

40951

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı  
Tez Yöneticisi: Doç.Dr.GÜLAY GÖRAK

40951

**HASTAHANEEYE YATIRILMADAN ÖNCE  
PNÖMONİLİ ÇOCUKLARA  
EVDE YAPILAN GİRİŞİMLERİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Leyla Yalın

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM İTİBARI  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İstanbul - 1994

40951

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı  
Tez Yöneticisi: Doç.Dr.GÜLAY GÖRAK

**HASTAHANEYE YATIRILMADAN ÖNCE  
PNÖMONİLİ ÇOCUKLARA  
EVDE YAPILAN GİRİŞİMLERİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Leyla Yalın

İstanbul - 1994

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	5
MATERYAL VE METOD	18
BULGULAR	20
TARTIŞMA	51
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
ÖZET	62
SUMMARY	63
KAYNAKLAR	65
EK-1	71
ÖZGEÇMİŞ	78

## G İ R İ Ő

---

---

---

20. yüzyılda "Sağlık Bakım Sistemi" içinde hastalıklardan korunma ön plana çıkmıŐtır. Dünya Sağlık rgt 1977 yılında "2000 yılına kadar herkes için sağlık" sloganını ortaya atmıŐtır. Sağlıklı ocuklara ulaŐılmasında "Temel Sağlık Hizmetleri" erevesinde çocukların aşılanması, emzirme, ishalde ORS ile tedavi, temiz içme suyu ve gıda sağlanması, sağlık eğitimi, vitamin A sağlanması, beslenmenin iyileŐtirilmesi ve gebelik süresince tütün ve alkol kullanılmasının önlenmesi yoluyla düşük doğum ağırlıklı bebek sorununun çözümlenmesi, akut solunum yolu infeksiyonlarının nlenmesine ağırlık verilmesi gereği benimsenmiŐtir(28,43).

Akut solunum yolu infeksiyonlarından pnömoni nedeniyle ölümler, ülkemizde olduğu gibi bütün dünyada n sıralarda bulunmaktadır. Örneğin dünyada her yıl 5 yaşın altında 15 milyon ocuk ölmektedir. Unicef ve Dünya Sağlık rgt incelemelerinin sonuçlarına göre 5 yaşın altındaki çocuklarda yılda 3-5 milyon çocuğun pnömoniden öldüğü tahmin edilmektedir. Buna göre; her 7 saniyede bir çocuğun pnömoniden öldüğü kabul edilebilir(7,9,12,13,20,22,25,38,40).

Pnömoniden lm, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre 30 kat daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerin de özellikle kırsal alanda yaşayan 1 yaşından küçük çocuklarda sık görülmektedir(23,32,44).

Pnömoniden ölüm; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklı nedenlere bağlıdır. Gelişmekte olan ülkelerde nedenler; malnütrisyon, anemi, kızamık, bilgisizlik, ilgisizlik, sıkışık ve kalabalık yaşam koşulları, pasif sigara içimi, annenin çocuğa verdiği bakım standartının düşük olması gibi faktörlerdir. Gelişmiş ülkelerde ise annenin çocuğa verdiği bakım standartının düşük olması ve konjenital malformasyonlar gibi bebekte önceden bulunan faktörler önem taşır(5,7,47).

Bir ülkenin en iyi sağlık göstergelerinden olan bebek ölüm hızını düşürmek için infeksiyonlardan olan ölümlerin basit, ekonomik ve etkin önlemlerle en aza indirilmesi, bağışıklama düzeyinin yüksek olması ve malnütrisyonun önlenmesi gerekmektedir(4).

Pnömoninin prognozu erken tanı ve tedavi ile ilişkilidir. Pnömoninin erken tanısına yardımcı olacak belirtilerden *öksürük, ateş, hızlı solunum sayısı* gibi bulgular da ailelerin bilgili olması, doğru girişimlerde bulunması çocuk için hayati önem taşır(37,44).

Aileler hastalığın belirtileri ve önemi konusunda bilgili olduklarında sağlık kuruluşlarına daha erken başvuracak böylece hasta çocuklarda erken tanı ve tedaviye alınacaktır(1,27).

Konuyla ilgili olarak hemşirelerin ailelerden özellikle anneden bekledikleri uygun girişim ve davranışlar şunlardır:

Pnömonide tanı koydurucu en önemli kriterlerden biri hızlı solunumdur. Anne tarafından hızlı solunumun farkedilmesi için anneye; çocuğun dakikada 50'nin üzerinde solunum yapması veya basitçe kendisinin her bir solunumuna karşın çocuğun aynı anda 2-3 kez solunum yapması gerektiği öğretilmelidir(3,12,13,37).

Pnömonili çocuklarda annenin gözleyebileceği diğer bir belirti de göğüs çekilmesidir(12,37).

Göğüs çekilmesi, normalde çocuk nefes alırken kaburgaların alt kısmı dışarı genişleyeceğine içeriye doğru çökme gösterir(12,13,37).

Çocuğun meme emmemesi veya hiçbirşey içmemesi de bir tehlike işaretidir. Bu durumlarda çocuk hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir(2,12,37).

Ateşli durumlarda, ateş termometre ile ölçülmelidir. Ölüm yerinin seçiminde çocuğun yaşı dikkate alınmalıdır. Ateşli durumda (axiller ısı 38° C ile 39° arasında) olduğunda anne çocuğu hafif giydirmeli ve sarıp sarmamalıdır. Çevre ısısı normal oda ısısında tutulmalıdır. Çünkü yüksek ateş pnömonili bir çocuğun hızlı olan solunumunu daha da zorlaştıracaktır. Çocuğun ateşi yüksekse (axiller 39° C'nin üstü) o zaman antipretik (yaşına uygun 6 saat ara ile parasetamol) verilmelidir. Eğer ateş (axiller 39,5°C'nin üstü) ise antipretik verildikten yaklaşık yarım saat sonra da ılık uygulama yapılmalıdır(2,4,6,15,26,35,37,47).

Bilinmesi gereken önemli konulardan birisi de ailenin 2 aylık ile 5 yaş arası çocuklara yalnızca ateşi varsa antibiyotik vermemesidir(2).

Ateşli durumlarda çocuklar her zamankinden daha fazla sıvı kaybederler. Böyle durumlarda çocuğa bolca sulu yiyecekler ve sıvılar verilerrek daha fazla emzirilerek dehidratasyon oluşumu engellenir (anne sütü, temiz su, süt, saf sıvılar veya meyva suyu gibi.)(2,4,26,33,35,37).

Solunumu zorlaştırdığı için çocuğun burnunu mutlaka açmak gerekmektedir. Çocuğun burnu tıkalı olduğunda plastik bir şırınga (iğnesiz) kullanarak yavaşça tüm sekresyonun emilerek temizlenmesi, eğer burun kuru mukusla tıkanmışsa serum fizyolojik denilen damladan bolca damlatılması gerekmektedir(2,4,13,23,26,35,37).

Her ne kadar pnömoni genellikle öksürükle başlar ise de, her öksüren çocukta pnömoni söz konusu değildir. Bunun için öksürüğü olan çocuğa gereksiz yere antibiyotik verilmemelidir. Boğaz ağrısını ve öksürü-

ğü geçirmelidir. Bunun için evde hazırlanmış ihlamur, papatya, ada çayı verilebilir. Anneler çocuğa bilinçsiz bir şekilde öksürük kesici, söktürücü ve antihistaminik verilmesinin yarar sağlamıyacağını bilmelidir(2,9,13,23,37).

Çocuğun yattığı odada oturma ve yatak odalarında duman, is, sigara dumanı bulunmamalıdır. Günde iki, üç kez kapı veya pencere açarak çocuğun odasının havasının temizlenmesi sağlanmalıdır. Ocak ateşi veya tütün dumanı nedeni ile dumanlı bir çevrede yaşayıp uyuyan, anne ve babası sigara içen çocukların pnömoni olma ihtimalleri daha yüksektir. Çocukların yanında sigara içilmemeli ve içirtilmemelidir(1,37).

Ülke içinde ve dışında pnömonili çocuklara evde yapılan uygulamalara ilişkin sınırlı çalışmaya rastlanmıştır.

Bu çalışmalarda: Çocuğun ateşini düşürmek için; soğuk ve ılık uygulamanın yapıldığı, ilaç ve bazı özel sıvıların verildiği, öksürükte ise; ılık sıvı alımının arttırıldığı, nemli hava sağlandığı, bazı yöresel maddelerin (sarmısak, soğan, otlar vb.) sırtta sürüldüğü, dua okutulduğu, aynı zamanda pnömoninin en önemli belirtilerinden solunum güçlüğünü ailelerin iyi tanımadığı, buna yönelik herhangi bir uygulama yapmadıkları görülmüştür(18,21,29,42).

Türkiye nüfusunun yaklaşık 1/6'sını oluşturan, ülke çapında tüm illerden göçün yaşandığı metropolitan kent özelliği gösteren İstanbul'da ise konuya ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yukarıdaki bilgilerin ışığı altında çalışmamız annelerin pnömoni infeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına evde yaptıkları girişim ve uygulamaları belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Ayrıca elde edilecek sonuçların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere, aile eğitiminde rehber olacağı düşünülmektedir.

## GENEL BİLGİLER

---

### Tanım:

Pnömoni akciğer parankim dokusunun akut enflamasyonudur. Patolojik olarak alveollerin akut iltihaplı konsolidasyonu veya interstiyel dokulara iltihaplı hücrelerin nüfuz etmesi veya ikisinin bir bileşimidir. Klinik olarak akut yapısal semptomlarla, ateş ve taşipne ile ve radyolojik olarak lobüler, segmantal veya lobar konsolidasyonla ortaya çıkar. Bebeklerde yaygın olarak, daha büyük çocuklarda ise daha az sıklıkta görülür. Bebek ve 1-4 yaş arası çocuk ölümlerinin en yaygın sebeplerinden biridir. Pnömoni özellikle, pramatüre doğum, yetersiz beslenme, yetersiz sosyo-ekonomik koşullar veya konjenital gelişim bozuklukları gösteren bebeklerde sık görülür(4,10,24,26,47).

Pnömoniler, anatomik bozukluğun bulunduğu yere veya neden olan etken türüne göre sınıflandırılır. Anatomik bozukluğun dağılımına göre; lobar ve lobüler pnömoni, bronkopnömoni, interstiyel pnömoni veya bronşiyolit olarak görülür. Pnömoni etkeni söz konusu edildiğinde etken örgüsü oldukça fazladır. Bunun nedeni virus, bakteri, mantar ve protozoanlar olmak üzere geniş bir grubun hastalığa sebep olmasıdır(5,26,34,48).



### Etyoloji:

Hastalık etkeni olarak gelişmiş ülkelerde virüsler gelişmekte olan ülkelerde ise daha fazla bakteriler ön planda rol oynamaktadır. Üst solunum yolu infeksiyon hastalıklarının % 90'ından fazlasının etkeni virüslerdir. Pnömonilerde bu denli yüksek olmasa bile büyük ölçüde virüslerden kaynaklandığı kabul edilmektedir. Virüsler ya bakteriyel pnömoniye zemin hazırlamakta ya da onunla birlikte seyretmektedir(5,12,13).

Rusya'da çocuklarda görülen ve bakteriyel olduğu tartışmasız belirlenen pnömonilerde olguların % 50'sinden fazlasında viral antijenler saptanmıştır. Brezilye, Şili, Hindistan, Nijerya ve Papau Yeni Gine'de yapılan incelemelerle pnömonili çocukların % 60 kadarında akciğer aspirasyonlarında bakteri üretilmiştir. Yine akciğer biyopsisi ile yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, gelişmekte olan ülkelerde ağır pnömonilerde saptanan etken sıklıkta bakteriyel olup, genellikle *Streptococcus pneumoniae* ve *Haemophilus influenzae*'dir(5,12,23,38).

