

Beş Yıllık Hasta Kayıtlarının Değerlendirildiği Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Merkezi Verileri ve Kayıt Sisteminin Önemi

Data of the Child Health and Disease Center in Which Five-Year Patient Registrations were Evaluated and the Importance of Recording System

Ali Osman Köksal¹, Tülin Köksal², Süer Yüksel³

¹Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

³Koru Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Ankara

Yazışma Adresi:

Uzm. Dr. Ali Osman KÖKSAL

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Araştırma Kliniği.

e-mail:
koksals6623@gmail.com

Tel: 0543 890 23 13

Özet

Amaç: Bu çalışma ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti veren bir çocuk sağlığı ve hastalıkları merkezine başvuran hastaların özelliklerini incelemek ve kayıt sisteminin önemini vurgulamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti veren bir çocuk sağlığı ve hastalıkları merkezine 01.01.2008–31.12.2012 tarihleri arasında başvuran tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Poliklinik defterleri ve arşiv dosyaları geriye dönük incelenerek elde edilen veriler bilgisayar ortamına ‘Tekekip hbys v 3.0.1.1’ programı (Panates Bilişim ve Teknoloji, Bilkod: 987) ile aktarıldı. Hastaların tanıları ICD-10'a göre kodlandı.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 0–16 yaş arasında değişen (ortalama \pm SD: 41,4 \pm 19,1 ay) ve %54,9’unu erkeklerin oluşturduğu toplam 281215 başvuru alınmıştır. Hastalıkların sistemlere göre dağılımı değerlendirildiğinde; en sık üst solunum yolları (%56,53) ve alt solunum yolları (%11,72) etkilenen sistemlerdi. Konulan tanıların ICD-10 kod sistemine göre değerlendirilmesi yapıldığı zaman sıklık sırasına göre akut farenjit (J02.9), akut tonsilit (J03.9) ve akut bronşit (J20.9) tanıları tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık hizmeti veren kurumlarda sağlık hizmetinin devamlılığını ve gelişimini sağlamak için periyodik olarak hasta kayıtları gözden geçirilmeli ve hasta profili ortaya konulmalıdır. Hem bilgisayar tabanlı kayıtlar hem de dosya kayıtları tam ve eksiksiz olarak tutulmalıdır. Çocuk polikliniğine başvuruların genel dağılımı, sıklık ve yoğunluğunun bilinmesi, şüphesiz ki etkin bir hizmet sunumunun planlanmasına yönelik kaynak verileri sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk sağlığı, ICD-10, tıbbi kayıtlar

Abstract

Objectives: In this study, we aimed to emphasize the importance of the medical record system and evaluate the clinical features of the children who admitted to a Child Health and Diseases Centre providing outpatient diagnostic and treatment services.

Material and Methods: All the patients between October 2008 and December 2012 who admitted to a Child Health and Diseases Centre providing outpatient diagnostic and treatment services were included in the study. The data that were obtained retrospectively from case files were installed in computer using 'Tekekip hbys v 3.0.1.1' program (Panates Information and Technology, Bilkod: 987). Diagnoses were coded using ICD-10. For statistical evaluation, number-percentage distribution was performed in the computer program (SPSS Inc., Chicago, IL, United States) called as "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 for Windows".

Results: The study was performed on totally 281.215 patient applications aged between 0-16years (the mean \pm SD: 41.4 \pm 19.1 months) and 54.9% of them were male. When the diseases were evaluated according to the systems; upper respiratory tract (56.53%) and lower respiratory tract (11.72%) were the most frequent affected systems. When diagnoses were evaluated according to ICD-10 coding system in order of frequency; acute pharyngitis (J02.9), acute tonsillitis (J03.9) and acute bronchitis (J20.9) were detected.

Conclusion: Medical records should be revised periodically both to ensure the continuity and development of health services and to detect the patient profile. Both computer-based and file records

should be kept full and complete. Reports about general distribution, frequency and intensity of the children who admit to outpatient clinics, will undoubtedly provide source data to plan an effective service delivery.

