

# Türkiye’de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi

## The Evaluation of Well-Child Monitoring Data in Turkey

Yaşar TOPAL<sup>1</sup>, Hatice TOPAL<sup>1</sup>, Betül BATTALOĞLU İNANÇ<sup>2</sup>, Hatice Hicret ÖZKOÇ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Muğla

<sup>3</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, Muğla

### Öz

Sağlam çocuk izlemleri, kanıta dayalı koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması ve çocukların sağlıklı büyüme gelişmesinde çok yararlı fırsatlar sunmaktadır. Çalışma ile ülkemizdeki sağlam çocuk izlem uygulamasının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin Türkiye Sağlık Araştırması 2014 yılı mikro verileri kullanılarak kesitsel bir araştırma yapılmıştır. Çalışma kapsamında 0-6 yaş arasında bulunan toplam 3025 bireye ait veriler üzerinde yapılan anket sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Çocukların 922 (%30.5)’si son 12 ay içinde sağlıklı olduğu dönemde (rutin kontrol için) en az bir kez sağlık kuruluşuna getirilmiştir. Gelir düzeyi en düşük olanlarda rutin sağlam çocuk kontrolüne getirilenlerin oranı en düşük (%21.3) bulundu. Ülkemizde çocukların sağlıklı olduğu dönemlerde kontrol amaçlı izlemlerinin yetersiz olduğu ve gelir düzeyinin, ailelerin çocuklarının izleme getirilme oranlarını etkilediği gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İzlem, Sağlam Çocuk, Veriler

### Abstract

Well-child surveillance offers very useful opportunities for the delivery of evidence-based preventive health services and the healthy growth and development of children. The aim of the study was to evaluate the implementation of Well-child monitoring in our country. By using the microdata of Turkey Health Survey (2014) of the Turkish Statistical Institute (TUIK), a cross-sectional study was carried out. With in the scope of the study, the results of the questionnaires on the data of 3025 individuals between 0-6 years of age were evaluated. 922 (30.5%) of the children were brought to the health institution for a routine control at least once during the period when they were healthy in the last 12 months. Among the ones with the lowest incomes, the ratio of those, who were , was the lowest (21.3%).In our country, monitoring purposes are inadequate during periods when children are healthy and the level of income affects the rate of well-child monitoring.

**Keywords:** Data, Monitoring, Well-child

Başvuru Tarihi / Received: 22.01.2018

Kabul Tarihi / Accepted : 28.03.2018

### Giriş

Sağlam çocuk izlemleri (SÇİ), büyüme ve gelişimin izlenmesi, çocukluk çağı aşılarının yapılması, çocuk ve ailenin bazı davranış problemleri, kazalar ve beslenme konularında bilgilendirilmeleri gibi kanıta dayalı koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında en iyi fırsatları sunmaktadır (1). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) Bright Futures rehberlerinde daha önceden bulunmayan, 18 ve 24. aylarda otizm taraması, 9-11 yaşlarında kolesterol taraması ve 3 yaşından itibaren yıllık kan basıncı taramasını uygulamaya koymuştur (2). Özellikle düşük gelirli ailelerde, çocukların sağlık sorunlarının erkenden saptanması açısından sağlam çocuk izlemi hayati önem taşımaktadır (3).

Normal büyüme çocuğun genetik potansiyeli ile yakından ilişkili olmakla birlikte, çocuğun genel sağlık durumu ve nutrisyonel durumunun da bir göstergesidir (4). SÇİ ile boydaki normal büyüme seyrinden sapmaların erkenden saptanması sağlanır ve olası problemlerin erkenden düzeltilmesi ile çocuğun genetik potansiyeline uygun boya ulaşması mümkün olur (5). Gelişimsel geriliğin ve bazı davranış bozukluklarının 18 yaşın altındaki çocukların yaklaşık olarak %17’sinde gözlemlendiğinin ileri sürülmesi ve okul dönemine kadar bunların ancak 1/3’ünden daha azının tanı alabilmesi dikkate

değer bir husustur (6). Özellikle geri kalmış veya gelişmekte olan ülkelerde, bu tür problemlerin ortadan kaldırılmasında sağlam çocuk izleminin katkısı önemlidir.

