası Katılımlı 9. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi 15-17 Ekim 2026 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenmiştir. Kongre, ülkemizde sosyal pediatri alanının gelişimine öncülük eden Prof. Dr. Gülbin Gökçay'ın emekliliği onuruna gerçekleştirilmiş ve onun çocuk sağlığına kazandırdığı bütüncül bakış açısını temel almıştır.

Kongrenin ilk günü Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) Uygulayıcı Eğitimi, Çocuklarda Uyku Sağlığı ve Uyku Bozuklukları, Bağışıklama ve Süt Çocuklarında Beslenme olmak üzere dört kurs düzenlenmiştir. İzleyen iki günde dokuz panel ve konferans gerçekleştirilmiş; Dr. Stuart Logan, Dr. Lourdes DelRosso ve Dr. Helen Campbell çevrim içi katılımla uluslararası konuşmacı olarak yer almıştır. Kongrede 358 katılımcı, 115 kurs katılımcısı, 3'ü yabancı konuşmacı olmak üzere 92 davetli oturum başkanı ve konuşmacı, 62 sözlü bildiri ve 19 poster sunumu yer almıştır.

Çocuk sağlığı izlemi kapsamında, Genişletilmiş Bağışıklama Programı dışında kalan meningokok ACWY ve B aşıları ile konjuge pnömokok 20-valanlı aşısının ve respiratuvar sinsityal virüse (RSV) karşı pasif bağışıklama amacıyla kullanılan uzun etkili monoklonal antikor nirsevimab'ın önemi vurgulanmıştır.

Kongredeki konferans ve panellerde yapılan sunumlar ve tartışmalar sonucunda ortaya çıkan temel noktalar aşağıda başlıklar halinde özetlenmiştir.

Çocuk Sağlığının Belirleyicileri ve Demografik Değişim

Ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2001'de 2,38 iken 2014'ten itibaren nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,1'in altına inerek 2025'te 1,42'ye inmiş, 38 ilde 1,30'un altına düşmüştür. Yıllık canlı doğum sayısı 2014'teki 1,35 milyondan 895 bine gerilemiş, çocukların nüfus içindeki payı 1970'teki %48,5'ten %24,8'e inmiştir. Düşüş yalnızca doğumların ertelenmesinden değil, ailelerin toplam çocuk sayısının kalıcı olarak azalmasından kaynaklanmaktadır. Buna karşın 21,4 milyon çocuk, çocuk sağlığı hizmetlerine gereksinimin sürdüğünü göstermektedir.

Doğurganlıktaki düşüşün nedenleri çok boyutludur: konut maliyetleri, güvencesiz istihdam ve ekonomik sıkıntı, gecikmiş yetişkinlik, artan ebeveynlik beklentileri ve bakım yükünün ağırlıkla kadınlara kalması başlıca etkenlerdir. Türkiye'de 2025'te toplam doğurganlık hızı ilkokul mezunu annelerde 2,51, yükseköğretim mezunlarında 1,24'tür; iş-aile uyumunu destekleyen ülkelerde ise

eğitim ve kadın istihdamı ile doğurganlık arasındaki ilişki nötr ya da pozitife dönmüştür. Türkiye'de 0-2 yaşta kurumsal bakıma katılım %5'in altında, aile desteklerine kamu harcaması ise 2019'da GSYH'nin (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) yaklaşık %0,5'idir (OECD ortalaması yaklaşık

%2,3).

Çocuk sayısı azalırken amaç, doğan her çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişme potansiyeline ulaşması olmalıdır; ancak çocukluk kendiliğinden iyileşmemektedir. 2025'te çocuklarda maddi yoksunluk oranı %27,2 olup genel nüfusun 4,7 puan üzerindedir. Gelişim düzenli izlenmeli, yeterli

beslenme ve güvenli bir çevre sağlanmalı; yaşlanan nüfusla artan harcamalar çocuklara ayrılan kaynakları daraltmamalıdır.