Çocukluk pnömonilerinin en sık etkenleri sırasıyla:

Respiratuar sinsityal virüsler (RSV), adenovirüsler, parainfluenza, influenza A ve B virüsleridir(4,5,25,36,44).

Çocuklarda pnömoniye en çok neden olan bakteriler arasında *Streptococcus pneumoniae* (pnömokok) ve *Haemophilus influenzae*'dir. Stafilyokoksik pnömoniler yaşamın ilk altı ayında daha sıktır. İleriki yaşlarda ise, çoğunlukla kızamık komplikasyonu olarak ortaya çıkarlar. Grup B Streptokoklar, gram (-) bakteriler, *E.coli*, Klebsielle yenidoğan dönemindeki pnömoni nedenleridir(1,4,5,9,11,14,23,27,36,38,44,46,48).

*Mycoplasma* pnömonisi ise geç çocukluk ve erken adullarda pnömonilerin % 25-35'ini oluşturur(24,48).

### **Belirti ve Bulgular:**

Pnömonide Belirti ve Bulgular; neden olan etkene, çocuğun infeksiyonlara karşı cevabına, etkilenen akciğer dokusunun genişliğine, bronş ve bronşiallerin tıkanıklık derecesine göre değişiklik gösterir. Ayrıca yaş immünolojik kompetans, beslenme durumu, genel sağlık, ya akciğerlerde veya diğer sistemlerde diğer hastalıkların bulunması belirtilerin atipik olmasına yol açar. Çevresel faktörlerde hastalığın kendini gösterişinde farklılıklara yol açabilir. Bazı viral infeksiyonlar epidemilerde ortaya çıkar ve pnömoninin en şiddetli hali genellikle solunum hastalıklarının pek çok çeşitli diğer klinik göstergeleriyle bağlantılıdır(26,47).

Pnömonide etkene bağlı farklılıklar olmasına karşın başlangıçta etkeni belirleme şansı bulunmadığı için en sık görülen belirti ve bulgular genel olarak *öksürük, ateş ve solunum hızlanmasıdır*. Ağır pnömonide burun kanadı solunumu, göğüste çekilmeler, hızlı solunum (2-11 ay: >50/dak, 12 ay-5 yaş: >40/dak); çok ağır vakalarda siyanoz görülür(5,12,13,33,44).

Bulgular çoğunlukla çabuk seyreder. Özellikle pnömokoksik pnömonide ani başlayan titreme ve 38°C - 40°C ateş ilk gözlenen patolojidir. Çoğunlukla "yan ağrısı" şeklinde belirlenen göğüs ya da sırt ağrısı tabloya katılır. Ağrı nedeniyle konsolidasyonun bulunduğu göğüs yarısı solunuma daha az katılır. Sıklıkla tabloya öksürükde eklenir(5).

Solunum alanının daralması oksijenlenmeyi azaltır. Bunu gidermek için solunum sayısı artar. Bebekte normalde 40/dak olan solunum sayısı 50-60/dak'ya hatta 60/dak'nın üstüne yükselir. Solunum hızlanması alt solunum yolu infeksiyonlarının en önemli bulgusudur. Solunum zorlanması nedeniyle burun kanatları solunuma katılır, başta dudak kenarları olmak üzere uçlarda siyanoz belirir. İnhalasyonda dışa doğru açılması gereken göğüs kafesi içe yönelir, ya da inspiryumda interkostal, supraklavikular ve subkostal çekilmeler gözlenir. İnspirasyonda stridor, ekspirasyonda wheezing duyulur(5).

Küçük yaşlarda bulgular daha belirgin ve bazende atipiktir. Bebeklerde ilk bulgular, kusma ve konvülziyon olabilir. Bazen tabloya dalgınlık ve uykuya eğilimde eklenebilir. Kalp yetmezliği bulguları özellikle bebeklerde çok hızlı gelişir. Tablo her zaman bu denli gürültülü olmayabilir. Özellikle bünye direnci iyi olan çocuklarda ve yaş ilerledikçe hastalığın semptomsuz seyretme şansı artar(5).

#### **Tanı:**

Pnömoninin klinik teşhisi zor değildir, çünkü konsolidasyonun işaretleri çoğunlukla minimaldir. Özellikle bebeklerde solunum hızının artması akciğerin iltihaplanmasının göstergesidir. Tanı radyolojik ve laboratuvar bulguları ile desteklenmelidir(47).

Pnömonide radyolojik olarak göğüs röntgeninde neden olan etkene özgü görüntü vardır(26).

Viral pnömonide lokosit sayısı  $\text{mm}^3$  de 20000 den az, bakteriyel pnömonide 20000 den fazladır. Vakanın özelliğine göre de kan kültürü, plevral sıvı kültürü ve gereğinde bronkoskopi yapılır. Akciğer fonksiyon testleri ile de hastalığın şiddeti, genişliği ve durumu belirlenir(26).

#### **Tedavi:**

Pnömoni tanısı konan hastalarda antibiyotik tedavisi başlanır. Çocukta genel durum iyi ise, hafif ateş, öksürük, solunumda hafif hızlanma varsa (1 yaşından küçükler de dk 50'den fazla, 1 yaşından büyüklerde dk/40'dan fazla) bu durumda etkene göre antibiyotik ve semptomatik tedavi ile hasta evde-ayakta tedavi ile iyileştirilebilir(13,44).

Çocukta genel durum bozuk ise; ateş yüksek, öksürük, siyanoz--dispne, taşikardi-taşipne, kalp yetmezliği bulguları varsa hastahane tedavi etmek gerekir. Hastahaneye göndermeden önce 1 doz antibiyotik vermek gereklidir(13,44).

Genelde kullanılan antibiyotikler prokain penisilin (7 gün, 8 saatte bir İ.M) veya ampisilin (7 gün, 6 saat ara ile oral) dir(26).

Pnömonide morbidite ve mortalite oranları:

ARI ya ilişkin olarak gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında mortalite ve morbidite yönünden farklar vardır. ARI da morbidite oranı gelişmiş ülkelerle aşağı yukarı aynı olmasına karşın mortalite oranı gelişmiş ülkelerden 30 kat veya daha fazladır(32).

Mortaliteye ait de bölgesel farklılıklar mevcuttur. Örneğin Peru'da mortalite sadece influenza ve pnömoni ile ilgili olarak Kanada veya ABD'deki bebeklerde 37 kat, 1-4 yaş arası çocuklarda 43 kat daha fazladır. Filipinlerde Avustralya'ya göre bu oranlar bebekler için 27 ve 1-4 yaş arası çocuklar için 73 kat daha fazladır(32).

Influenza ve pnömoniden mortalitedeki bu farklılıkların diğer örnekleri sadece seçilmiş gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için Pio ve arkadaşları tarafından belirtilmiştir(32).

Dünyadaki çocuk ölümlerinin başlıca nedenleri arasında ishal ve solunum yolu infeksiyonları gelmektedir. Her yıl, 5 yaşın altındaki 15 milyon çocuktan % 96'sı 3. dünya ülkesinde ölmektedir ve bu çocukların aşağı yukarı % 30'unda ölüm nedeni pnömonidir. Böylece her 7 saniyede pnömoniden bir çocuk ölmektedir. 1970'den 1979'a kadar Papua Yeni Gine'deki Goroka hastahanesine yatırılan 18605 çocuk hastanın % 29'unu ve hastahanedeki 1040 çocuk ölümünün % 31'ini pnömoni oluşturur. Yine Papau Yeni Gine'de 1979-1983 yılları arasında pediatri servisine kabul edilen hastaların % 45'ini ve ölümlerin % 43'ünü pnömoni oluşturduğu bildirilmektedir(8,17,23,38,39,41).

WHO'nun 88 ülkeden topladığı verilerin değerlendirmesine göre; 1970-1973 yıllarında bu ülkelerde ASYİ'den ölenlerin sayısı 660 bin olarak kayıtlara geçmiştir. Bu ülkelerin nüfusu dünya nüfusunun yaklaşık % 25'idir. Böylece ölenlerin tüm sayısı 2 milyon 200 bin olarak tahmin edilmektedir. İstatistikler tam olmasa da çocuklarda ASYİ arasında çoğunlukla pnömoni nedeniyle ölümler görülmektedir. Pnömoniler tek başlarına ASYİ'nin % 75'ini oluşturmaktadır. Pnömoniden ölümler dünyadaki bütün ölümlerin yaklaşık % 4-8'ini içermektedir(44).

Yapılan çalışmalar, gelişen diğer ülkelerdeki gibi pnömoni sorununun ülkemizde de önemli boyutlarda olduğunu göstermektedir:

1980 yılı içinde Hacettepe Çocuk Hastahanesine tüm yatırılan hastaların (7988 vaka) % 19,5'ini (1560 vaka) akut alt solunum yolu infeksiyonlular olduğu, tanılar içinde de ilk sırayı % 15 oranla bronkopnömonilerin, % 2 oranla bronşiolitlerin, % 1,5 oranla laringo trakeo-bronşitlerin ve % 1 oranla ampiyemlerin olduğu görülmüştür(30).

Göçmen ve arkadaşlarının 1979'da yaptığı bir çalışmada da 1-4 yaş arası çocuk ölümlerinin % 31'inin pnömoni nedeni olduğu gösterilmiştir(25).

Ülkemizde her yıl yaklaşık 137.420 bebek ve çocuk infeksiyon hastalıkları nedeniyle ölmektedir. Doğrudan pnömoni nedeniyle ölen çocuk sayısı 72740'dır. Malnütrisyon ve kızamık ölümlerinin bir kısmı da bu patolojiler üzerinde gelişen pnömoni ile oluşmaktadır. İnfeksiyon hastalıkları başlığı altında da bazı pnömoni ölümleri bulunduğunu anımsatmak yararlı olacaktır. Bu veri ve varsayımlarla, her yıl en az 100000 bebek ve çocuğun pnömoniden öldüğü söylenebilir. Bebek ölüm nedenleri arasında pnömoni 1976'da % 26.8, 1979'da % 23.8 oranındadır(5).

Gelişmekte olan ülkelerde pnömoni, infeksiyona bağlı ölüm nedenlerinde ishalden sonra 2. sırayı almaktadır. Bu ülkelerde pnömoniden ölümlerde değişik etmenler rol oynamaktadır. Bu etmenler; kötü sağ-

lık koşulları ve annenin çocuğa verdiği bakımın standartının düşük olması, pramatürel, ev içi ve ev dışı hava kirliliği, anemi, kızamık, malnütrisyon, bilgisizlik, ilgisizlik, sıkışık ve kalabalık yaşam, pasif sigara içimi, hastahane gitmekte gecikme, ulaşım olanaklarının kısıtlılığı, ekonomik yetersizlikler ve bölgedeki sağlık hizmetlerinden yeter düzeyde yararlanamama gibi bir çok durumu içerir(5,13,20,23,47).

Gelişmiş ülkelerde ise pnömoniden ölümler başlıca 2 nedene bağlıdır. Annenin çocuğa verdiği bakım standartının düşük olması ve konjenital malformasyonlardır(47).

Gelişmekte olan ülkelerde, ağır solunum yolu infeksiyonları, kırsal ve yarı kentsel alanlardaki olumsuz yaşam standartları, ev ve çevre koşullarını etkilemektedir(4).

Ayrıca aşağıdaki durumlar, bebeklerde başlıca risk faktörlerini oluşturmaktadır:

**1- Düşük doğum ağırlığı:** Düşük doğum ağırlığı çocuğun hastalıklara duyarlılığını arttırır. Guatemala'da Maya çocukları üzerinde yapılan çalışmalar düşük doğum ağırlığının bebek ölümlerinin önemli bir nedeni olduğunu göstermiştir(16).