Bu çalışmayla, ülkemizde SÇİ ile ilgili tüm bölgelerimizi içine alan verileri gözden geçirmeyi ve bu konudaki farkındalığı arttırmayı amaçladık.

### Gereç ve Yöntem

Çalışma, ülkemizdeki sağlam çocuk izlem uygulamasının değerlendirilmesi amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin Türkiye Sağlık Araştırması 2014 yılı mikro verilerinin kullanıldığı kesitsel bir araştırmadır. Çalışma öncesi TÜİK Bilgi Dağıtım ve İletişim Daire Başkanlığından 27964695-622.03-E.14973 sayılı ve 08.06.2017 tarihli yazısı ile izin alınarak elde edilen veri seti üzerinden çalışılmıştır. Anket Türkiye’nin tüm bölgelerinden, yüz yüze görüşülerek 2 yıllık bir sürede ve rastgele seçilen örnekler üzerinde yapılmıştır. Çalışma kapsamında 0-6 yaş arasında bulunan toplam 3025 bireye ait veriler üzerinde yapılan anket sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmış olup, ailelerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, sağlık sigortası ve türü) yanında çocukların izlem durumu ve izlem sırasında yapılan tarama testlerinin yapılma oranları araştırıldı. Diğer nedenlerle (çeşitli hastalıkları nedeniyle) sağlık kuruluşlarına gidenler değerlendirmeye alınmamıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Gelir durumuna göre gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanıldı. İzlem

**Adres / Correspondence:** Yaşar Topal  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla  
**e-posta / e-mail :** yasardr68@yahoo.com

verileri ve demografik verilerin ilişkisini araştırırken değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirildi. Tüm analizlerde  $p < 0.05$  olanlar anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışmaya 0-6 yaş aralığında olan 1564 erkek (%51.7), 1461(%48.3)'i kız olmak üzere 3025 çocuk alındı. Bunların 3007'si (%99.4) Türkiye'de, 18'i (%0.6) de diğer ülkelerde doğan çocuklardı. Çocukların 3003 (%99.3)'ü Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 22 (%0.7)'si diğer ülke vatandaşlarıydı (Tablo 1).

**Tablo 1.** Çocukların demografik özellikleri, kontrol bilgileri ve tarama testleri ile ilgili veriler

	Sayı (n)	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek		
Kız	1564	51.7
Toplam	3025	48.3
		100
<b>Gelir düzeyi (TL)</b>		
0-1080	1077	35.6
1081-1550	628	20.8
1551-2170	450	14.9
2171-3180	438	14.5
3181+	432	14.3
<b>Son 12 ayda sağlam iken kontrol</b>		
Evet	922	30.5
Hayır	2103	69.5
Toplam	3025	100
Muayene edildi mi?	888	96.3
Aşı yapılan	840	91.1
Beslenme önerileri verildi	704	76.4
Kilo Ölçüldü	858	93.1
Boy Ölçümü	847	91.9
Destek ilaç verildi	675	73.2
Gelişimsel değerlendirme	607	65.8
Aile danışmanlığı	410	44.5
<b>Yenidoğan Taramaları</b>		
Topuk kanı alındı		
Alınamadı	2927	96.8
İşitme	241	3.2
Kalça çıkığı	2784	92
İşitme kaybı	2409	79.6
	87	2.9

Çocukların 922 (%30.5)'si son 12 ay içinde sağlıklı olduğu dönemde (rutin kontrol için) en az bir kez sağlık kuruluşuna getirilirken geri kalan %69.5 (2103)'i hiç sağlık kuruluşuna getirilmemiştir. Kontrol amaçlı sağlık kuruluşuna götürülen çocukların 770 (%83.5)'i sağlık kuruluşu olarak aile sağlığı merkezine götürülürken, hastaneler ve muayenehanelerin bunu izlediği görüldü.

Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran çocukların 847 (%91.9)'sine boy ölçümü, 858 (%93.1)'ine ağırlık ölçümü yapılmış olup, 704 (%76.4)'üne yaşına uygun beslenme önerilerinde bulunulmuştur. Rutin kontrole giden çocuklardan

840 (%91.1)'ına yaşına uygun aşı yapılırken, 888 (%96.3)'üne sistemik muayene yapılmıştır.