Doğurganlığı destekleyen aile politikaları ile Geliştiren Bakım Çerçevesi (Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF, Dünya Bankası) aynı araçlarda buluşmaktadır. Bu araçlar: babalara ayrılmış izin dahil yeterli ücretli ebeveyn izni, izin bitiminde erişilebilir ve nitelikli kreş ve erken çocukluk eğitimi, babanın bakıma katılımı, toplumsal cinsiyet eşitliği ve ailelerin ekonomik güvencesi olmaktadır. Bu araçlar bütüncül, kesintisiz ve kalıcı biçimde uygulandığında hem çocukların gelişimine hem de ailelerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olabilmesine katkı sağlar; tek başına nakdi yardımların etkisi ise sınırlı ve geçicidir. Ülkemizde uygulanan aile destek politikalarının doğurganlık ve çocuk sağlığı sonuçlarını değerlendiren araştırmalar yapılmalıdır. Çocuk sağlığı çalışanları her sağlık temasını duyarlı bakım ve erken öğrenmeyi desteklemek için kullanmalı; ebeveyn izni, çocuk bakımı ve emzirme dostu iş yerleri için savunuculuk yapmalıdır.

Çocuk Sağlığında Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulama

Çocuk sağlığı uygulamaları güncel, güvenilir ve nitelikli bilimsel kanıtlara dayanmalıdır. Araştırma öncelikleri çocukların ve toplumun gereksinimleri ile sağlık sisteminin öncelikleri doğrultusunda belirlenmelidir. Araştırma soruları klinisyenler ve aileler için önemli sorunlara yanıt vermeli; popülasyon, girişim, karşılaştırma ve sonuç bileşenleriyle açıkça yapılandırılmalıdır.

Araştırma sonuçlarının nitelikli yayınlara ve kullanılabilir bilgiye dönüştürülmesi desteklenmelidir. Araştırma tasarımından yayın aşamasına kadar yöntemsel nitelik, raporlama standartları ve etik ilkeler gözetilmelidir. Karşılaştırma grubu olmayan önce-sonra çalışmaları, adil biçimde oluşturulmamış gruplar, karıştırıcı etkenlerin ve ortalamaya regresyon (dönüş) göz ardı edilmesi ile yanlı sonuç değerlendirmesi gibi sık yapılan yöntemsel hatalardan kaçınılmalıdır.

Araştırma kanıtlarının klinik uygulamaya ve sağlık politikalarına aktarılmasını kolaylaştıracak mekanizmalar geliştirilmelidir. Ulusal rehberlerin kanıta dayalı yöntemlerle hazırlanması ve düzenli güncellenmesi bu sürecin temel aracıdır. Araştırma kanıtı tek başına uygulamayı değiştirmeye çoğu zaman yetmediğinden, etki en baştan planlanmalı; klinisyenlerin, ekiplerin,

kurumların ve sağlık sisteminin değişebilmesi için neye gereksinim duyduğu araştırma tasarımına yansıtılmalıdır.

Çocuk Sağlığının Bütüncül İzlemi

Çocuk sağlığı izlemi, büyüme ve gelişme ile psikososyal iyilik halini birlikte değerlendiren bütüncül bir yaklaşımla yürütülmelidir. İzlemler yalnızca hastalıkların erken tanısına değil, çocuğun ve ailenin sağlığını geliştirmeye de yönelik olmalıdır.

Erken çocukluk çağı çürükleri önlenebilir olmasına karşın önemli bir kronik hastalık ve halk sağlığı sorunudur; uyku, beslenme, okula devam ve yaşam kalitesini etkiler. Ağız temizliğine ilk diş sürmeden başlanmalı, ilk dişle birlikte günde iki kez yaşa uygun miktarda floridli diş macunuyla fırçalama yapılmalı ve 8 yaşına kadar ebeveyn denetiminde sürdürülmelidir. Bir yaşından itibaren düzenli diş hekimi kontrolü rutin olarak önerilmeli; 2 yaşından önce şekerli yiyecek ve içeceklerden kaçınılmalı, koruyucu diş sağlığı uygulamalarına erişim yaygınlaştırılmalıdır.