Pnömoni D.D.A olan çocuklarda en önemli ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Birmingham, İngiltere'de yapılan bir çalışmada D.D.A'lı bebeklerin % 8,5'i neonatal dönemde, % 26,4'ü postneonatal dönemde pnömoniden ölmüşlerdir. Normal doğum ağırlıklı bebeklerde neonatal dönemde % 1,7, postneonatal dönemde, % 6,8 oranında pnömoni ölümleri tespit edilmiştir(4).

**2- Malnütrisyon:** Kötü beslenen çocuklarda, özellikle ishal ve solunum yolları infeksiyonlarına sık rastlanır. Bazı durumlarda da solunum yolu infeksiyonları, çocukta malnütrisyonu neden olur(16).

Kosta Rika'da yapılan bir çalışmada 0-4 yaş grubu 137 çocuk izlenmiştir. Beslenme bozukluğu olmayan 54 çocuk ortalama 6,15 kez, malnütrisyonu olan 83 çocuk ortalama 5.03 kez ASYE'larına yakalanmışlardır. Malnütrisyonlu çocuklarda infeksiyon 14.5 gün sürmüştür ve 38 çocukta pnömoni görülmesine karşın beslenme durumu normal olan çocuklarda infeksiyon 10.9 gün sürmüştür ve 2 çocuk pnömoni olmuştur(4).

**3- Ev içi hava kirliliği:** Evdeki hava kirliliğine neden olan eriyen ve erimeyen partiküller, alveoler epitele ve trakeobronşiyal mukozaya zarar vermektedir. Silialarda paralizisi olmakta, ödem gelişmekte ve solunum sisteminde infeksiyona hazır bir ortam oluşmaktadır(4).

Özellikle Afrika ülkelerinde yapılan çalışmalar kış aylarında sıkışık ve kalabalık yaşamın, konut içinde yakılan ateşin dumanının da etkisiyle, solunum yollarında infeksiyon hastalıklarının artışına yol açtığını göstermiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada streptokok infeksiyonlarının yayılmasında bir odada üçten fazla kişinin yatması ve kişi başına düşen hava hacminin beş metreküpten daha az olmasının etkili olduğu ortaya konmuştur(5).

Araştırmalar sigara içiminin solunum sistemi üzerinde olumsuz etkilerini ortaya koymuştur. Sigara içen anne babanın çocuklarında solunum yolu hastalıklarının arttığı belirlenmiştir. 1986'da İngiltere'de 5-11 yaşında 4353 çocukta yapılan bir çalışmada günde 20'den fazla sigara içimi altında kalan çocuklarda inatçı Wheezing'in göreceli riski kontrol grubuna oranla 1,6 bulunmuştur(5,37).

**4 - Pnömoni ölümlerine yukarıda bahsettiğimiz bir çok etmenle birlikte bilgisizlik ve ilgisizlikde sebep olmaktadır(5).**

Tezcan, araştırmasında ülkemizde pnömoni geçirmekte olan bebeklerin önemli bir kısmının sağlık hizmetinden yararlanmadığını saptamıştır. Çalışmada; iyi yönetilen ve sağlık hizmetinden yararlanmanın yüksek olduğu bir bölgede hastaların % 41,2'sinin hekim tarafından görülmedi-

ği, tüm pnömonili çocukların ancak % 20,2'sinin hem sağlık kuruluşlarına götürüldüğü ve önerilerin tümü yerine getirildiği belirlenmiş, ölümlerin % 70'inde bilgisizliğin, % 50,9'unda ilgisizliğin, % 13,4'ünde yanlış inancın rol oynadığını bildirmiştir(5).

WHO geliştirmekte olan ülkelerde çocukluk çağı pnömonisi mortalitesini azaltmak için ARI mücadele programını önermiştir. Bu programın içeriği çevre sağlık çalışanlarına pnömoninin farkedilen önemli belirtilerini kullanarak evde antibiyotik tedavisi veya hastahaneye sevki gereken pnömoniyi tanımayı öğretmektir. Aynı zamanda annelerin pnömoniyi tanımları ve uygun destekleyici önlemleri sağlamalarını öğretme çabalarını kapsar, zamanında aşılamanın ve iyi beslenmenin önemini belirtir. Çeşitli bölgelerde bu yöntemlerle çocuklarda mortaliteyi azaltma dereceleri gözlenmiştir. Örneğin, Hindistan'da Haryana'da düşük doğum tartılı bebekler arasında ALRI'ya spesifik mortalite, kontrol köylerindeki 1000 canlı doğumda 30'du. Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti'nde, Bagayama'da yapılan bir çalışma, 5 yaşın altındakiler arasındaki mortalitede % 27'lik azalmayı göstermiş ve Nepal'de bebeklerde ALRI'ya spesifik mortalite bir yılda 1000 canlı doğumda 53'ten 20'ye düşürülmüştür(31).

Pnömonide prognoz, erken tanı ve tedavi ile ilişkilidir. Hastalığın tanısının erken konulması, uygun antibiyotik ve destek tedavisi, çocuklarda özellikle de bebeklerde yaşam kurtarıcıdır. Pnömoninin erken tanısına yardımcı olacak belirtilerden *öksürük, ateş, özellikle hızlı solunum* sayısı gibi bulgularda ailelerin bilgili olması, doğru girişimlerde bulunması çocuklar için hayati önem taşır(3,44).

Ebeveynlere, hafif solunum infeksiyonlarını nasıl tedavi edecekleri, ciddi hastalık işaretlerinin nasıl anlaşıldığı ve ne zaman başka yardım istenmesi gerektiğini öğretmek önemlidir. Bu eğitim yoluyla tedavi erken başlayabilir ve ciddi şekilde hasta çocukların sayısı düşebilir(1).

Konuyla ilgili olarak ailelerden özellikle anneden beklenen uygun girişim ve davranışlar öksürük ve nezle olan çocuklarının durumu-



nun ne zaman ciddi olduğunu ve doktora götürmeleri gerektiğini bilirlerse binlerce çocuğun pnömoniden ölümü önlenir(37).

Pnömonide tanı koydurucu en önemli kriterlerden biri hızlı solunumdur. Anne tarafından hızlı solunumun farkedilmesi için anneye; çocuğun dakikada 50'nin üzerinde solunum yapması veya basitçe kendisinin her bir solunumuna karşın çocuğun aynı anda 2-3 kez solunum yapması gerektiği öğretilmelidir(3,12,13,37).

Pnömonili çocuklarda annenin gözleyebileceği diğer bir belirtide göğüs çekilmesidir(12, 37).

Göğüs çekilmesi, normalde çocuk nefes alırken kaburgaların alt kısmı dışarı genişleyeceğine içeriye doğru çökme gösterir(12,13,37).

Çocuğun meme emmemesi veya hiçbirşey içmemesi de bir tehlike işaretidir. Bu durumlarda çocuk hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir(2,12,37).

Ateşli durumlarda, ateş termometre ile ölçülmelidir. Ölçüm yerinin seçiminde çocuğun yaşı dikkate alınmalıdır. Ateşli durumda (axiller ısı 38°C ile 39°C arasında) olduğunda anne çocuğu hafif giydirmeli ve sarıp sarmamalıdır. Çevre ısısı normal oda ısısında tutulmalıdır. Çünkü yüksek ateş pnömonili bir çocuğun hızlı olan solunumunu daha da zorlaştıracaktır. Çocuğun ateşi yüksekse (axiller 39°C'nin üstü) o zaman antipretik (yaşına uygun 6 saat ara ile parasetamol) verilmelidir. Eğer ateş (axiller 39,5°C'nin üstü) ise antipretik verildikten yaklaşık yarım saat sonra da ılık uygulama yapılmalıdır(2,4,6,15,26,35,37,47).

Bilinmesi gereken önemli konulardan biriside ailenin 2 aylık ile 5 yaş arası çocuklara yalnızca ateşi varsa antibiyotik vermemesidir(2).

Ateşli durumlarda çocuklar her zamankinden daha fazla sıvı kaybederler. Böyle durumlarda çocuğa bolca sulu yiyecekler ve sıvılar verile-

rek daha fazla emzirilerek dehidratasyon oluşumu engellenir (anne sütü, temiz su, süt, saf sıvılar veya meyva suyu gibi)(2,4,26,33,35,37).

Solunumu zorlaştırdığı için çocuğun burnunu mutlaka açmak gerekmektedir. Çocuğun burnu tıkalı olduğunda plastik bir şırınga (iğnesiz) kullanarak yavaşça tüm sekresyonun emilerek temizlenmesi, eğer burun kuru mukusla tıkanmışsa serum fizyolojik denilen damladan bolca damlatılması gerekmektedir(2,4,13,23,26,35,37).

Her ne kadar pnömoni genellikle öksürükle başlar ise de, her öksüren çocukta pnömoni söz konusu değildir. Bunun için öksürüğü olan çocuğa gereksiz yere antibiyotik verilmemelidir. Boğaz ağrısını ve öksürüğü geçirmelidir. Bunun için evde hazırlanmış ıhlamır, papatya, ada çayı verilebilir. Anneler çocuğa bilinçsiz bir şekilde öksürük kesici, söktürücü ve antihistaminik verilmesinin yarar sağlamıyacağını bilmelidir(2,9,13,23,37).

Çocuğun yattığı odada oturma ve yatak odalarında duman, is, sigara dumanı bulunmamalıdır. Günde iki, üç kez kapı veya pencere açarak çocuğun odasının havasının temizlenmesi sağlanmalıdır. Ocak ateşi veya tütün dumanı nedeni ile dumanlı bir çevrede yaşayıp uyuyan, anne ve babası sigara içen çocukların pnömoni olma ihtimalleri daha yüksektir. Çocukların yanında sigara içilmemeli ve içirtilmemelidir(1,37).

Eğitim, kadının doğurganlık ve sağlık ile ilgili davranışlarını etkileyen bir değişken olarak ön sıralardaki yerini her zaman muhafaza etmektedir. Bu nedenle kız çocuklarımızın gerek örgün eğitime katılmalarının sağlanması ve bu programlar içinde sağlıkla ilgili bilgilerin verilmesi, gerekse yaygın eğitim metodları ile toplumun bu konularda bilinçlendirilmesi bebek ölümlerini ve sonuçta genel sağlık durumunu önemli ölçüde etkileyecektir. Tabii ki, bu gayretlerin yaygın ve yeterli bir sağlık hizmeti ile desteklenmesinin mutlaka gerekli olduğu da unutulmamalıdır(45).

Çocuk bakımında bugün hala yanlış inançların gelenek ve göreneklerin etkisi oldukça fazladır. Aynı zamanda çocuğa bakım veren kişilerin eğitim düzeylerinin düşük olması bu yanlış inançları desteklemektedir. Gelişmekte olan ülkemizde annelerin çoğu, çocuk bakımı bilgisinden yoksun bulunmaktadır. Annenin çocuk bakımı üzerindeki bilgisizliği veya çevresinden öğrendiği yanlış geleneksel uygulamaları bebeklerin sağlıksız, çoğu kez sakat kalmaları ile sonuçlanır. Az gelişmiş kırsal bölgelerde ölen bebeklerin % 80'inin hekime getirilmediği saptanmıştır. Sağlık eğitiminin etkin olabilmesi için hizmet götürülen toplumun kültürel yapısı, geleneksel örf ve adetlerinin bilinmesi gerekir. Sağlık düzeyini yükseltmek ve bebek ölüm hızını azaltmak ve çocuğu tam bir iyilik halinde bulundurmak için annelerin çocuk sağlığı konusunda bilgilerini arttırmak, tutum ve davranışta yanlışlığı düzeltmek, eksikliği gidermek, tutarlılığı sağlamak amacı ile, sürekli yagynın bir sağlık eğitimi zorunludur. Annenin bebek bakımı konusunda eğitilmesinde hemşirelerin çok önemli görevleri bulunmaktadır(19).