Key words: Child health, ICD-10, medical records

Giriş

Hekimler, hastaya baktıktan ve tedavi ettikten sonra muayene bulgularını kaydederler. Bu veriler hem hasta takibinde hem de bilimsel çalışmalarda kullanılır. Bilimsel deneme yazmak için eski ve yeni veriler bir araya getirilir. Bir başka deyişle, geçmiş olaylar üzerine yapılan çalışmalar, daha önce olanları ve gelecekte ne yapılması gerektiğini göstermenin bir yoludur (1-3).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili veriler ülkelerin gelişmişlik bakımından en önemli göstergeleridir. Bu veriler; büyük oranda toplumun sosyoekonomik koşulları, kültür düzeyi, çevre sağlığı şartları ve sağlık hizmetlerinin niteliği ile yakın ilişki gösterir. Tüm ülkeler kendi demografik özellikleri ve sosyoekonomik durumlarını dikkate alarak, çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda yapılanmaya gitmekte, bu konudaki ihtiyaç ve önceliklerine göre yatırım projeleri belirlemekte ve eğitim programları düzenlemektedir.

Dünyada birçok ülke [(Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (4), İngiltere (5) ve Danimarka (6)] ulusal sağlık bilgi altyapılarını geliştirmek için araştırma ve geliştirme projeleri yapmaktadır. Ülkeler bu konularda yoğun çalışmalar yapmış ve mali destek ayırmışlardır.

Yaşamın bütün alanlarında olduğu gibi çocuk hekimliğinde de bilgi; güç ve başarı demektir. Günlük uygulamamızda

tanıların %80'ini sadece tıbbi öykü ve fizik muayene ile koyabiliriz. İyi hazırlanmış bir tıbbi kayıt; sağlık çalışanları arasında hastanın bakımı ile ilgili önemli bilgilerin iletilmesini, kolay dokümantasyonunu ve hastanın sürekli bakımı için gerekli hayati bilgilerin elde edilmesini sağlayarak çocuk hekimine çok yardımcı olur. Ayrıca; işgücü, zaman ve mali açıdan gerçekleşen kayıpları en aza indirmektedir. Böylece tıbbi hatalar azalmakta, hekimler hastaları ve çalıştıkları birimlerle ilgili bilgilere kısa sürede ulaşabilmektedirler (7,8).

Hastalıkların uluslararası sınıflandırılmasında kullanılan ve Türkiye'de de tercih edilen sınıflama, "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması) ya da kısaca "ICD" olarak kullanılan sınıflamadır. Bu sınıflama yaklaşık her 10 yılda bir yenilenmektedir ve günümüzde ICD-10 sürümüne kadar ulaşılmıştır (9,10). Bir hastalık sınıflandırması, hastalık isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir. Tamamen teorik açıdan bakılırsa, hastalıkları çeşitli eksenlerde, örneğin etkilenen vücut kısmına (topografi), nedene (etiyojoloji), dokudaki patolojik değişikliğin tipine (morfoloji) ya da sonuçta ortaya çıkan fonksiyonel anormalliğe göre sınıflandırmak mümkündür.

Tıbbi kayıtlar daha geniş bir ifadeyle; nerede ve nasıl kaydedildiğine ve saklandığına bakılmaksızın hastayla ilgili herhangi bir zamana ait biyopsikososyal bilgilerdir (11). Bunlar kâğıt üzerinde kayıtlı olabileceği gibi bilgisayar verisi, ses veya görüntü kayıtları şeklinde de olabilir. Tıbbi kayıtlar tüm dünyada hastaneler, eczaneler, aile hekimleri ve diğer sağlık

hizmet sunucuları tarafından kullanılmaktadır (12). Yeterli bir kayıt sistemi; bir kitaplık ve bir laboratuvar gibi olup öğrenci ve asistan eğitiminde ve bilimsel çalışmalarda yararlanılan önemli bir kaynaktır(13). Doğal olarak sağlık hizmeti sunan özel ya da tüzel kişiler, ister kamu kurumu isterse özel kurum olsun, kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür (14).

Kayıt tutma yükümlülüğünün amacı; hastanın tedavisinin güvenli şekilde yapılması ve sürdürülmesinin sağlanması ve gelecekte doğabilecek ihtilaflar bakımından delillerin güvence altına alınmasıdır. Hastanın tedavi sürecine ilişkin bilgilerinin garanti altına alınması birincil amaç olup, delil değeri ikinci plandadır (15). Kayda geçirme mesleki olduğu kadar akdi bir borç da olduğu için hekim kayıt tutarken özenli davranmak zorundadır (16).