Anket uygulanan çocukların 2927 (%96.8)'sine yenidoğan döneminde fenilketonüri, biotinidaz, hipotiroidi, kistikfibrozis (2015 yılından itibaren) ülkemizde rutin uygulanan topuk kanı taraması yapıldığı bildirilmektedir. Bunlardan 2784 (%92.0) çocuğa işitme taraması, 2409 (%79.6) çocuğa ise kalça çıkığına yönelik tarama uygulandığı gözlemlendi.

Son 12 ay içinde sağlıklı iken getirilen çocukların 466 (%50.5)'si erkek, 456 (%49.5)'si kızdı. Burada erkeklerin %29.8'i, kızların ise %31.2'sinin sağlam çocuk kontrolüne getirildikleri görüldü. Kız ve erkek çocukların SÇİ izlemelerine getirilmeleri arasında anlamlı bir fark görülmedi ( $p=0.407$ , ki-kare testi).

Gelir düzeyi en düşük olanlarda rutin sağlam çocuk kontrolüne getirilenlerin oranı en düşük (%21.3) iken gelirin artması ile kontrol oranının da arttığı ve en yüksek gelir düzeyindeki çocukların sağlam çocuk kontrolüne getirilme oranının %45.4'e çıktığı gözlemlendi. Gelir düzeyinin artması ile sağlıklı olunan dönemde kontrole getirilenlerin oranının artması arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p < 0.001$ ). Gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık merkezi olarak aile sağlığı merkezini tercih ederken, en yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda aile sağlığı merkezine getirilme oranı en düşüktü (%72.4) (Tablo 2). Gelir düzeyi yükseldikçe çocukların hastane ve özel muayenehanelere götürülme oranları da (Tablo 2) artarken, gelir düzeyinin artışı ile özel muayenehane götürülme, istatistiksel olarak anlamlı derecede artmaktadır ( $p < 0.001$ ). En düşük gelir düzeyindekilerin özel muayenehanelere gitme oranı %24.5 iken en yüksek gelir düzeyinde olanlarda oran %53.6'ya çıkmaktadır.

## Tartışma

Ülkemizde yakınması olmadan sağlam çocuk izlemi amacıyla başvuranlar, çocukların 1/3'ünden daha azını oluşturmaktadır. Bu çalışmada SÇİ'ye getirilmede ailenin sosyoekonomik durumunun, çocuğun yaşının önemli unsurlar olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyinin artması ile rutin kontrole getirilen çocukların oranı iki kattan fazla artarken (%21'den %45.4), gelir düzeyi en yüksek olanların özel muayenehaneye götürülme oranı, en düşük olanlara göre yaklaşık aynı oranda artmaktadır. Düşük sosyoekonomik düzey aile çocukları ve azınlık aile çocuklarının sağlam çocuk izlemine yeterince getiremedikleri bilinmektedir. Afrika kökenli Amerikalılar ve beyazlar arasında, zenginlerle yoksullar arasında sağlam çocuk izlemi açısından belirgin farklılıklar saptanmıştır (7,8). Benzer bir çalışmada 2007-2008 yılları arasında en düşük gelir düzeyindeki çocukların rutin kontrole getirilme oranı %50 iken, daha iyi gelir düzeyindeki çocukların kontrollere getirilme oranı %72.6 bulunmuştur.

**Tablo 2.** Gelir düzeyi ve götürülen sağlık kuruluşu arasında ilişki

Gelir Düzeyi TL	Sağlıklıya Sağlık Kuruluşuna Götürülen	Aile Sağlığı Merkezine Götürülen	Hastaneye Götürülen	Muayenehaneye Götürülen
<b>0-1080</b>				
N	229	194	173	56
%	21.3	84.7	75.5	24.5
<b>1081-1550</b>				
N	187	166	128	60
%	29.8	88.8	68.4	32.1
<b>1551-2170</b>				
N	149	135	116	64
%	33.1	90.6	77.9	43.0
<b>2171-3180</b>				
N	161	133	123	80
%	36.8	82.6%	76.4	49.7
<b>3181+</b>				
N	196	142	169	105
%	45.4	72.4	86.2	53.6
<b>Toplam</b>				
N	922	770	709	365
%	30.5	83.5	76.9	39.6