İnsanların kendi sağlığına etkin katılımını ve bu amaçla eğitimini, koruyuculuğu, riskli gruplara öncelikli yaklaşımını ve aşamalı sağlık örgütlenmesini temel alan Temel Sağlık Hizmetlerinde, hizmetin hangi aşamasında olursa olsun hemşirenin koruyucu-eğitici rolü yer almaktadır. Hemşirelerin özellikle çocuk bakımı konusunda etkin olan anneleri eğitebilmeleri ve sağlık açısından gerekli olan bilgileri verebilmeleri için yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları, toplumda yaşayan aile bireylerinin sağlık tutumları, sağlık ile ilgili davranışlarını saptamaları ve bir taraftan eksiklikleri karşılamaya gitmeleri gerekir. Bronkopnömoninin önlenmesinde de primer olarak çocukların yaşamını tehdit etmesi, sekonder olarak da kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına yol açması nedeniyle hemşirenin koruyucu-eğitici, rehabilite edici rolünü gerçekleştirmesi son derece önem kazanmaktadır(19,20).

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda, çocuklarda pnömoninin erken tanısı ve tedavisinin başlatılması, yanlış tutum ve davranışlardan kaçınılması 5 yaş altı çocuklarda ölüm oranını azaltacaktır.

Ülke içinde ve dışında pnömonili çocuklara evde yapılan uygulamalara ilişkin sınırlı çalışmaya rastlanmıştır.

Bu çalışmalarda: Çocuğun ateşini düşürmek için; soğuk ve ılık uygulamanın yapıldığı, ilaç ve bazı özel sıvıların verildiği, öksürükte ise; ılık sıvı alımının arttırıldığı, nemli hava sağlandığı, bazı yöresel maddelerin (sarmısak, soğan, otlar vb.) sırta sürüldüğü, dua okutulduğu, aynı zamanda pnömoninin en önemli belirtilerinden solunum güçlüğüne ailelerin iyi tanımadığı, buna yönelik herhangi bir uygulama yapmadıkları görülmüştür(18,21,29,42).

Türkiye nüfusunun yaklaşık 1/6'sını oluşturan, ülke çapında tüm illerden göçün yaşandığı metropoliten kent özelliği gösteren İstanbul'da ise konuya ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yukarıdaki bilgilerin ışığı altında çalışmamız annelerin pnömoni infeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına evde yaptıkları girişim ve uygulamaları belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Ayrıca elde edilecek sonuçların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere, aile eğitiminde rehber olacağı düşünülmektedir.

## MATERYAL VE METOD

### *Araştırmanın Şekli*

Araştırma, annelerin pnömoni infeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına evde yaptıkları girişim ve uygulamaları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### *Araştırmanın Yapıldığı Yer*

Araştırma: İstanbul'da İstanbul Üniversitesine bağlı Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarında ve Sağlık Bakanlığı Haseki Hastahanesi Çocuk Kliniğinde yapılmıştır.

### *Araştırmanın Evreni*

0-6 yaşta pnömoni tanısı ile hastahaneye yatırılan çocukların anneleri oluşturmuştur.

### *Örneklemin Seçimi*

Örneklemi, İstanbul'da İstanbul Üniversitesine bağlı Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabi-

lim Dallarında ve Sağlık Bakanlığı Haseki Hastahanesi Çocuk Kliniğinde 0-6 yaş grubu pnömoni tanısı konmuş ve yatmakta olan rastlantısal yöntemle seçilen 121 çocuk annesi oluşturmuştur. Çalışmamız 1993 yılında Nisan-Aralık ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

#### *Verilerin Toplanması*

Araştırma verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayalı olarak geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Her anne ile görüşme ortalama 20 dakika sürmüştür.

#### *Verilerin Değerlendirilmesi*

Anket formundan elde edilen veriler IBM uyumlu bir bilgisayarda Epi-Info (version 5.01b) paket programı kullanılarak Cerrahpaşa Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bilgi-İşlem Merkezinde bilgisayarla yüzelik ve kare (Chi square) testi ile değerlendirilmiştir.

## B U L G U L A R

---

Araştırma bulgularını, İstanbul Üniversitesi'ne bağlı Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Dallarında ve Sağlık Bakanlığı Haseki Çocuk Kliniği'nde 0-6 yaş grubu pnömoni tanısı ile yatmakta olan çocuk annelerinden anket yolu ile elde edilen bilgiler oluşturmaktadır.

### Anket bilgileri:

- I. Çocuk ve aileyi tanıttıcı özellikler,
- II. Yaşanılan konuta ait özellikler,
- III. Pnömoni oluşumuna zemin hazırlayabilecek faktörler,
- IV. Çocuğa hastaneye yatmadan önce evdeki girişimler,
- V. Evde yapılan girişimlere annenin eğitim düzeyi ve aile tipinin etkisi olmak üzere beş başlık altında toplanmıştır.

Veriler, yukarıdaki açıklanan başlıklar altında bir düzen içerisinde yer almaktadır.

## I. ÇOCUK VE AİLEYİ TANITICI ÖZELLİKLER

*Tablo I-1. Çocukların Yatıtları Hastahaneye Göre Dağılımı:*

<i>Hastahaneler</i>	<i>Çocuk</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Üniversite hastahanesi	42	34.7
Devlet hastahanesi	79	65.3
Toplam	121	100

Araştırma kapsamına alınan çocukların % 34.7'si üniversite, % 65.3'ü devlet hastahanesinde yatmaktaydı.

*Tablo I-2. Çocukların Cinsiyetine Göre Dağılımı:*

<i>Cins</i>	<i>Çocuk</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Kız	52	43
Erkek	69	57
Toplam	121	100

Araştırma kapsamına alınan çocukların cinsiyetleri incelendiğinde; % 43'ünün kız, % 57'sinin erkek olduğu görülmüştür.

*Tablo I-3. Pnömonili Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı:*

<i>Yaş</i>	<i>Çocuk</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
1-12 ay	88	72,8
13-24 ay	26	21,5
25-36 ay	2	1,6
37-48 ay	1	0,8
49-72 ay	4	3,3
Toplam	121	100

Tablo I-1'de görüldüğü gibi:

Pnömonili çocukların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; % 72,8'i 1-12 ay, % 21,5'i 13-24 ay, % 1,6'sı 25-36 ay, % 0,8'i 37-48 ay, % 3,3'ü 49-72 ay arasında olduğu görülmüştür.



### Çocukların Yaş Ortalamaları:

Çalışma grubumuzdaki çocukların yaş ortalaması  $\bar{x}$  standart sapması;  $12,1 \pm 11,5$ 'dir. Cinsiyete göre yaş ortalaması  $\bar{x}$  standart sapması (SD) ise kızlarda;  $11,8 \pm 8,9$  ( $n=52$ ); erkeklerde  $12,4 \pm 13,2$  ( $n=69$ )'dir.

**Tablo I-4. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri:**

Annelerin Özellikleri		n	%
Yaş	17-34	52	43
	25-34	58	47,9
	35-44	11	9,1
Toplam		121	100
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	43	35,6
	İlkokul mezunu	63	52
	Lise mezunu	15	12,4
Toplam		121	100
İş	Ev-hanımı	120	99,2
	Memur	1	0,8
Toplam		121	100

Tablo I-4'de görüldüğü gibi:

Annelerin yaş dağılımına bakıldığında: 17-24 yaş arasında % 43; 25-34 yaş arasında % 47,9; 35-44 yaş arasında % 9,1 olduğu belirlenmiştir. Annelerin yaş ortalaması  $\bar{x}$ SD:  $26,2 \pm 5,2$ 'dir.

Annelerin öğrenim durumları incelendiğinde; çalışma kapsamına alınan annelerin % 35,6'sının okur-yazar olmadığı, % 52'sinin ilkokul mezunu, % 12,4'ünün lise mezunu olduğu görülmüştür. Yüksek okul mezunu anneye rastlanmamıştır.

Annelerin % 99,2'si ev hanımı iken, geriye kalan % 0,8'i yani 1 annenin devlet memuru olduğu görülmüştür.

**Tablo I-5. Babaların Tanıtıcı Özellikleri:**

<b>Babaların Özellikleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Eğitim düzeyi</b>	Okur-yazar değil	8	6,7
	İlkokul mezunu	83	68,6
	Ortaokul mezunu	13	10,7
	Lise mezunu	13	10,7
	Yüksek okul mezunu	4	3,3
<b>Toplam</b>		<b>121</b>	<b>100</b>
<b>İş durumu</b>	İşçi	37	30,6
	Memur	16	13,2
	Çiftçi	4	3,3
	Serbest meslek	61	50,4
	İşsiz	3	2,5
<b>Toplam</b>		<b>121</b>	<b>100</b>

Tablo I-5'de görüldüğü gibi:

Babaların öğrenim durumları incelendiğinde; % 6,7'sinin okur-yazar olmadığı, % 68,6'sının ilkokul, % 10,7'sinin ortaokul, % 10,7'sinin lise, % 3,3'ünün yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Babaların mesleki durumları incelendiğinde; babalar arasında işsizlik oranı % 2,5'dir. Geriye kalanların ise % 30,6'sı işçi, % 13,2'si memur, % 3,3'ü çiftçi, % 50,4'ü serbest meslekle uğraşmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan ailelerin İstanbul'da oturma sürelerine bakıldığında; % 15,7 (n=19)'si doğumlarından itibaren, % 11,5 (n=14)'i 1 yıldan az, % 28,9 (n=35)'u 1-4 yıl, % 24 (n=29)'ü 5-9 yıl, % 19,9 (n=24)'ü 10 yıldan fazla İstanbul'da oturduklarını belirtmişlerdir.

## II. YAŞANILAN KONUTA AİT ÖZELLİKLER

Ailelerin oturdukları ev tipi ve özelliklerine bakıldığında; % 9,1 (n=11)'i müstakil ev, % 70,2 (n=85)'si apartman katı, % 7,5 (n=9)'i bodrum katı, % 13,2 (n=16)'si gecekonduda oturmaktadır.

Ailelerin % 14 (n=17)'ünün oturup yemekte yiyebileceği büyüklükte mutfak, % 80,1 (n=97)'inin yalnızca yemek pişirmek için mutfak, % 95,8 (n=116)'inin ev içinde tuvaleti, % 94,2 (n=114)'sinin ev içinde banyosu, % 9,9 (n=12)'unun banyoda duşu bulunmaktadır.

Ailelerin oturdukları konutta mutfak, tuvalet ve banyo dışında, salon dahil olmak üzere % 3,3 (n=4)'ünün 1 odası, % 17,4 (n=21)'ünün 2 odası, % 52,9 (n=64)'unun 3 odası, % 19,8 (n=24)'inin 4 odası ve % 6,6 (n=8)'sının 5 ve daha fazla odası bulunmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan ailelerin % 98,3 (n=119)'ünün evleri sobalı iken, % 1,7 (n=2)'sinin kaloriferlidir.

### III. PNÖMONİ OLUŞUMUNA ZEMİN HAZIRLAYABİLECEK FAKTÖRLER

*Tablo III-1. Aile Tipi:*

<i>Aile tipi</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Çekirdek aile	64	53
Geniş aile	57	47
Toplam	121	100

Tablo III-1'de görüldüğü gibi:

Çalışma grubumuzdaki ailelerin yapısal özelliği, parçalanmış aileye rastlanmadığından çekirdek ve geniş aile tipi olarak incelenmiştir. Ailelerin % 53'ünü çekirdek aile (anne, baba, çocuk), % 47'sini geniş aile (anne, baba, çocuk, büyük anne, büyük baba, akrabalar) tipi oluşturmaktadır.

Ailedeki çocuk sayısına bakıldığında; % 31,4 (n=38)'ünün 1, % 26,4 (n=32)'ünün 2, % 21,5 (n=26)'inin 3, % 11,6 (n=14)'sının 4, % 9,1 (n=11)'inin 5 ve daha fazla çocuğu olduğu görülmüştür. Ailelerdeki ortalama çocuk sayısı  $\bar{x} \pm SD$ : 2,5 $\pm$ 1,5'dir.