Gerektiğinde mahkemelere delil olarak sunulabildiğinden tıbbi kayıtlar son derece önemli belgelerdir. Adli olaylarda özellikle saatin belirtilmesi, kişinin belli bir saatte nerede olduğunun ispatının yanında, kişiye yapılan tıbbi işlemlerin başlama saatini de göstereceği için önemlidir. Örneğin kişi hekimi mesleki ihmalden dolayı dava ettiğinde, tıbbi girişime başlanması gereken saatte başlandığının ispatı ancak kayıtlarla mümkündür (14,17). Kaydedilmemiş bir olay mahkemelerce yapılmamış kabul edileceğinden yasal sorunlar halinde sıkıntı yaşamamak için kayıtların çok iyi tutulması gerekir. Bazı durumlarda mahkemeye çağrılmak 2-3 yıl sürebileceğinden yapılan işlemleri hatırlamak mümkün olmayabilir. Hekimin hukuki ve cezai sorumluluğuna ilişkin davalarda en önemli ispat aracımız tıbbi kayıtlardır (18).

Bu çalışmada amaç; Ankara’da çocuk sağlığı ve hastalıkları merkezi (ÇSHM) olarak ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti veren bir sağlık kuruluşuna yapılan beş yıllık başvuruların genel dağılımını ve hastalıkların yaş, cinsiyet ve aylara göre sıklık ve yoğunluğunu belirlemektir. Ayrıca ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti veren sağlık merkezlerin üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının gereksiz iş yükünü azaltmaktaki rolünü göstermek, hastaların takibinde ve bilimsel yayınların yapılabilmesinde tıbbi kayıtların önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya ÇSHM’ye 01.01.2008–31.12.2012 tarihleri arasında başvuran ve ayaktan tetkik ve tedavisi yapılan 0–16 yaş arası çocuklar alınmıştır. Bu merkezler tek bir branşta ayaktan hizmet veren ve kısa süreli gözlemin de (6–8 saat) yapılabilirdiği sağlık kuruluşlarıdır.

Veriler bilgisayar ortamına ‘*Tekekip hbys v 3.0.1.1*’ programı (Panates Bilişim ve Teknoloji, Bilkod: 987) ile aktarıldı. Her dosya için hastanın adı-soyadı, protokol numarası ve cinsiyeti girilerek mükerrer giriş olup olmadığı kontrol edildi. İkinci aşamada hastaların tanıları tarihleri ile birlikte ICD-10’a göre kodlandı. Hastaların birden fazla başvuruları varsa her biri ayrı bir başvuru ve tanı olarak değerlendirildi. Sadece şikayeti olan çocuklar çalışmaya dahil edilirken çocuk sağlığı izlemi için başvuran hastalar çalışmaya alınmadı. ‘*Tekekip hbys v 3.0.1.1*’ programına girilen veriler önce Excel formatına çevrildi. Bu verilerin minimum-maksimum ve tutarlılık hata kontrolleri yapıldı. İstatistiksel değerlendirmeler için “SPSS (Statistical Package for Social

Sciences) 15.0 for Windows” programı sayı-yüzde dağılımları kullanıldı. Çalışma için etik kurul onayı (onay no: KEAHEK 2014/664) alındı.

Bulgular

Çalışma; 01.01.2008–31.12.2012 tarihleri arasında, beş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanının görev yaptığı ÇSHM’ne başvuran 0–16 yaş arası 281.215 başvuru üzerinden yapılmıştır. Hastaların %54,9’u erkek, geri kalanı kızdı. Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması 41,4±19,1 ay olarak hesaplanmıştır. Başvuran hastaların yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında 0-4 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda başvurduğu görülmekteydi (%81,5). Hastaların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Sağlık kuruluşuna 2008–2012 yılları arasında başvuran hastaların sayıları sırasıyla; 11.953, 57.999, 68.503, 37.747, 48.903 ve 56.120 olarak bulunmuştur. Hastaların mükerrer başvuru sayıları ortalama 5 ± 4 defa/yıl olarak bulundu. Başvuran her bir hastanın bütün yakınmaları ayrı ayrı incelendiğinde en sık ateş, öksürük ve fonksiyonel barsak bozukluğu nedeniyle başvuru yapılmıştı (Tablo 2).