İlk beş yaşta esnek düz tabanlık çoğunlukla fizyolojiktir; ayak arkı yaklaşık 6 yaşına kadar büyük ölçüde şekillenir. Ağrısız esnek düz tabanlık ve içe basma için düzeltici ayakkabı, tabanlık ve ortezlerin etkinliği gösterilmemiştir; aşırı tanı ve gereksiz tedaviden kaçınılmalıdır. Çocuğun yalınayak ya da esnek ayakkabıyla serbest hareketi desteklenmeli ve ailelerin endişeleri giderilmeli; ağrı, sertlik, asimetri veya işlev kaybında ortopedi uzmanına yönlendirilmelidir.

Psikolojik dayanıklılık, çocuğun mizacı ve öz düzenleme becerileri ile aile, okul ve çevreden aldığı desteğin etkileşimiyle gelişir. Her zorluk güçlendirmez; istismar, ihmal ve uzun süreli stres dayanıklılığı azaltırken güven veren ilişkiler ve ihtiyaçlara duyarlı bakım onu güçlendirir. Erken yaşta uzun ekran süresi iletişim ve problem çözme becerilerinde gecikmeyle, açık hava oyunu ise daha iyi sosyal becerilerle ilişkilidir. Bunun için çocuk ile aile arasında güven veren bir ilişki geliştirilmeli; izlem vizitlerinde çocukla birlikte aile de değerlendirilerek güçlü yönleri vurgulanmalı, zayıf yönleri desteklenmeli ve ebeveyn ruh sağlığı gözetilmelidir.

Çocuk Sağlığını Tehdit Eden Sorunlar

Çocuk sağlığına yönelik yeni ve değişen tehditler düzenli olarak izlenmeli ve çocuk sağlığı politikalarına yansıtılmalıdır.

Dijital bağımlılık yalnızca ekran süresi ya da irade eksikliği değil; çocuğun gelişmekte olan öz düzenlemesi, aile işlevselliği ve ödül odaklı dijital ortamın etkileşimiyle ortaya çıkan bir halk sağlığı sorunudur. Ebeveynin sorunlu cihaz kullanımı ve bunun çocukla etkileşimi bölmesi ile çocuğun mahremiyetini ihlal eden paylaşımlar önemli risklerdir. Tek başına yasak yerine birlikte kullanım, rehberlik ve tutarlı sınırlar içeren aile medya planı önerilmeli; ekran çocuğu yatıştırmak için ve uyku öncesinde kullanılmamalıdır. Her çocuk izlemi dijital alışkanlıkları değerlendirme

fırsatı olarak kullanılmalı, okul temelli dijital okuryazarlık ve çevrim içi güvenlik eğitimleri yaygınlaştırılmalıdır.

İklim değişikliği bugünün çocuk sağlığı sorunudur. Çocuklar gelişimsel ve fizyolojik özellikleri nedeniyle orantısız etkilenmekte; hava kirliliği ve polen artışıyla solunum yolu hastalıkları, vektör, su ve gıda kaynaklı enfeksiyonlar, deri hastalıkları, ruh sağlığı sorunları ve beslenme yetersizlikleri artmaktadır. Çevresel maruziyetlerin sorgulanması pediatrik değerlendirmenin parçası olmalı ve ailelere koruyucu danışmanlık verilmelidir. Çocuk hekimleri eğitim, araştırma ve çocuk odaklı iklim politikalarında öncü rol üstlenmelidir.

Ev kazalarında ilk tanık çoğunlukla ebeveyndir; ancak 0-6 yaş çocukların ebeveynlerinin çoğu acil durumda ne yapacağını bilmemektedir. Teori, uygulama ve senaryo içeren yapılandırılmış ilk yardım eğitimlerinin ebeveynlerin bilgi, beceri ve müdahale özgüvenini belirgin biçimde artırdığı

gösterilmiştir. Bu eğitimler pediatri hemşirelerinin de yer aldığı toplum temelli programlarla yaygınlaştırılmalı; her izlemde gelişim dönemine uygun kaza riskleri aile ile konuşulmalıdır.