*Tablo III-2. Pnömoni Oluşan Çocukların Aile İçindeki Çocuk Sıralamasındaki Yeri:*

<i>Hasta çocuğun sıralamadaki yeri</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1. çocuk	39	32,2
2. çocuk	33	27,3
3. çocuk	24	19,8
4. çocuk	14	11,6
5. ve daha sonraki çocuk	11	9,1
Toplam	121	100

Tablo III-2'de görüldüğü gibi:

Araştırma kapsamına alınan pnömonili çocukların aile sıralamasındaki yeri incelendiğinde; % 32,2'sinin 1. çocuk, % 27,3'ünün 2. çocuk, % 19,8'inin 3. çocuk, % 11,6'sının 4. çocuk, % 9,1'inin 5. ve üstündeki çocuk olduğu bulunmuştur.

Çocukların evde nerede yattığı incelendiğinde; % 21,4 (n=26)'ü kendi odasında, % 78,6 (n=95)'si anne baba ile aynı odada yatmaktadır.

Çocukların kendisine ait yatağının olup olmadığına baktığımızda; çocukların % 78,5 (n=95)'inin kendine ait yatağı bulunurken, % 21,5 (n=26)'inin kendine ait yatağı yoktur.

Annelerin ekonomik durumlarını değerlendirmede kullandıkları ifadeleri incelendiğinde; annelerin % 1,7 (n=2)'si ekonomik durumlarının çok iyi olduğunu, % 3,3 (n=4)'ü iyi, % 39,7 (n=48)'si orta, % 55,3 (n=67)'ü ise kötü olduğunu bildirmiştir.

**Tablo III-3. Ailelerin Evde Sigara İçme Durumu:**

<i>Evde sigara içme</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Var	93	76,9
Yok	28	23,1
Toplam	121	100

Tablo III-3'de görüldüğü gibi:

Annelerden alınan ifadelere göre ailelerin % 76,9'unun evinde sigara içilmekte, % 23,1'inin evinde sigara içilmemektedir.

**Tablo III-4. Ailelerin Çocuklarına Aşı Kartı Tutma Durumu:**

<i>Aşı kartı tutma durumu</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	72	59,5
Hayır	49	40,5
Toplam	121	100

Tablo III-4'de görüldüğü gibi:

Annelerin % 59,5'i çocuklarının aşı kartı olduğunu, % 40,5'i ise aşı kartı bulunmadığını söylemiştir.

**Tablo III-5. Çocukların Karma Aşı İle Aşılama Durumları:**

<i>Aşılama durumu</i>	<i>Karma</i> <i>[Difteri, Boğmaca, Tetanos (DBT) + 3'lü polio aşısı (TOPV)]</i>		
	<i>Aşı tipi</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Var		57	47,1
Yok		64	52,9
Toplam		121	100

Tablo III-5'de görüldüğü gibi:

Ailelerin doğumdan itibaren çocuklarının yaşına uygun rutin aşı takvimini uygulattırma durumlarına bakıldığında; % 47,1 çocuğun karma aşısının rutin aşı takvimine uyduğu, % 52,9'unun ise uymadığı (eksik veya hiç yapılmamış) görülmüştür.

**Tablo III-6. Çocukların Kızamık Aşısı İle Aşılama Durumları:**

<i>Aşılama durumu</i>	<i>Aşı tipi</i>	<i>Kızamık</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>
Var		18	14,9
Yok		42	34,7
Rutin aşı takvimine uymayan yaş		61	50,4
Toplam		121	100

Tablo III-6'da görüldüğü gibi:

Kızamık ile aşılama durumu ise % 14,9'dur. % 34,7 çocuk uygun yaşa rağmen aşılanmamıştır. % 50,4 çocuğun ise aşılanması uygun yaşta olmadıklarından dolayı yaptırılmamıştır.

#### IV. PNÖMONİLİ ÇOCUĞA HASTANEYE YATMADAN ÖNCEKİ DÖNEMDE EVDE YAPILAN GİRİŞİMLER

*Tablo IV-1. Annelerin Evde Çocuklarına İlaç Kullanımı:*

<i>İlaç kullanan</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	105	86,8
Hayır	16	13,2
Toplam	121	100

Tablo IV-1'de görüldüğü gibi:

Annelerin % 86,8'i çocukları hastalandığında tedavi etmek amacıyla ilaç vermişlerdir.

*Tablo IV-2. Kullanılan İlaçların Etki Özelliklerine Göre Dağılımı:*

<i>İlaç türü*</i>	<i>n</i>	<i>%**</i>
Antipretikler	99	94,2
Öksürük şurubu	62	59
Antibiyotik (penisilin)	25	23,8

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Annelerin kullandıkları ilaçlar farmakolojik özelliklerine göre üç grupta toplanmıştır. Bu ilaçların % 94,2'sini antipretikler, % 59'unu öksürük şurubu, % 23,8'ini antibiyotik oluşturmaktadır.

Bu ilaçların neye göre verildiği incelendiğinde; % 52,3 (n=55) annenin çocuğu daha önce hastalandığında yazılan reçeteyi tekrar kullandığı belirlenmiştir.



**Tablo IV-3. Annelerin Çocuklarının Hasta Olduğunu Belirlemedeki Kriterleri:**

<b>Kriterler*</b>	<b>n</b>	<b>%**</b>
Ateş	121	100
Öksürük	117	96,7
Hızlı solunum	111	91,7
İştahsızlık	26	21,4
Huzursuzluk ve ağlama	19	15,7
Havale geçirme	10	8,2
Diğer (ishal, kusma, dudaklarda morarma, halsizlik vb.)	31	25,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Tablo IV-3'de görüldüğü gibi:

Annelerin % 100'ü çocuklarının hasta olduğunu ateşlerinin yükselmesinden, % 96,7'si öksürmesinden, % 91,7'si zorlu solunumdan, % 21,4'ü iştahsızlıktan, % 15,7'si huzursuzluktan ve ağlamasından, % 8,2'si havale geçirmesinden, % 25,6'sı diğer (ishal, kusma, dudaklarda morarma, halsizlik vb.) nedenlerden anlamışlardır.

Çocuklarda ateşin derece ile ölçümünü % 14 (n=17) anne gerçekleştirmiştir. % 86 (n=104) anne ise ateşi belirlemede Tablo IV-4'de yer alan çeşitli yöntemleri kullanmışlardır. Annelerin derece okuma durumu değerlendirildiğinde de bu % 14 (n=17) annenin derece okumayı bildikleri, % 86 (n=104) annenin ise bilmedikleri belirlenmiştir.

Ateşi derece ile ölçen annelerin % 82,4 (n=14)'ü ateş ölçme yeri olarak koltuk altını, % 17,6 (n=3)'sü ise rektal yolu kullanmışlardır.

Koltuk altı derece alan annelerden sadece % 7,1 (n=1)'i 38,5°C'nin üstünü yüksek ateş olarak tanımlarken geriye kalanlar ise

38,5°C'nin altındaki ateşide yüksek ateş kabul etmiştir.

Rektal yolla derece alan annelerin tamamı % 17,6 (n=3)'sı 38°C'nin üstünü yüksek ateş olarak kabul etmişlerdir.

**Tablo IV-4. Derece Kullanmayan Annelerin Çocuklarının Ateşini Belirlemede İzledikleri Yöntemler:**

Yöntemler*	n	%**
Dokusal: Alın ve göğüse el koyma	101	97,1
Gözlemsel:		
Görünüm	83	79,8
Yanaklarda kızarıklık	43	41,3
İştahsızlık	18	17,3
Dalgınlık	11	10,5

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Tablo IV-4'de görüldüğü gibi:

Anneler çocuklarının ateşini belirlemede gözlemsel ve dokusal yöntemleri kullanmışlardır. Dokusal olarak alın ve göğüse el koyarak ısı yüksekliğini hissetme % 97,1'le başta gelmekte, bunu sırasıyla; gözlemsel yöntemlerden görünüm % 79,8'le, yanaklarda kızarıklık % 41,3'le, iştahsızlık % 17,3'le, dalgınlık % 10,5'le izlemektedir.

**Tablo IV-5. Annelerin Çocukları Ateşlendiğinde İlk Yaptıkları Girişimler:**

<i>İlk yapılan girişimler*</i>	<i>Toplam</i>	
	<i>n</i>	<i>%**</i>
İlaç verme	93	76,8
Soğuk uygulama	74	61,1
Hastahaneye(doktora) götürme	68	56,2
Bol su verme	6	4,9
Aile büyüklerine danışma	3	2,4
Üşümemesi için üstünü örtme	1	0,8
Diğer(sirke, yağ, aspirin, limon ile vücudunu ovma + alnına ispirotolu bez koyma vb.)	15	12,4

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Tablo IV-5'de görüldüğü gibi:

Anneler çocukları ateşlendiğinde ateşi düşürmek için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır. Yapılan ilk girişimler sırasıyla şöyledir: % 76,8'i ilaç verme, % 61,1'i soğuk uygulama yapma, % 56,2'si bir sağlık kuruluşuna götürme, % 4,9'u bol su verme, % 2,4'ü aile büyüklerine danışma, % 0,8'i üşümemesi için üstünü örtme, % 12,4'ü diğer (sirke, yağ, aspirin, limon karışımı ile çocuğun vücudunu ovma, alnına ispirotolu bez koyma vb.) uygulamalarda bulunmuşlardır.

**Tablo IV-6. Çocukların Ateşlenmelerinde Annelerin Emzirmeye Devam Etme Durumu:**

<i>Emzirme</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Evet	51	87,9
Hayır	7	12,1
Toplam	58	100

Tablo IV-6'da görüldüğü gibi:

Çocuklarını emziren annelerin % 87,9'u ateşlenme durumunda emzirmeye devam ederken, % 12,1'i emzirmeyi kesmiştir.

Annelerin çocukları ateşlendiğinde su verip vermedikleri incelendiğinde % 95 (n=115)'i su vermiş, % 5 (n=6)'i ise vermemiştir.

Su veren annelerin ise % 45,7 (n=53)'si çocuklarına her zamankinden fazla, % 31 (n=36)'i her zamanki kadar, % 16,4 (n=19)'ü istediği zaman, % 6,9 (n=8)'u ise her zamankinden az su vermiştir.

Ateşin düşürülmesinde annelerin % 98,3 (n=119)'ü çocuğun soğuk tutulması, % 1,7 (n=2)'si sıcak tutulması gerektiğini söylemiştir.

Çocuklarının ateşi olduğu zaman sıcak tutulmasını ifade eden annelerin tamamı 1,7 (n=2)'si battaniye örtterek sıcak tutmuşlardır.

**Tablo IV-7. Annelerin Ateşlenme Durumunda Çocuklarının Ateşini Düşürmek İçin Yaptıkları Girişimler :**

<i>Yapılan girişimler*</i>	<i>n</i>	<i>%**</i>
Giysilerini kısmen çıkarma	75	63
Soğuk uygulama yapma	71	59,6
Battaniyesini açma	35	29,4
Tüm giysilerini çıkarma	34	28,5
Başlık ve patiğini çıkarma	21	17,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Tablo IV-7'de olduğu gibi:

Çocukların ateşi olduğu zaman annelerin % 63'ü giysilerini kısmen çıkarma, % 59,6'sı soğuk uygulama yapma, % 29,4'ü battaniyesini açma, % 28,5'i tüm giysilerini çıkarma, % 17,6'sı başlık ve patiğini çıkarma girişiminde bulunmuştur.