Konulan tanıların ICD–10 kod sistemine göre değerlendirmesi yapıldığı zaman sıklık sırasına göre en sık görülen ilk üç tanı akut farenjit (J02.9), akut tonsillit (J03.9) ve akut bronşit (J20.9) olduğu saptandı (Tablo 3).

Hastalıkların sistemlere göre dağılımı değerlendirildiğinde; en sık üst solunum yolları (%56,53) ve alt solunum yolları

(%11,72) etkilenen sistemlerdi. En sık karşılaşılan üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) tanıları; akut farenjit (%40,4), akut tonsillit (%35,6) ve otitis media (%7,2) iken (Tablo 4), en sık karşılaşılan alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) tanıları ise akut bronşit (%79,6), akut bronşiolit (%16,5) ve pnömoni (%3,5) idi.

Üst solunum yolu enfeksiyonları Ekim, Kasım, Aralık ve Ocak aylarında daha yüksek oranda görülürken Haziran, Temmuz ve Ağustos aylarında en düşük oranlarda görüldüğü saptanmıştır. Alt

solunum yolu enfeksiyonları Aralık ve Ocak aylarında en yüksek, Ağustos ayında ise en düşük oranda görüldüğü tespit edilmiştir (Şekil 1).

Gastroenterit olgularının yaz aylarında arttığı, kış aylarında azaldığı, idrar yolu enfeksiyonlarının ise yaz aylarından başlayarak sonbahar ortalarına kadar arttığı daha sonra azaldığı tespit edilmiştir (Şekil 2). Alerjik hastalıklarda ilkbahar ve sonbahar aylarında artış gözlenirken minör travmalarda ise yaz aylarında belirgin artışın olduğu saptanmıştır (Şekil 3).

Tablo 1. Hastaların Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı.

Yaş grupları	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
0-6 ay	17.169	54,4	14.378	45,6	31.547	11,2
6-12 ay	20.428	56,0	16.062	44,0	36.490	13,0
12-24 ay	52.378	56,0	41.140	44,0	93.518	33,3
2-4 yaş	36.687	54,7	30.794	45,6	67.481	24,0
5-10 yaş	22.911	52,8	20.444	47,2	43.355	15,4
>10 yaş	4.711	53,4	4.113	46,6	8.824	3,1
Toplam	154.284	54,9	126.931	45,1	281.215	100,0

*satır yüzdesi **sütun yüzdesi

Tablo 2. Başvurulardaki En Sık Yakınmalarının Dağılımı.

Yakınmalar	ICD-10	n	%**
1 Ateş, Ateş Tanımlanmamış	R50	210.911	39,0
2 Öksürük	R05	191.924	35,5
3 Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare,	K59	56.501	10,4
4 Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing)	RO6	32.951	6,1
5 Bulantı ve Kusma	R11	18.267	3,4
6 Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, infantil kolik, Pelvik ve Perineal	R10	15.960	3,0
7 Otalji	H92	11.525	2,1
8 Travma (Düşme, çarpma)	W19	2.691	0,5
Toplam		540.685	100

* satır yüzdesi ** sütun yüzdesi

Tablo 3. Tüm Başvurularda En Sık Konulan İlk 20 Tanının (ICD-10) Dağılımı.

Tanı	ICD-10	Toplam	%**
1 Akut farenjit, tanımlanmamış	J02.9	64.235	22,8
2 Akut tonsillit, tanımlanmamış	J03.9	56.612	20,1
3 Akut bronşit, tanımlanmamış	J20.9	26.228	9,3
4 Diyare ve gastroenterit	A09	23.815	8,5
5 Bulantı ve kusma	R11	17.804	6,3
6 Otitis media, tanımlanmamış	H66.9	11.475	4,1
7 Karın ağrısı, tanımlanmamış	R10.4	10.413	3,7
8 Akut larenjit ve trakeit	J04	9.540	3,4
9 Üriner sistem enfeksiyonu	N39.0	6.107	2,2
10 Akut bronşiolit tanımlanmamış	J21.9	5.438	1,9
11 Akut nazofarenjit [nezle]	J00	4.831	1,7
12 Akut sinüzit	J01	4.238	1,5
13 Vazomotor ve allerjik rinit	J30	3.880	1,4
14 Konjonktivit	H10	3.177	1,1
15 Anemi, diğer	D64	2.762	1,0
16 Dermatit, diğer	L30	2.343	0,8
17 Akut larenjit	J04.0	2.332	0,8
18 Kabızlık	K59.0	1.920	0,7
19 Düşme, tanımlanmamış	W19	1.765	0,6
20 Pnömoni	J17	1.147	0,4
Diğer Tanılar		50.367	17,9
Toplam		281.215	100,0