Küçük yaşta çocukların sağlam çocuk izlemine daha fazla getirildiği çalışmalarda gösterilmiştir. Adolesan yaş grubunda yaşın artışına paralel olarak koruyucu bakım almak amacıyla hekime gidenlerin oranlarının da azaldığı gözlenmiştir. Amerika verilerine göre infantlarda sağlam çocuk izlemine getirilenlerin oranı, okul öncesi dönemde sağlam çocuk izlemine getirilenlerin 5 katı, okul çağındaki çocukların 3 katı olarak bulunmuştur (9). Ankete katılan 6 yaşından küçük 3025 çocuktan, rutin kontrol ve gelişim izlemi amacıyla herhangi bir sağlık kuruluşuna 922(%30.5)'sinin getirildiği saptandı. Ancak çocuklarını rutin aşıları yaptırmak için getirilenlerin oranlarının yüksek olması, anne babaların aşılama sırasında yapılan kontrolleri sağlam çocuk izleminin bir parçası olarak değerlendirmemeleri ile açıklanabilir.

Sosyal güvencesi olmayan çocukların, sağlam çocuk izlemine getirilmesinin önünde önemli engellerden biri olduğu bildirilmektedir. Sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimin bir göstergesi olarak kabul edilmekle birlikte, sigortalı olmak dünyanın birçok yerinde çocukların önleyici koruyucu bakım almalarını garanti etmemektedir (10,11). Sigortalı çocukların %23-64'ünün Amerikan Pediatri Akademisi (AAP)'in önerileri doğrultusunda sağlam çocuk izlemini yaptırmadıkları bildirilmektedir (12,13). Goedken ve arkadaşlarının çalışmasında, 0-2 yaş aralığındaki çocukların %60'ının, 3-5 yaş aralığındaki çocukların

%40'ının referans merkezlerinin (AAP) önerilerinden daha az kontrole götürüldükleri ortaya konmuştur (14). Bazı ailelerin aşılama dışında bir sorun olmadıkça hekime gitmenin gerekmediğine inanmaları da sağlam çocuk izlemine getirilmemede etkili faktörlerdendir (14,15). Ülkemizde 18 yaşın altındaki tüm çocukların SGK kapsamında olup tüm masrafları bu kurum tarafından karşılanmakta olsa da, çocukların 1/3'ünden daha azı son bir yılda sağlıklı olduğu dönemde hekime kontrol amaçlı olarak getirilmiştir. Buna rağmen çocukların sağlam çocuk izlemine getirilmemeleri, bazı ailelerin hasta olmadan da çocukların izlenmesi gerektiğini bilmemeleri, bu konudaki farkındalığın az olması, kırsal kesimde yaşayan ailelerin ulaşım problemleri nedeniyle çocuklarını getirememeleri ile açıklanabilir. Bu durum, ailelerin eğitim seviyelerinin düşük olması, farkındalığın yetersiz olması ve belki de ailelerin kendilerinin sosyal güvencelerinin olmaması ve ulaşım faktörleri ile açıklanabilir.

Sağlık hizmetlerinden en düşük düzeyde yararlanan ve toplumun önemli bir kısmını oluşturan düşük gelir düzeyi olan kesim için sağlık hizmet sunumunun ağırlıklı kısmını aile sağlığı merkezleri (ASM) veya toplum sağlığı merkezleri (TSM) yapmaktadır (12). Sağlam çocuk izleminde yeterli pediatriğin olduğu durumlarda muayenehanede izlenen çocukların sayısının anlamlı oranda arttığı ileri sürülmüştür. Phillips ve arkadaşlarının

çalışmalarında izleme gelen çocukların % 49'unun çocuk hekiminin muayenehanesinde kontrol gerçekleştirilirken, aile hekimi hekimleri bu ziyaretlerin sadece %9-14'ünü gerçekleştirmişlerdir (16). Başka bir çalışmada özel sigortası olanların %61.9'u özel muayenehaneye giderken, diğer sigortaları olanlarda bu oran %14 olarak saptanmıştır (17). Çalışmamızda sağlam çocuk izlemine getirilen çocukların genel olarak %83.5'inin en az bir kez ASM'ye götürüldükleri, bunu sırasıyla hastaneler (%76.9), muayenehaneler (39.6) ve diğer sağlık merkezlerinin izlediğini saptadık. Gelir düzeyi en yüksek grupta olanların ASM'leri daha az tercih ettiği gözlemlendi. Benzer şekilde gelir düzeyinin artması ile birlikte hastaneye gidenlerin oranındaki artma (En düşük geliri olanlar %75.5, en yüksek geliri olanlar:%86.2) dikkat çekiciydi. Hane halkı gelirinin artışı ile birlikte çocuğunu özel muayenehaneye götürenlerin artışı da beklentiler doğrultusunda idi. ASM'lerde izlemlerin daha fazla olmasını sağlayan faktörlerden biri de, ülkemizde rutin çocukluk çağı aşılarının genelde birinci basamak sağlık merkezlerinde yapılıyor olması olabilir.