Tablo IV-8. Annelerin Çocuklarının Öksürüğü Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimler:

Öksürükte yapılan girişimler*	n	%**
Doktora götürme	74	61,1
Öksürük şurubu verme	62	51,2
Daha önceki reçeteyi kullanma	33	27,2
Hiçbirşey yapmama	9	7,4
Viks ile sırtını ovma	2	1,6
Bol su verme	1	0,8
Diğer(nane, limon, ıhlamur verme, zeytinyağı ile ıslatılmış kağıdı çocuğun göğsüne koyma vb.)	25	20,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Çocukların öksürüğü olduğu zaman Tablo 8'de görüldüğü gibi annelerin % 61,1'i doktora götürme, % 51,2'si öksürük şurubu verme, % 27,2'si daha önceki reçeteyi kullanma, % 7,4'ü hiçbirşey yapmama, % 1,6'sı viks ile sırtını ovma, % 0,8'i bol su verme, % 20,6'sı diğer (nane, limon, ıhlamur kaynatıp verme, zeytinyağı ile ıslatılmış kağıdı çocuğun göğsüne koyma) girişimlerinde bulunmuştur.

Annelerin % 72,8 (n=88)'i çocuklarında burun tıkanıklığı olduğunu, % 27,2 (n=33)'si olmadığını bildirmiştir.

Tablo IV-9. Annelerin Çocuklarının Burnu Tıkandığı Zaman Yaptıkları Girişimler:

<i>Burun tıkanıklığında yapılan girişimler*</i>	<i>n</i>	<i>%**</i>
Burna serum fizyolojik damlatma	52	59,1
Doktora götürme	5	5,6
Burnu çöple açma	5	5,6
Burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme	2	2,2
Diğer (buğu - septil ve su buharına tutma vb.)	33	37,5

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Çocukların burnu tıkanığı zaman Tablo 9'da görüldüğü gibi annelerin % 59,1'i burna serum fizyolojik damlatma, % 5,6'sı doktora götürme, % 5,6'sı burnu çöple açma, % 2,2'si burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme, % 37,5'i diğer (buğu, septil ve su buharına tutma vb.) girişimlerde bulunmuşlardır.

Tablo IV-10. Annelerin Çocuklarının Hızlı Solunumu Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimler:

<i>Zorlu solunumda yapılan girişimler*</i>	<i>n</i>	<i>%**</i>
Doktora götürme	70	57,8
Hiçbirşey yapmama	32	26,4
Yatarken sırtına destek koyma	7	5,7
Odasını sık sık havalandırma	3	2,4
Burnu tıkalı ise açma	2	1,6
Büyüklerine danışma	1	0,8
Diğer (papatya çayı, ıhlamur, sıcak süt, bal verme, göğüse ve sırtta sıcak havlu koyma vb.)	29	24

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Çocukların nefes darlığı olduğu zaman Tablo 10'da görüldüğü gibi annelerin % 57,8'i doktora götürme, % 26,4'ü hiçbirşey yapmama, % 5,7'si yatarken sırtına destek koyma, % 2,4'ü odasını sık sık havalandırma, % 1,6'sı burnu tıkalı ise açma, % 0,8'i büyüklerine danışma, % 24'ü diğer

(papatya çayı, ıhlamur, sıcak süt, bal verme, göğüse ve sırtta sıcak havlu koyma vb.) girişimlerinde bulunmuştur.

Çalışma grubumuzdaki annelerden % 29 (n=35)'u çocuklarında kusma olmadığını, % 71 (n=86)'i olduğunu bildirmiştir.

**Tablo IV-11. Annelerin Kusması Olan Çocuklarına Yaptıkları Girişimler:**

<i>Kusmada yapılan girişimler*</i>	<i>n</i>	<i>%**</i>
Hiçbirşey yapmama	63	73,2
Doktora götürme	10	11,6
Nane-limon kaynatma	4	4,6
Sulu yiyecekler verme	4	4,6
Diğer(ılık, tuzlu, şekerli su ve çay verme vb.)	9	10,4

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Sıra yüzdesi

Çocukların kusmaları olduğu zaman Tablo 11'de görüldüğü gibi annelerin % 73,2'si hiçbirşey yapmama, % 11,6'sı doktora götürme, % 4,6'sı nane-limon kaynatma, % 4,6'sı sulu yiyecekler verme, % 10,4'ü diğer (ılık, tuzlu, şekerli su ve çay verme vb.) girişimlerinde bulunmuşlardır.

## V. EVDE YAPILAN GİRİŞİMLERE ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ VE AİLE TİPİNİN ETKİSİ

*Tablo V-1. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Evde Sigara İçilme Durumu Arasındaki İlişki:*

Annelerin eğitim düzeyi	Evde sigara				Toplam	
	içiliyor		içilmiyor			
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	35	28,9	8	6,6	43	35,6
İlkokul	47	38,9	16	13,2	63	52
Lise	11	9,1	4	3,3	15	12,4
Toplam	93	76,9	28	23,1	121	100

$$\chi^2 = 0,78; p > 0,05$$

Tablo 1'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile evde sigara içilme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

*Tablo V-2. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Aşı Kartı Tutmaları Arasındaki İlişki:*

Annelerin eğitim düzeyi	Aşı kartı				Toplam	
	tutuyor		tutmuyor			
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	15	12,4	28	23,1	43	35,6
İlkokul	44	36,3	19	15,8	63	52
Lise	13	10,8	2	1,6	15	12,4
Toplam	72	59,5	49	40,5	121	100

$$\chi^2 = 18,20; p < 0,001$$

Tablo 2'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile aşı kartı tutma durumu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe buna paralel olarak, düzenli aşı kartı tuttıkları görülmüştür.



**Tablo V-3. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Karma Aşılarını Yaptırması Arasındaki İlişki:**

Annelerin eğitim düzeyi	Çocuklarının karma aşılarını				Toplam	
	yaptıran		yaptırmayan			
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	12	9,9	31	25,6	43	35,6
İlkokul	33	27,3	30	24,8	63	52
Lise	12	9,9	3	2,5	15	12,4
Toplam	57	47,1	64	52,9	121	100

$$\chi^2 = 13,58; p < 0,001$$

Tablo 3'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe çocuklarının karma aşılarını yaptırmaları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık göstermiştir.

**Tablo V-4. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Kızamık Aşılarını Yaptırması Arasındaki İlişki:**

Annelerin eğitim düzeyi	Çocuklarının kızamık aşısını						Toplam	
	yaptıran		yaptırmayan		Rutin aşı takvimine uymayan yaş			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	3	2,5	23	19	17	14	43	35,6
İlkokul	10	8,2	17	14	36	29,8	63	52
Lise	5	4,1	2	1,7	8	6,7	15	12,4
Toplam	18	14,8	42	34,7	61	50,5	121	100

$$\chi^2 = 14,31; p < 0,05$$

Tablo 4'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarının kızamık aşılarını yaptırma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo V-5. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Evde Çocuklarına İlaç Kullanmaları Arasındaki İlişki:

Annelerin eğitim düzeyi	Çocuklarına ilaç				Toplam	
	veren		vermeyen			
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	36	29,8	7	5,8	43	35,6
İlkokul	56	46,2	7	5,7	63	52
Lise	13	10,8	2	1,7	15	12,4
Toplam	105	86,8	16	13,2	121	100

$$\chi^2 = 0,60; p > 0,05$$

Tablo 5'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarına evde ilaç kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo V-6. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Derece Okumayı Bilmeleri Arasındaki İlişki:

Annelerin eğitim düzeyi	Derece okumayı				Toplam	
	bilen		bilmeyen			
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	1	0,8	42	34,7	43	35,5
İlkokul	9	7,4	54	44,6	63	52
Lise	7	5,8	8	6,7	15	12,5
Toplam	17	14	104	86	121	100

$$\chi^2 = 18,11; p < 0,001$$

Tablo 6'da görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile derece okumayı bilme durumu karşılaştırıldığında eğitim düzeyinin yüksekliğine paralel olarak ileri derecede anlamlılık göstermiştir.

**Tablo V-7. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocukları Ateşlendiğinde İlk Yaptıkları Girişimler Arasındaki İlişki:**

Yapılan girişimler Annelerin eğitim düzeyi	Okur-yazar değil		İlkokul		Lise		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İlaç verme	30	69,7	50	79,3	13	86,6	93	76,8
Soğuk uygulama yapma	23	53,4	39	61,9	12	80	74	61,1
Doktora götürme	19	44,1	40	63,4	9	60	68	56,2
Bol su verme	1	2,3	5	7,9	-	-	6	4,9
Aile büyüklerine danışma	1	2,3	-	-	2	13,3	3	2,4
Üşümemesi için üstünü örtme	-	-	1	1,5	-	-	1	0,8
Diğer (Sirke, yağ, aspirin, limon ile vücudunu ovma, alnına ıspirtolu bez koyma vb.)	6	13,9	7	11,1	2	13,3	15	12,4

$$\chi^2=49,29; p>0,05$$

Tablo 7'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının ateşlenme durumunda ilk yaptıkları girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo V-8. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Ateşlenme Durumunda Emzirmeye Devam Etme Durumu:**

Annelerin eğitim düzeyi	Emzirmeye devam				Toplam	
	eden		etmeyen			
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	21	36,2	1	1,8	22	38
İlkokul	25	43,1	6	10,3	31	53,4
Lise	5	8,6	-	-	5	8,6
Toplam	51	87,9	7	12,1	58	100

$$\chi^2=3,41; p>0,05$$

Tablo 8'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının ateşlenme durumunda emzirmeye devam etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo V-9. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Öksürüğü Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimler:**

Yapılan girişimler	Okur-yazar değil		İlkokul		Lise		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktora götürme	26	60,4	39	61,9	9	60	74	61,1
Öksürük şurubu verme	24	55,8	30	47,6	8	53,3	62	51,2
Daha önceki reçeteyi kullanma	12	27,9	15	23,8	6	40	33	27,2
Hiçbirşey yapmama	2	4,6	6	9,5	1	6,6	9	7,4
Viks ile sırtını ovma	-	-	1	1,5	1	6,6	2	1,6
Bol su verme	-	-	1	1,5	-	-	1	0,8
Diğer(nane, limon, ıhlamur verme, zeytinyağı ile ıslatılmış kağıdı çocuğun göğsüne koyma vb.)	7	16,2	14	22,2	4	26,6	25	20,6

$$\chi^2=35,43; p>0,05$$

Tablo 9'da görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının öksürüğü olduğu zaman yaptıkları girişimler arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

**Tablo V-10. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Burnu Tıkandığı Zaman Yaptıkları Girişimler:**

Yapılan girişimler	Okur-yazar değil		İlkokul		Lise		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Burna serum fizyolojik damlatma	12	48	33	64,7	7	58,3	52	59,1
Doktora götürme	2	8	2	3,9	1	8,3	5	5,6
Burnu çöple açma	2	8	3	5,8	-	-	5	5,6
Burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme	-	-	1	1,9	1	8,3	2	2,2
Diğer (bugu-septil ve su buharına tutma vb.)	13	52	16	31,3	4	33,3	33	37,5

$$\chi^2 = 19,24; p > 0,05$$

Tablo 10'da görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının burnu tıkanacağı zaman yaptıkları girişimler arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

**Tablo V-11. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Hızlı Solunumu Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimler:**

Yapılan girişimler	Okur-yazar değil		İlkokul		Lise		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktora götürme	21	48,8	38	60,3	11	73,3	70	57,8
Hiçbirşey yapmama	15	34,8	15	23,8	2	13,3	32	26,4
Yatarken sırtına destek koyma	1	2,3	5	7,9	1	6,6	7	5,7
Odasını sık sık havalandırma	-	-	2	3,1	1	6,6	3	2,4
Burnu tıkalı ise açma	-	-	2	3,1	-	-	2	1,6
Büyüklerine danışma	1	2,3	-	-	-	-	1	0,8
Diğer(papatya çayı, ıhlamur, bal, sıcak süt verme, çocuğun göğsüne ve sırtına sıcak havlu koyma vb.)	10	23,2	14	22,2	5	33,3	29	23,9

$$\chi^2=26,14; p>0,05$$

Tablo 11'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının hızlı solunumu olduğu zaman yaptıkları girişimler arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

**Tablo V-12. Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Kusması Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimler:**

Yapılan girişimler	Okur-yazar değil		İlkokul		Lise		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiçbirşey yapmama	28	84,8	29	69	6	54,5	63	73,2
Doktora götürme	2	6	6	14,2	2	18,1	10	11,6
Nane-limon kaynatma	1	3	2	4,7	1	9,1	4	4,6
Sulu yiyecekler verme	-	-	1	2,3	3	27,2	4	4,6
Diğer (ılık, tuzlu, şekerli su ve çay verme vb.)	2	6	6	14,2	1	9,1	9	10,4

$$\chi^2=29,55; p>0,05$$

Tablo 12'de görüldüğü gibi annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının kusması olduğu zaman yaptıkları girişimler arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

**Tablo V-13. Aile Tipi İle Çocukların Evde Yattığı Yer Arasındaki İlişki :**

Aile Tipi	Kendi odasında		Anne baba ile aynı odada		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Geniş aile	3	2,4	54	44,7	57	47,1
Çekirdek aile	23	19	41	33,9	64	52,9
Toplam	26	21,4	95	78,6	121	100

$$\chi^2=19,91; p<0,001$$

Tablo 13'de görüldüğü gibi aile tipi ile çocuklarının evde nerede yattığı arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.