Çocuklarda Uyku Sağlığı

Uyku yalnızca bir dinlenme dönemi değil; metabolik, nörobilişsel ve kardiyovasküler süreçleri düzenleyen, beyin gelişimi için kritik olan ve çocuğun gündüz işlevselliğini, akademik başarısını, büyümesini ve uzun dönem sağlığını etkileyen temel bir sağlık bileşenidir. Uyku sağlığı; süre, zamanlama ve düzenlilik, uyku verimliliği, dinlendiricilik ve gündüz uyanıklığı ile birlikte ailenin uyku deneyimini de kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmalıdır. Uykunun nörofizyolojik gelişimi yaşamın ilk 2-3 yılı boyunca sürmektedir; bu dönemde gece uyanmaları büyük ölçüde gelişimsel olarak normaldir ve gereksiz kaygıya ya da tedaviye yol açmamalıdır. Uyku süresi ve yatma saatine ilişkin öneriler ağırlıklı olarak Batı toplumlarında yapılan çalışmalara dayandığından, kültürel farklılıklar gözetilerek esnek biçimde uygulanmalıdır.

Erken çocukluk döneminde uyku sorunları; beslenme, güvenlik, duyarlı bakım ve erken öğrenme bileşenlerini birlikte ele alan, gelişime uygun, aileye ve kültüre duyarlı, bireyselleştirilmiş yaklaşımlarla yönetilmelidir. Anne sütü, gece artan melatonin gibi bileşenleriyle bebeğe zaman bilgisi verir; emzirme bir uyku sorunu olarak görülmemeli ve uyku müdahaleleri emzirmenin sürdürülmesini engellememelidir. Bebeklerde aynı odada ayrı yatak, her uykuda sırtüstü yatırma ve sert, boş bir yatak gibi güvenli uyku önerilerine uyulmalı; yastık, gevşek örtü ve yumuşak yatak gibi yüksek riskli durumlar konusunda ailelere açık ve uygulanabilir danışmanlık verilmelidir. Uyku sorunları ailenin uyku sağlığıyla birlikte ele alınmalı; annenin uyku yoksunluğu ve kaygısı değerlendirilmeli, babanın bakıma katılımı desteklenmelidir.

Çocuk sağlığı izlemlerinde uyku düzeni ve alışkanlıkları yaşa uygun olarak değerlendirilmelidir. Sabah gün ışığıyla buluşma, akşam parlak ışıktan ve yatmadan önceki 1-2 saatte ekrandan uzak durma, hafta içi ve hafta sonu uyku saatlerinin tutarlı olması, haftada en az 5 gün uygulanan ve 30-40 dakikayı geçmeyen bir uyku öncesi rutin ve gün içinde fiziksel etkinlik sağlıklı uykuyu destekler. Dikkat, davranış ya da akademik sorunlarla başvuran çocuklar uyku açısından da değerlendirilmelidir. İnsomni ve diğer uyku bozuklukları tanı ölçütleri olan ve hekim değerlendirmesi gerektiren durumlardır. Değerlendirmede sosyal, gelişimsel ve genetik etkenler birlikte ele alınmalı; horlama, solunum durması, gündüz aşırı uykululuk ve gece olağandışı olaylar gibi belirtiler erken tanınmalı, huzursuz uykuda demir depoları değerlendirilmeli ve çocuk uygun biçimde yönlendirilmelidir.

Ergenlerde uyku basıncının daha yavaş birikmesi ve biyolojik ritmin gecikmesi, artan akademik yük ve teknoloji kullanımıyla birleşerek uyku yoksunluğuna yol açmaktadır. Uyku sağlığı ekolojik bir yaklaşımla ele alınmalı; okul başlama saatleri, yaz saati uygulaması, yeşil alanlar ve hava kirliliği gibi çevresel ve politik belirleyiciler de değerlendirilmelidir.

Beslenme ve Emzirme

İlk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenme ve altıncı aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirmenin en az iki yaşına kadar sürdürülmesi çocuk sağlığı açısından temel öneridir. Doğumdan itibaren doğru emzirme desteği verilmeli, emzirmede karşılaşılan sorunlar ve hasta annenin emzirmesi konusunda sağlık çalışanlarının bilgisi güçlendirilmelidir.