* satır yüzdesi ** sütun yüzdesi

Tablo 4. En Sık Karşılaşılan Üst Solunum Yolu Tanılarının (ICD-10) Dağılımı.

	Tanı	ICD-10	Toplam	%**
1	Akut farenjit, tanımlanmamış	J02.9	64.235	40,4
2	Akut tonsillit, tanımlanmamış	J03.9	56.612	35,6
3	Otitis media, tanımlanmamış	H66.9	11.475	7,2
4	Akut larenjit ve trakeit	J04	9.540	6,0
5	Akut nazofarenjit [nezle]	J00	4.831	3,0
6	Akut sinüzit	J01	4.238	2,7
7	Akut larenjit	J04.0	2.332	1,5
8	Epistaksis	R04.0	775	0,5
9	Akut gingivitis	K05.0	568	0,4
10	Diğer tanılar		4.367	2,7
	Toplam		158.973	100,0

* satır yüzdesi ** sütun yüzdesi

Tartışma

Çalışmada, yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında 0-4 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda başvurduğu görülmektedir (%81,5). Hasta sayısı 0-2 yaş arası 161.555 (%57,5), 2-4 yaş arası 67.481(%24), 5-10 yaş arası 43.355 (%15,4) ve 10 yaşından büyük çocukların grubunda ise 8.824'tü (%3,1). Mernill ve ark. ABD'de yaptıkları çalışmada 0-4 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre 2-2,5 kat daha çok sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır (19). İtalya, Amerika ve Türkiye'den yapılan çalışmalarda 0-2 yaş grubunun sağlık kuruluşlarına başvuru oranı %42,2-79 arasında değişmektedir (20-22). Bu yaş grubunda şikâyetlerin daha ciddiye alınması gerektiği, anne babaların daha endişeli olması ve şikâyetlerin kısa süre içerisinde değişkenlik göstermesi nedeniyle başvuru sayısının fazla olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %54,9'u erkek, geri kalanı kızdı. Sonuçlarımız literatürdeki diğer yapılan çalışmalarla uyumlu idi

(21,23,24). Mernill ve ark.'nın ABD'de 23 eyalette yaptığı çalışmada da erkeklerin oranı, kızlardan daha fazlaydı (19). Dış çevreye ve dış etkenlerle daha fazla maruz kalmaları nedeniyle, erkeklerin daha fazla hastalandıkları düşünülmektedir.

Beş yıllık tüm başvurulara bakıldığında; en çok ÜSYE ve ASYE tanıları konulan ayların Ekim (%10,5), Kasım (%9,5), Aralık (%9,6) ve Ocak (%9,8) olduğu tespit edilmiştir. Kış aylarının hava koşulları, toplu yaşanan ve az havalandırılan ortamlarda daha uzun süre bulunması (kreş, okul) ve evdeki ısınma ortamları (odun, kömür) bu aylarda daha çok sağlık kuruluşuna başvuru yapılmasının nedeni olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda sistemlere göre tanıları incelediğimizde, solunum sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı bulunmuştur. Toplam hasta sayısının yaklaşık yarısını ÜSYE'si olan hasta sayısı oluşturmaktaydı (%53,53). Tüm başvurularda ve ayrı ayrı tüm aylarda en sık konulan ÜSYE tanıları akut farenjit (%40,4) ve akut tonsilliti (%35,6). Ayvaz ve ark.(23), Mernill ve ark. (19) ve Şenel