Sağlam çocuk izleminin önde gelen amaçlarından birisi de, çocuğun büyüme (boy, ağırlık ve baş çevresi) ve gelişiminin yaş ve cinsine göre yolunda gidip gitmediğinin ortaya konmasıdır. Bu amaçla yaşamın ilk yılında çocuğun boy ve ağırlığının 2-3 ayda bir, ikinci yılından itibaren 6-12 ayda bir gözden geçirilmesi ve buna göre de beslenme önerilerinde bulunulması önem taşımaktadır (18,19). SÇİ nedeniyle getirilen çocukların %97'sinde ağırlık ölçümü, %94'ünde boy ölçümünün yapıldığı ve başka nedenlerle getirilen çocuklarda bu oranlarda anlamlı düşmeler olduğu saptanmıştır (20). Ankara'da Çelik ve arkadaşlarının çalışmaları çocukların 739'unun 18 aya kadar düzenli olarak izleme getirildiği saptanırken, bunların da ancak 290'ında persentil sapması gözlenmemiştir (%39.3) (21). Çalışmamızda kontrol amaçlı getirilen çocukların tamamına yakınında boy ve ağırlık ölçümü yapılırken, yaklaşık 2/3'üne çocuğun ayına uygun beslenme önerilerinde bulunulduğu saptandı.

Tarama testleri, görülme riski fazla olan bazı hastalıklar açısından sağlam kişi ya da topluma uygulanan testlerdir (22). Günümüzde uygulanan tarama testlerinin uygulamaya konma kararı, hastalığın toplum açısından önemi, maliyet olarak etkinliği, hastalığın tedavi edilmediği durumlarda önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup olmadığı gibi kriterler göz önüne alınarak verilmektedir (23). Ülkemizde günümüzde, fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, biotinidaz eksikliği, kistik fibrozis, işitme taraması, gelişimsel kalça displazisi taraması uygulanmaktadır. Çalışmamızda ankete katılanlarda topuk kanı taramasında katılanların oranı yüksek bulunurken, gelişimsel kalça displazisi taramasında düşük

bulunması, bu testin topuk kanı taramasındaki gibi doğumdan hemen sonra yapılmayıp daha geç yapılması ve bu konudaki farkındalığın eksikliği ya da rutin kontrollerde aileye yeterli bilgilendirmenin yapılmaması ile ilişkili olabilir.

Sonuç olarak, ülkemizde sağlam çocuk izlemleri henüz istenilen düzeyde bulunmamaktadır. Standart rehberlerin önerdiği ölçülerde SÇİ yapılması için bu konuda başta pediatristler ve aile hekimlerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Gelişmiş ülkeler düzeyinde SÇİ'e ulaşıldığında çocuklarda sıklıkla gözlenen beslenme problemleri, geç farkedilen büyüme ve gelişimsel sorunların erkenden farkedilerek, düzeltilmesi de sağlanabilecektir.

Dilek ve temenniler:

Bu çalışmanın, ülkemizde çocukların herhangi bir probleminin olmadığı dönemde de izlem amaçlı olarak hekime götürülmesi konusunda farkındalığı arttırmada rol oynayacağını düşünüyorum. Henüz istenilen düzeyin belirgin altında olan SÇİ'nin artırılması, ve başvurular sırasında ailelerin kaygılarının giderilmesi, kısacası hastalık olmadan tedbirlerin alınması gerek Muğla'da gerekse tüm Türkiye'de sağlıklı çocuk yetiştirmede önemli katkı sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** TÜİK Bilgi Dağıtım ve İletişim Daire Başkanlığından 27964695-622.03-E.14973 sayılı ve 08.06.2017 tarihli yazısı ile izin alınarak elde edilen veri seti üzerinden çalışılmıştır.