Tamamlayıcı beslenmeye anne sütü sürerken 6. ayda (180. gün), bebeğin gelişimsel olarak hazır oluşu da değerlendirilerek başlanmalıdır. Tamamlayıcı beslenme zamanında, yeterli, güvenli ve duyarlı olmalıdır. Demirden zengin besinler erken eklenmeli, alerjen besinlerin tanıtılması geciktirilmemeli ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen sekiz besin grubundan en az beşini içeren çeşitlilik hedeflenmelidir. Sağlıklı tabak; pahalı ya da "mucize" olarak tanıtılan besinlerle değil, ailenin sofrasındaki yerel ve mevsimsel besinlerle oluşturulabilir. Ülkemizdeki tamamlayıcı beslenme göstergeleri düzenli olarak izlenmelidir.

Ebeveynlerin yarısından fazlası çocuğunun beslenmesinden endişe duyarken çocukların yaklaşık dörtte birinde beslenme zorluğu, %1-5'inde gerçek beslenme bozukluğu bulunmaktadır. Gıda neofobisi ve seçici yeme çoğunlukla geçicidir; büyüme ve gelişme normalse rutin laboratuvar incelemesine gerek yoktur. Karmaşık olgular aile merkezli ve multidisipliner bir ekiple izlenmelidir.

Takviye edici gıda pazarı ülkemizde 2025'te yaklaşık %57 büyümüş, bu pazarın yaklaşık %38'i çocuklara yönelik hale gelmiştir. Kanıt düzeyi yüksek ve rutin önerilen uygulama; beslenme biçiminden bağımsız olarak yaşamın ilk yılında tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini verilmesidir. Sağlıklı çocuklarda rutin D vitamini düzeyi taraması önerilmez, yalnızca risk taşıyanlarda değerlendirilmelidir. 2004'te başlatılan Demir Gibi Türkiye Programı ile bebeklerde demir eksikliği anemisi %30'lar düzeyinden %6,3'e gerilemiştir; programın sürdürülmesi

önemlidir. Yeterli beslenen sağlıklı çocuklarda omega-3 takviyesinin ve bilişsel işlevleri, büyümeyi ya da bağışıklığı desteklediği öne sürülen ürünlerin rutin kullanımını destekleyen yeterli kanıt bulunmamaktadır. Takviyeler bireysel gereksinim ve kanıta göre önerilmeli, sağlık beyanı içeren tanıtımlar etkin biçimde denetlenmelidir.

Beslenme konusunda güvenilir ve bilimsel bilgiye erişim; çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimini destekleyen temel koruyucu yaklaşımlardan biri olmalıdır. Sosyal medyada yayılan kanıtsız beslenme önerilerine karşı aileler güçlendirilmelidir.

Bağışıklama: Sürveyans ve Gelecek

Aşı ile korunabilir hastalıkların kontrolü etkili sürveyansa dayanır; sürveyans, aşı politikası kararlarını destekleyen vazgeçilmez ve sürekli bir süreçtir. Hastalık yükü ve ağırlığı, risk grupları, serotip ve serogrup dağılımı, bulaşma örüntüleri ve toplumdaki aşı kabulü birlikte izlenmelidir. Bildirimler, laboratuvar doğrulaması, tüm genom dizilemesi dahil patojen tiplendirmesi ile birinci basamak, uzman hekim ve hastane temelli sentinel sürveyans gibi veri kaynakları, güçlü ve sınırlı yönleri bilinerek birbirini doğrulayacak biçimde kullanılmalıdır. Aşı kapsama verileri bölgesel

düzeyde düzenli izlenmeli, düşük kapsamlı bölgeler ve gruplar belirlenmeli; sürveyans verileri şeffaf biçimde paylaşılmalıdır.