ve ark. (25) yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Hastalardan 32.951'inde (%11,7) ASYE (pnömoni, bronşit, bronşiolit) mevcuttu. En sık konulan tanıların %79,6 akut bronşit (J20.9), %16,5 akut bronşiolit ve (J21.9) %3,5 ile pnömoni (J17) olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 yılı verilerine göre 5 yaş altı çocuklarda akut ASYE geçirme oranı %29 olarak saptanmıştır (26). Bu veriler, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, özellikle 5 yaş altı çocuklarda başta pnömoniler olmak üzere ASYE'lerin yüksek mortalite ve morbiditeye yol açan önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda en sık başvuru nedenleri; ateş (%39), öksürük (%35,5), gastrointestinal sistem şikayetleri (%10,4) ve solunum anormallikleri (%6,1) olarak bulunmuştur. Benzer şekilde 1999 yılı verilerine dayanılarak yapılan çalışmada da en sık ilk başvuru yakınmaları; öksürük, ateş ve solunum anormallikleri olarak bulunmuş olup çalışmamızla benzer niteliktedir (27).

Minör travmalarda özellikle çocuklarda hareketliliğin arttığı yaz aylarında belirgin artışın olduğu, ayrıca yaz aylarında havuzların, sonbaharda ise okul ortamının idrar yolu enfeksiyon riskini artırdığı tespit edilmiş olup sonuçlar literatürle uyumlu bulunmuştur (28,29).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıklarından bahsedecek olursak; ÇSHM sadece poliklinik hizmeti veren bir merkez olduğundan ve hizmet veren hekim sayısı az olduğu için tam bir tanı standardizasyonundan bahsetmek zordur. Ayrıca çalışma sadece çocuk hastalıkları kısmını içermekte olup sağlıklı çocukların çalışmanın dışında bırakılması bir eksikliktir.

Sonuç

Gerek bilimsel bilgi birikimi, gerekse teknolojik tanı yöntemlerinde belirgin ilerlemeler olmasına rağmen çocuklarımız halen birçok önemli sağlık sorunları ile karşı karşıya bulunmaktadır. Çocuk hekimlerinin gerekli çalışmaları yaparak kendilerinin ve sistemin eksikliklerini görmesi ve gerekli yerlere ileterek sağlık sorunların çözümüne katkıda bulunması gerekmektedir. Bunun için hasta kayıtlarının eksiksiz tutulmasının ve bu kayıtlara göre değerlendirmelerin yapılmasının çocuk hekimliğinde özel bir önemi vardır. Sağlıkta kayıt sisteminin planlanması, kurulması ve çalıştırılması bir uzmanlık işidir. Bu nedenle çoğu ülkelerdeki gibi ülkemizde de üniversitelerde tıbbi dokümantasyon ya da sağlık kayıtları dalında eğitim veya lisans veren kuruluşların sayısı artırılmalı ve bu eğitimi alan kişiler, kayıtların doğru ve uygun şekilde tutulması için sağlık kurumlarında görev almalıdırlar.

Sonuç olarak, kayıtlar kalitenin geliştirilmesi ve verilen hizmetin denetimi için gerekli olup, iyi tutulması ve iyi saklanması tedavi maliyetlerinde azalma ile birlikte zaman kaybını da önleyecektir. Tüm bunların neticesinde sağlıklı toplumların temelini oluşturacak sağlıklı çocuklar yetiştirmek asıl amaç olmalıdır.

Kaynaklar

1. Van Ginneken AM. The computerized patient record: balancing effort and benefit, Int. J. Med. Inf. 2002;65(2):97-119.
2. Grimson J. Delivering the electronic healthcare record for the 21st century, Int. J. Med. Inf. 2001;64(2-3):111-27.