## Kaynaklar

1. Simon GR, Baker C, Barden III GA, Brown OW, Hardin A, Lessin HR, et al. 2014 recommendations for pediatric preventive health care. *Pediatrics*. 2014;133(3):568-70.
2. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. *Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents [pocket guide]*. 4th edn. Elk Grove Village IL: American Academy of Pediatrics, 2017.
3. Coker TR, Chung PJ, Cowgill BO, Chen L, Rodriguez MA. Low-income parents' views on the redesign of well-child care. *Pediatrics*. 2009;124:194-204.
4. Lifshitz F, Cervantes CD. *Pediatric endocrinology*. In: Lifshitz F, ed. *Short stature*. 1996;1-18. 3rd ed. New York: Marcel Dekker Inc.
5. Touwslager RN, Gielen M, Derom C, Mulder AL, Gerver WJ, Zimmermann LJ, et al. Determinants of infant growth in four age windows: a twin study. *J Pediatr*. 2011;158(4):566-72.
6. Palfrey JS, Singer JD, Walker DK, Butler JA. Early identification of children's special needs: A study in five metropolitan communities. *Pediatr*. 1987;111(5):651-9.
7. Fleegler EW, Lieu TA, Wise PH, Muret-Wagstaff S. Families' health-related social problems and missed referral opportunities. *Pediatrics*. 2007;119(6):e1332-41.
8. Stockwell EG, Goza FW. Racial differences in the relationship between infant mortality and socio-economic status. *J BiosocSci*. 1996;28:73-84.
9. Freid VM, Makuc DM, Rooks RN. Ambulatory healthcare visits by children: Principal diagnosis and place of visit. *Vital Health Stat*. 1998;137:1-23.
10. Perry CD, Kenney GM. Preventive care for children in low-income families: How will do medicaid and state children's health insurance programs do? *Pediatrics*. 2007; 120(6):e1393-401.

11. Selden TM. Compliance with well-child visit recommendations: Evidence from the medical expenditure panel survey, 2000–2002. *Pediatrics*. 2006; 118(6):e1766–78.
12. National Association of Community Health Centers, Update on implementation of the FQHC prospective payment system in the States. 2012;42:1-17.
13. Riportella-Muller R, Selby-Harrington ML, Richardson LA, Donat PL, Luchok KJ, Quade D. Barriers to the use of preventive health care services for children. *Public Health Reports*. 1996;111(1):71–7.
14. Goedken AM, Urmie JM, Polgreen LA. Factors related to receipt of well-child visits in insured children. *Matern Child Health J*. 2014;18:744–54.
15. Earle LP, Burman ME. Benefits and barriers to well-child care: Perceptions of mothers in a rural state. *Public Health Nursing*. 1998;15(3):180–7.
16. Phillips RL, Doodoo MS, Mc Cann JL, Bazemore A, Fryer GE, Klein LS, et al. Report to the task force on the care of children by family physicians, 1st edn. Washington DC: Robert Graham Center, 2005.
17. Guendelman S, Wier M, Angulo V, Oman D. The effects of child only insurance cover age and family coverage on health care access and use: Recent findings among low-income children in California. *Health Serv Res*. 2006;41(1):125–47.
18. Chatoor I, Surlis J, Ganiban J. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics*. 2004;113:440-7.
19. Shah MD. Failure to thrive in children. *J Clin Gastroenterol*. 2002;35:371-4.
20. Uddin SG, O'Connor KS, Ashman JJ. Physician office visits by children for well and problem-focused care: United States, 2012. NCHS data brief, no 248. 1st edn. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2016.
21. Çelik S, Şahin F, Beyazova U, Can H. Growth status of children in well-baby out patient clinics and related factors. *Türk PedArş*. 2014;49:104-10.
22. Minkovitz C, Wissow L. Evaluating and using laboratory tests. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis C, Jones MD, eds. *Oski's Pediatrics. Principles and practice*. 2006; 95. 4th ed. Philadelphia PA: Lippincott Williams &Wilkins.
23. Fletcher RW, Fletcher SW. Clinical epidemiology. The Essentials. In: Fletcher RW, Fletcher SW, eds. Chapter 9. *Prevention*. 2005; 147-68. 4th ed. Philadelphia PA: Lippincott Williams &Wilkins.