Yeni aşıların programa alınmasına ilişkin kararlar bilimsel kanıtlar, maliyet-etkililik ve epidemiyolojik modellemeler ile ülkenin gereksinimleri doğrultusunda verilmelidir. Programın uygulanmasından sonra da etkinlik izlenmeli, aşı kapsamında olmayan serotiplerin artışı gibi beklenmeyen değişiklikler gözetilmelidir. Kızamık ve çocuk felci gibi eliminasyona yaklaşılan hastalıklarda klinik tanının öngörü değeri düştüğünden, bağışık olmayan kişilerin yoğunlaştığı grupları saptayabilecek çok duyarlı ve laboratuvar doğrulamalı sürveyans sistemleri gereklidir. Aşılama hizmetlerine eşit ve sürdürülebilir erişim sağlanmalı, bağışıklama programları gelecekteki epidemiyolojik değişikliklere karşı hazırlıklı olmalıdır.

Çocuk Gelişimi: Sağlıklı Başlangıç ve Sağlıklı Sürdürme

Ülkemizde yenidoğan taraması fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, biyotinidaz eksikliği, kistik fibrozis, konjenital adrenal hiperplazi ve spinal müsküler atrofiyi kapsayan ulusal bir programa dönüşmüştür. İşitme, görme ve gelişimsel kalça displazisi taramaları ile okul öncesi ve okul çağı görme ve işitme taramaları da sürdürülmektedir. Tarama programları güncel bilimsel kanıtlar doğrultusunda geliştirilmeli; erken taburculuk, evde doğum, nakil ve prematürite nedeniyle eksik kalan taramalar izlenerek tamamlanmalıdır. Aileler taramanın amacı, süreci ve olası yanlış pozitif sonuçlar konusunda bilgilendirilmeli, taramada saptanan çocukların tanı ve tedaviye zamanında ulaşmaları sağlanmalıdır.

Çocuk ve ergenlerin önemli bir bölümü önerilen fiziksel etkinlik düzeyine ulaşamamaktadır. Spor yalnızca kardiyometabolik sağlık için değil, bilişsel ve ruhsal sağlık ile sosyal gelişim için de koruyucudur. Her çocuğun yaşına, gelişim düzeyine ve biyolojik olgunluğuna uygun güvenli spor olanaklarına erişimi desteklenmelidir. Erken yaşta tek branşa yönlendirme yerine çok yönlü beceri gelişimi esas alınmalı ve fiziksel etkinlik hafta sonuna yığılmadan haftaya yayılmalıdır. Spor ortamında ihmal ve istismara karşı koruyucu önlemler alınmalı, çocuk hekimleri fiziksel etkinliği izlemlerde değerlendirip yaşa uygun biçimde önermelidirler.

Sanat ve kültürel etkinliklere katılım; fiziksel etkinlik, beslenme ve uyku gibi sağlığı geliştiren bir davranış olarak ele alınmakta ve çocukların bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimini desteklemektedir. Ülkemizde sanata erişim eşit değildir; ekonomik, coğrafi ve sosyal engeller nedeniyle bu olanaktan yararlanamayan çocuklar öncelikli hedef grup olmalıdır. Okul öncesi eğitimde ritim, şarkı, hareket ve görsel sanat etkinlikleri düzenli programın parçası olmalıdır. Anne-bebek şarkı grupları gibi toplum temelli programlar birinci basamakla ilişkilendirilmeli ve okullarda zorunlu sanat derslerinin süresi ve niteliği gözden geçirilmelidir. Sağlık, eğitim, kültür ve yerel yönetimler birlikte planlama yapmalı; uygulamaların etkisi güncel ulusal veriler ve Türkiye'ye özgü iyi tasarlanmış çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Özel Gereksinimi Olan Çocuk

Ülkemizde 2-14 yaş çocukların yaklaşık %5'inde duyusal, bilişsel veya motor özel gereksinim bulunmaktadır. Bu çocuklar tanı etiketiyle değil; gereksinimleri, güçlü yönleri ve işlevsellikleriyle değerlendirilmeli, izlem tıbbi, gelişimsel ve sosyal boyutları birlikte ele alan biyopsikososyal bir yaklaşımla yürütülmelidir. İzlemde başarının ölçütü çocuğun ev, okul ve toplum yaşamına katılımı, bağımsızlığı ve yaşam kalitesindeki anlamlı değişim olmalı; çocukluktan erişkinliğe geçişte bakımın sürekliliği gözetilmelidir.