3. Saravi BM, Kabirzadeh A, Kabirzadeh A. A Review of the History of Different Medical Record Formats, and Their Effects on Medical Education, *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2006;14(3):159-62.
4. Abramson EL, McGinnis S, Edwards A, Maniccia DM, Moore J, Kaushal R: Electronic health record adoption and health information exchange among hospitals in New York State. *J Eval Clin Pract*. 2011;18:1156–62.
5. Robertson A, Cresswell K, Takian A, Petrakaki D, Crowe S, Cornford T, et al: Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: qualitative analysis of interim results from a prospective national evaluation. *Br Med J*. 2010;341:4564.
6. Rigsrevisionen: Extract from the report to the Public Accounts Committee on the implementation of electronic patient records at Danish hospitals; 2011. <http://uk.rigsrevisionen.dk/media/1886186/4-2010.pdf>, 2011.
7. Brender J, Nohr C, McNair P. Research needs and priorities in health informatics, *Int J Med Inf*. 2000;58–59:257–89.
8. Haux R, Ammenwerth E, Herzog W, Knaup P. Health care in the information society. A prognosis for the year 2013. *Int J Med Inf*. 2002;66 (1–3):3–21.
9. American Medical Association. Preparing for the Conversion from ICD-9 to ICD-10: What You Need to Be Doing Today. April 13, 2010. Available at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/upload/mm/399/icd9-icd10-conversion.pdf>.
10. Hughes, C. *5010 & ICD-10 Overviews*. American Academy of Family Physicians. 2011 http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/prac_mgt/codingresources/overview5010icd10.Par.0001.File.dat/5010ICD10overview.pdf.
11. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara. 2009, s:150
12. Boonstra A, Boddy D, Bell S. Stakeholder management in IOS projects: analysis of an attempt to implement an electronic patient file. *Eur J Inf Syst*. 2008;17(2):100–11
13. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık Personeli için Veri Toplama Bilgi Ve Becerisi. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Sağlık Enformasyon Sistemleri Eğitim Dizisi No: 2. Birinci Basım, Ankara. 1995:73.
14. Göçmen E. Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Hukuksal Sorumluluk. 16 Haziran 2010 <http://www.hukukrehberi.net/Details.asp?ix=92>
15. Hakeri H. Tıp Hukuku Temel Bilgiler, Ankara. 2009;258.
16. İpekyüz Yavuz F. Türk Hukukunun Hekimlik Sözleşmesi, İstanbul. 2006;111.
17. Sert G. Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı. 1. Baskı, Babil Yayınları İstanbul, 2008; 169.
18. Stephenson A. A Textbook of General Practice. 1st Ed, London: Hodder Arnold Publication, 1998;177-8.

19. Merrill CT, Owens PL, Stocks C. Pediatric Emergency Department Visits in Community Hospitals from Selected States, 2005. Healthcare Cost and Utilization Project. 2006 Feb-. 2008 May.
20. Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. Paediatric utilization of an emergency department in Italy. Eur J Public Health. 2006;16(5):565-9.
21. Polat S, Özazıcıoğlu NG, Yazar F. Çocuk acil kliniğine başvuran 0-18 yaş grubu olguların incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(2):55-62.
22. Zimmer KP, Walker A, Minkovitz CS. Epidemiology of pediatric emergency department use at an urban medical center. Pediatr Emerg Care. 2005;21(2):84-9.
23. Ayvaz A, Güngör N, Topbaş Mveark. Trabzon Sürmene Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine Başvuran Çocuk Hastaların Özellikleri C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;29(4):156-62.
24. Derinöz O, Tunaoğlu FS. Çocuk acil gözlem birimlerinin çocuk hastalar için kullanımı: bir üniversite hastanesinin izlenimleri. Türk Ped Arş. 2007;42:61-4.
25. Şenel S, Çifci A, Zorlu P, Karacan CD, Acar M. Dr Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi pediatri polikliniklerine kabuledilen hastaların tıbbi tedaviye uyumları. Turkish J Pediatr Dis. 2012;6(1):19-22.
26. Akut Solunum Yolu İnfeksiyonu ve Ateşin Prevalansı ve Tedavisi. In: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Ankara: Türkiye; 2004:136-9.
27. Uz LR. Çukurova Üniversitesi-ATO Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 Çalışmalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2007.
28. Tambay G, Satar S, Kozacı N, Açıkalın A, Ay MO, Gülen M, et al. Acil Tıp Kliniğine Başvuran Pediatrik Travma Olgularının Geriye Dönük Analizi. JAEM. 2013;12:8-12.
29. Yolbaş I, Tekin R, Kelekci S, Tekin A, Okur MH, Ece A, et al. Community-acquired urinary tract infections in children: pathogens, antibiotic susceptibility and seasonal changes. Eur Rev Med Pharmacol. Sci. 2013;17(7):971-6.