Tablo V-14. Aile Tipi İle Evde Sigara İçilmesi Arasındaki İlişki:

Aile Tipi	Evde sigara				Toplam	
	içiliyor		içilmiyor			
	n	%	n	%	n	%
Geniş aile	45	37,2	12	9,9	57	47,1
Çekirdek aile	48	39,7	16	13,2	64	52,9
Toplam	93	76,9	28	23,1	121	100

$$\chi^2=0,26; p>0,05$$

Tablo 14'de görüldüğü gibi aile tipi ile evde sigara içilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Tablo V-15. Aile Tipi İle Annelerin Evde Çocuklarına İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki:

Aile Tipi	Çocuklarına ilaç				Toplam	
	veren		vermeyen			
	n	%	n	%	n	%
Geniş aile	49	40,5	8	6,6	57	47,1
Çekirdek aile	56	46,3	8	6,6	64	52,9
Toplam	105	86,8	16	13,2	121	100

$$\chi^2=0,06; p>0,05$$

Tablo 15'de görüldüğü gibi aile tipi ile annelerin evde çocuklarına ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

**Tablo V-16. Aile Tipi İle Annelerin Çocuklarının Öksürüğü Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimler:**

Yapılan girişimler	Geniş aile		Çekirdek aile		Toplam	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Doktora götürme	39	68,4	35	54,6	74	61,1
Öksürük şurubu verme	29	50,8	33	51,5	62	51,2
Daha önceki reçeteyi kullanma	17	29,8	16	25	33	27,2
Hiçbirşey yapmama	3	5,2	6	9,3	9	7,4
Viks ile sırtını ovma	1	1,7	1	1,5	2	1,6
Bol su verme	1	1,7	-	-	1	0,8
Diğer(nane, limon, ihlamur verme, zeytinyağı ile ıslatılmış kağıdı çocuğun göğsüne koyma vb.)	9	15,7	16	25	25	20,6

$$\chi^2 = 14,25; p > 0,05$$

Tablo 16'da görüldüğü gibi aile tipi ile annelerin çocuklarının öksürüğü olduğu zaman yaptıkları girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Tablo V-17. Aile Tipi İle Annelerin Çocuklarının Burnu Tıkandığı Zaman Yaptıkları Girişimler:

Yapılan girişimler	Geniş aile		Çekirdek aile		Toplam		
	Aile tipi	n	%	n	%	n	%
Burna serum fizyolojik damlatma		23	60,5	29	58	52	59,1
Doktora götürme		2	5,2	3	6	5	5,6
Burnu çöple açma		2	5,2	3	6	5	5,6
Burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme		-	-	2	4	2	2,2
Diğer(buğu-septil ve su buharına tutma vb.)		12	31,5	21	42	33	37,5

$$\chi^2=11,32; p>0,05$$

Tablo 17'de görüldüğü gibi aile tipi ile annelerin çocuklarının burnu tıkanıdığı zaman yaptıkları girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo V-18. Aile Tipi İle Annelerin Çocuklarının Hızlı Solunumu Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimler:**

Yapılan girişimler	Geniş aile		Çekirdek aile		Toplam	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Doktora götürme	36	63,1	34	53,1	70	57,8
Hiçbirşey yapmama	16	28	16	25	32	26,4
Yatarken sırtına destek koyma	2	3,5	5	7,8	7	5,7
Odasını sık sık havalandırma	2	3,5	1	1,5	3	2,4
Burnu tıkalı ise açma	1	1,7	1	1,5	2	1,6
Büyüklerine danışma	-	-	1	1,5	1	0,8
Diğer(papatya çayı, ıhlamur, sıcak süt, bal verme, çocuğun göğsüne ve sırtına sıcak havlu koyma vb.)	10	17,5	19	29,6	29	24

$$\chi^2 = 12,67; p > 0,05$$

Tablo 18'de görüldüğü gibi aile tipi ile annelerin çocuklarının hızlı solunumu olduğu zaman yaptıkları girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo V-19. Aile Tipi İle Annelerin Çocuklarının Kusması Olduğu Zaman Yaptıkları Girişimleri:**

Yapılan girişimler	Geniş aile		Çekirdek aile		Toplam	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Hiçbirşey yapmama	27	67,5	36	78,2	63	73,2
Doktora götürme	6	15	4	8,7	10	11,6
Nane-limon kaynatma	1	2,5	3	6,5	4	4,6
Sulu yiyecekler verme	1	2,5	3	6,5	4	4,6
Diğer(ılık, tuzlu, şekerli su ve çay verme vb.)	5	12,5	4	8,7	9	10,4

$$\chi^2 = 10,13; p > 0,05$$

Tablo 19'da görüldüğü gibi aile tipi ile annelerin çocuklarının kusması olduğu zaman yaptıkları girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

## TARTIŞMA

---

Gelişmekte olan ülkelerde çocukluk dönemi diyebileceğimiz 0-5 yaş arası çocuklarda sık görülen ve mortaliteyi önemli ölçüde etkileyebilen hastalıklar arasında Akut Solunum Yolu İnfeksiyonları ve bunların başında pnömoni gelmektedir(1,5,9,12,13,23,27,44).

Pnömonide erken tanı ve tedavi önem taşımakta, yapılacak uygun girişimler çocuğun hayatta kalmasında rol oynamaktadır(12,13,44).

Çalışma, annelerin pnömoni infeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına evde yaptıkları girişim ve uygulamaları belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gerek koruyucu, gerekse tedavi edici hizmet birimlerinde çalışan tüm hemşirelere araştırma sonuçlarının rehber olması düşünülmektedir.

Çalışma grubumuzu değişik hastahanelerde pnömoni tanısı ile yatan toplam 121 çocuk annesi oluşturmuştur.

Çalışma kapsamına alınan pnömonili çocukların % 72,8'inin 0-1 yaş arasında yoğunlaştığı görülmüştür.

Çalışma kapsamına giren pnömonili çocukların yattıkları sağlık kuruluşlarına göre dağılımları incelendiğinde hastaların % 65,3 gibi yarıdan fazla bir oranının devlet hastahanesinde yoğunlaşması, üniversite hastahanelerinin maliyetinin yüksek oluşu ve ailelerin gelir düzeyinin düşük oluşu ile ilişkili olabilir.

Literatürde, pnömoninin erkek çocuklarda sık görüldüğü belirtilmesine rağmen çalışmamızda çocukların % 57'si erkektir(10).

Annelerimizin % 90.9'u 35 yaş altında genç yaşta yoğunlaştığı, % 52'sinin ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur.

Annelerin tamamı ev kadını olup, çalışmamaktadır.

Babaların % 68,6'sının ilkokul eğitimi gördükleri ve gelir düzeyi düşük işlerde çalıştığı belirlenmiştir.

Annelerin % 84,3'ünün İstanbul dışında doğdukları ve yarıya yakınının 5 yıldan uzun süredir İstanbul'da oturdukları görülmüştür.

Çalışma grubumuzu oluşturan ailelerin % 70.2'si apartman katında yaşamakta olup yine ailelerin yarıdan fazlasının konutları üç odalıdır.

Pnömonili çocuk ailelerin % 98.3 gibi tamamına yakın bölümü evinde ısınma aracı olarak soba kullanmaktadır.

Grubun % 53'ü çekirdek aile (anne, baba, çocuk) tipinde, % 47'si geniş aile (anne, baba, çocuk, büyükanne, büyük baba, akrabalar) tipindedir.

Ailedeki çocuk sayısına bakıldığında % 57.8 gibi yarıdan fazlasının bir yada 2 çocuğunun olduğu görülmüştür.

Tedaviye alınan çocukların % 32,2'si ailelerin ilk çocuklarıdır.

Çalışma grubumuzdaki pnömonili çocukların % 78,6'sı gibi büyük bölümünün anne baba ile aynı odada yattığı yine gruptaki çocukların % 78.5'inin kendisine ait yatağı olduğu bulunmuştur.

Aksakoğlu'nun çalışmasında streptokok infeksiyonlarının yayılmasında bir odada 3'ten fazla kişinin yatmasının ve kişi başına düşen hava hacminin 5 metreküpten daha az olmasının etkili olduğunu belirlediği çalışmasına uygunluk göstermektedir(5).

Çalışma grubumuzdaki ailelerin % 55,3'ü ekonomik durumlarının kötü olduğunu belirtmiştir.

Sigara içen anne babaların çocuklarında solunum yolu infeksiyonlarının arttığını gösteren çalışmalara paralel olarak, çalışma grubumuzdaki pnömonili çocuk ailelerin % 76,9'unun evlerinde sigara içtikleri görülmüştür(5,37).

Süt çocuğu ölüm nedenlerinin çoğunun aşı ile önlenabilir hastalıklar olması nedeniyle bebeklerde aşılamanın erken başlaması ve 1 yaşına kadar tamamlanması gerekir. Oysa çalışmamızdaki çocukların "Rutin Aşı Takvimine" uyan aşılama durumuna baktığımızda ancak % 47,1'inin karma aşısı ile % 14,9'unun kızamık aşısı ile aşılandığı görülmüştür(16,37).

Özellikle beslenme bozukluklarının yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de kızamık sırasında meydana gelen viral veya bakteriyel kökenli solunum yolu infeksiyonları göz önüne alındığında kızamık aşısının istendik düzeyde yapılmadığı gözlenmektedir(16).

Çalışmamızda, çocukları hastalandığında % 86,8 annenin tedavi amacıyla ilaç verdiği, % 13,2'sinin ise vermediği görülmüştür.

Çocukları pnömoni olduğunda ilaç kullanan annelerin % 94,2'si antipretik, % 59'u öksürük şurubu, % 23,8'i antibiyotik kullandığı ve %



52,3'ünün ise çocuğu daha önce hastalandığında doktor önerisiyle verilen ilaçları tekrar kullandıkları yine bu annelerin çocuklarına ya kendiliklerinden ilaç verdiği yada daha önce verilen ilaçları tekrar kullandıkları görülmüştür.

Aynı durumun gelişmekte olan ülkelerde pnömonide evde yapılan uygulamalarla ilişkili olduğu ve gereksiz ilaç kullanımının bazı hastalıkları maskeleyebileceği göz önüne alındığında hemşirelerin yapacakları sağlık eğitiminin nedenli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık eğitiminde hemşirelerin aileye öğreteceği olumlu davranışlardan biri de bu husus olmalıdır(23,29,42).