Ülkemizde izlem sağlık, eğitim ve sosyal destek sistemleri arasında parçalı biçimde yürümekte, koordinasyon yükü çoğunlukla aileye kalmaktadır. Her çocuk için tanımlı bir izlem koordinatörü ve kurumlar arası ortak bir bakım planı oluşturulmalıdır. Tanı aileye empatik, açık ve somut bir yol haritasıyla iletilmeli; bakım hedefleri aileyle ortak kararla belirlenmeli ve aileler bilimsel geçerliliği olmayan tedavilerden korunmalıdır. Bakım yükü çoğunlukla anneye binmektedir; izlemlerde bakım verenin fiziksel ve ruhsal durumu da değerlendirilmeli, akran aile desteği ve psikososyal destek yaygınlaştırılmalıdır.

Erken tanı, erken müdahale ve gelişimsel destek hizmetlerine erişim güçlendirilmelidir; ülkemizde geliştirilen ve uluslararası geçerliği gösterilen GİDR bu alanda önemli bir araçtır. Ergoterapi ve duyu bütünleme gibi uygulamalar ile sanal gerçeklik, tele-rehabilitasyon ve yapay zekâ destekli yöntemler gibi yenilikçi yaklaşımlar, kanıt düzeyleri ve etik boyutları gözetilerek hizmetlere entegre edilmelidir. Özel gereksinimi olan çocukların eğitime ve sosyal yaşama eşit ve anlamlı katılımını destekleyen uygulamalar geliştirilmelidir. Ayrıca sağlık, eğitim, rehabilitasyon ve sosyal hizmetler arasında etkili koordinasyon sağlanmalı; hizmetlerin başarısı çocuğun işlevselliği, katılımı ve yaşam kalitesindeki değişimle değerlendirilmelidir.

Sonuç ve Çağrı

Kongrede demografik değişimden özel gereksinimli çocuklara, araştırmadan iklim krizine uzanan geniş bir yelpazede ele alınan konular, çocuk sağlığının biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekolojik boyutlarıyla birlikte, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Çocuk sağlığı; sağlık hizmetlerinin yanı sıra ailenin sosyal ve ekonomik koşulları, eğitim, çevre ve toplumsal politikalarla birlikte şekillenmektedir. Bu nedenle çocuk sağlığı hizmetleri, hastalıkların tedavisinin yanı sıra çocuğun içinde bulunduğu mikro ve makro çevrenin kanıta dayalı biçimde değerlendirilmesini ve iyileştirilmesini de kapsamalıdır. Azalan çocuk nüfusu, her çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişmesine yapılan yatırımı her zamankinden daha önemli kılmaktadır.

Başta çocuk hekimleri olmak üzere çocuk sağlığı alanında çalışanlar, çocuk sağlığının her alanında savunuculuk yapmalıdır. Sosyal pediatri, tüm çocuklar ve aileleri için; özellikle gelişimsel, davranışsal veya psikososyal desteğe ve farklı hizmet alanları arasında eşgüdüme ihtiyaç duyan çocuklar söz konusu olduğunda, sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler arasında bağlantı kuran ve bu hizmetlerin bütüncül biçimde sunulmasına rehberlik eden bir rol üstlenmektedir. Kongre katılımcıları; koruyucu çocuk sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin

azaltılması ve kanıta dayalı politikaların geliştirilmesi amacıyla karar vericileri, meslek örgütlerini ve ilgili tüm paydaşları sektörler arası iş birliğini güçlendirmeye çağırmaktadır.

Kongre, Prof. Dr. Gülbin Gökçay'ın sosyal pediatri alanına kazandırdığı bütüncül bakış açısının bu alandaki çalışmalara yol göstermeye devam edeceği inancıyla tamamlanmıştır.

Uluslararası Katılımlı 9. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi Bilimsel Kurulu



www.sosped2026.com