Çocuklarının hastalandıklarını belirlemede annelerin % 100'ü ateşi, % 96,7'si öksürüğü, % 91,7'si de hızlı solunumu kriter olarak ele almışlardır.

Ülkemizde ve yurt dışında pnömoni üzerine yapılan çalışmalarda anneler pnömonide hastalık belirtilerini tanımlarken ateş ve öksürük üzerinde durmuş, en önemli belirti olan hızlı solunumun iyi tanınmadığı veya hiç bilinmediği görülmüştür. Çalışmamızda ise annelerin büyük çoğunluğunun hastalığın en önemli belirtisi olan hızlı solunumu tanımlarıdır. Son yıllarda ülkemizde yapılan Akut Solunum Yolu İnfeksiyonlarını önlemeye yönelik faaliyetlerin sonuçta etkili olduğunu bize düşündürmektedir(18,21,29,42).

Grubumuzdaki annelerin sadece % 14'ü çocuklarının ateşini derece ile ölçmüşler, bu annelerin % 82,4'ü ateş ölçme yeri olarak koltuk altını, % 17,6'sı rektal yolu kullanmıştır.

Ateşi derece ile ölçen annelerin kaç dereceyi yüksek ateş kabul ettikleri araştırıldığında, koltuk altı yolu ile derece alan annelerin sadece % 7,1'i 38,5° C'nin üstünü yüksek ateş olarak kabul ederken, rektal yolla derece alan annelerin ise tamamının yüksek ateş sınırını 38°C'nin üstü olarak kabul ettikleri görülmüştür.

Hemşireler çocukta yüksek ateşin yol açabileceği durumları (febril ateş, dehidratasyon gibi.) düşünerek aile bireylerine derece ile ateş ölçümünün yapılmasının gereğini benimsetmeli, koltuk altı derece 38,5°C'de ise giysilerin hafifletilmesi ve odanın havalandırılması, 39,5°C'nin üstünde olduğunda antipretik verilmesi ve bundan yarım saat sonra da ılık uygulama yapılmasının önemini anlatmalıdır(6,15).

Derece kullanmayan annelerin, çocuklarının ateşini nasıl belirledikleri araştırıldığında % 97,1'i alın ve göğüse elle temas etmeden anlamışlardır. Ateşi belirlemede sonuçlarımıza uygun olarak birçok çalışmada da dokunma ile ölçüm yapıldığı bildirilmektedir(6,15,18,49).

Annelerin ateşlenme durumunda ne yaptıkları araştırıldığında % 76,8'i ilaç vermiş, % 61,1'i soğuk uygulama yapmış, % 56,2'si bir sağlık kuruluşuna götürmüş, % 12,4'ü çocuğun vücudunu sirke, yağ, aspirin-limon karışımı ile ovma, alnına ispirotolu bez koyma gibi ev tedavi yöntemlerini uygulamış, % 4,9'u bol su vermiş, % 2,4'ünün ise aile büyüklerinden fikir aldığı görülmüştür.

Yaman'ın çalışmasında da ateşi düşürmede annelerin çocuğun vücuduna limon-aspirin karışımı ve sirke sürdükleri görülmektedir. Ateşte ilk başvuru olan yöntemin ilaç verme olması düşündürücüdür(49).

Araştırmalar anne sütünün bebekleri birçok hastalıktan koruduğu ve anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda beslenenlere oranla pnömoninin iki kat daha fazla görüldüğünü bildirmektedir. Grubumuzdaki annelerin % 87.9 gibi tamamına yakın bir bölümünün hasta çocuklarını emzirmeye devam etmeleri olumlu bir davranış olarak değerlendirilmiştir(37).

Ateşli çocukta sıvı volümünün azalması, terleme, solunum, buharlaşma, vücut atıkları ile aşırı sıvı kaybı sonucu dehidratasyon gelişimi olabileceğinden çalışmamızdaki annelerin sadece % 45,7'sinin ateşli durumda çocuklarına her zamankinden daha fazla su vermeleri yeterli olmayıp tüm annelerden istenecek bir davranıştır(6).

Çalışma grubumuzdaki annelerin % 98,3 gibi tamamına yakın bir bölümü ateşlenme durumunda çocuklarını soğutma girişiminde bulunmaları olumlu bir yaklaşımdır. Bu amaçla annelerin % 63'ünün giysileri kısmen çıkarma, % 59,6'sının soğuk uygulama yapma, % 29,4'ünün battaniye açma, % 28,5'inin tüm giysilerini çıkarma, % 17,6'sının başlık ve patiğini çıkarma girişimlerinde buldukları görülmüştür.

Annelerin çocuklarının öksürüğü olduğu zaman % 61,1'i doktora götürmüş, % 51,2'si öksürük şurubu vermiş, % 27,2'si daha önce doktor tarafından verilen reçeteyi kullanmış, % 20,6'sı nane-limon, ıhlamur vermiş ve zeytinyağı ile ıslatılmış kağıdı çocuğun göğsüne koymuş, % 1,6'sı viks ile sırtını ovuştur. % 7,4'ünün ise hiçbirşey yapmadığı görülmüştür.

Öksürük akut ve kronik birçok hastalıkların seyrinde görülen bir belirti olduğundan gelişigüzel ilaç kullanılmamalı ve çocuklar sağlık kuruluşlarında veya hekim tarafından değerlendirilmelidir(13).

Annelerin çocuklarının burnu tıkanıdığı zaman % 59,1 gibi yarıdan fazla bir bölümünün çocuklarının burnuna serum fizyolojik damlatmaları uygun bir davranış olarak düşünülmüştür.

Ailelerin çocuklarının hızlı solunumu olduğu zaman % 57,8'i doktora götürmüştür. Hızlı solunumda temiz hava sağlama, çocuğu yarı-fowler oturtma, burnu tıkalı ise açma gibi girişimler az düzeyde gerçekleştirilmiştir. Hızlı solunum gibi ciddi bir problemde ailelerin yarıdan fazlasının çocuklarını doktora götürmeleri yeterli olmayıp tüm ailelerden istenecek davranıştır.

Annelerin % 73,2'si çocuklarının kusması olduğu zaman hiçbirşey yapmamıştır.

Annelerin eğitim düzeyi ve pnömoni tanısı ile hastahane yatmakta olan çocuklara evde yapılan girişim ve tutumlar karşılaştırıldığında:

Annelerin eğitim düzeyi ile evde sigara içimi arasında anlamlılık olmadığı ( $p > 0.05$ ),

Eğitim düzeyi yükseldikçe aşı kartı tutulmasının ve karma aşı yaptırmanın ileri derecede anlamlılık gösterdiği ( $p < 0.001$ ), kızamık ile aşılanmanın ise anlamlılık gösterdiği ( $p < 0.05$ ),

Evde çocuğu hastalandığında ilaç kullanımının annenin eğitim düzeyi ile anlamlılık göstermediği ( $p > 0.05$ ),

Derece kullanma ve okumanın eğitim düzeyi yüksek annelerde ileri derecede anlamlılık gösterdiği ( $p < 0.001$ ),

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuğun ateşi olduğunda yapılan girişimlerin arasında anlamlılık olmadığı ( $p > 0.05$ ),

Aynı sonucun ateşli çocuğun emzirilmesinde de karşımıza çıktığı ( $p > 0.05$ ),

Keza öksürük, zorlu solunum, burun tıkanıklığı ve kusmada yapılan girişimlerin annenin eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığı gözlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

Aile tipi ve pnömoni tanısı ile hastahane de yatmakta olan çocuklara evde yapılan girişim ve tutumlar karşılaştırıldığında:

Çocukların geniş aile tipinde anne-baba ile aynı odayı paylaşmalarının ileri derecede anlamlılık gösterdiği ( $p < 0.001$ ),

Aile tipi ile evde sigara içimi arasında anlamlılık olmadığı ( $p > 0.05$ ),

Aynı sonucun aile tipi ile annelerin çocuklarına evde ilaç kullanımı arasında da görüldüğü ( $p > 0.05$ ),

Çekirdek veya geniş aile tipinin çalışma kapsamında ele alınan öksürük, burun tıkanıklığı, zorlu solunum, kusma durumundaki girişimleri etkilemediği görülmüştür ( $p > 0.05$ ).



## SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar

Annelerin pnömoni infeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına evde yaptıkları girişim ve uygulamaları belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu noktalarda toplanmaktadır:

Çalışma kapsamındaki çocukların 52'si kız, 69'u erkek olup, 0-1 yaş arasında yoğunlaştığı görülmüştür.

Annelerin; tamamına yakın bölümünün 35 yaş altında, yarıdan fazlasının ilkokul mezunu, tamamının ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Babaların yarıdan fazlası ilkokul mezunu ve gelir düzeyi düşük işlerde çalışmaktadır.

Ailelerin yarıdan fazlası sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olduğunu bildirmiştir.

Tedaviye alınan çocukların 1/3'ünün ailelerin ilk çocukları olduğu görülmüştür.

Sigaranın solunum yollarına olumsuz etkisine karşın ailelerin

büyük bir kısmının evlerinde sigara içtikleri belirlenmiştir.

Çocuklara uygulanan rutin aşı takvimindeki aşuların yeterli düzeyde yapılmadığı görülmüştür.

Ailelerin çocuklarına doktor önerisi olmadan ilaç kullanımları oldukça yaygındır.

Annelerin, öksürük, hızlı solunum gibi pnömoni belirtilerini farkettikleri görülmüştür.

Annelerin çoğunlukla ateşi dokunma yolu ile belirledikleri, çok azının derece kullandıkları anlaşılmıştır.

Ateşi düşürmek için anneler; çocuklarına ilk önce ilaç vermekte sonra soğuk uygulama yapmakta, en son olarak da bir sağlık kuruluşuna götürmektedirler.

Emziren annelerin yarısından fazlası çocukları hasta iken anne sütüne devam etmektedirler.

Ateşlenme durumunda çocuklara verilen su yeterli düzeyde değildir. Anneler çocuklarının öksürüğünde de gelişigüzel ilaç vermektedirler.

Burun tıkanıklığında annelerin yarısından fazlası çocuklarının burununa serum fizyolojik damlatmaktadır.

Anneler daha çok çocukta hızlı solunum olduğunda doktora götürmektedirler.

### **Öneriler**

Çalışmamız, ülkemizdeki Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin yeterli düzeyde olmadığı, aşılama, infeksiyon hastalıklarıyla mücadele ve aile eği-

timinde hala istenilen düzeye ulaşılmadığını göstermektedir.

Annelerin çoğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu ve pnömoni hakkında yeterli bilgileri olmadığı belirlendiğinden hemşireler annelere pnömoni hakkında aydınlatıcı eğitim yapmalıdır.

Annenin eğitim süresince:

Çocuklarının aşılarının düzenli yapılmasının önemi,

Evde içilen sigaranın çocuğun solunum yolunu irrite edebileceği,

Pnömonide erken belirtilerin farkedilmesinin ve erken tedaviye başlamanın önemli olduğu, aksi takdirde hastalığın öldürücü olabileceği,

Pnömoninin en önemli belirtilerinden solunum hızlanmasının üzerinde durulmalı ve bu konuda anneye şunlar öğretilmelidir; çocuğun dakikada 50'nin üzerinde solunum yapması veya basitçe kendisinin her bir solunumuna karşın çocuğun aynı anda 2-3 kez solunum yapması gerektiği ve böyle bir durumda derhal bir sağlık kuruluşuna baş vurulmasının önemi anlatılmalıdır.

Annelerin çocuğa gelişigüzel ilaç vermelerinin hastalıkları maskeleyebileceği ve yanlış olduğu,

Ateş okumada derece kullanımı,

Ateş düşürmede koltuk altı derece (38°C ve 39°C arasında) ise giysilerin hafifletilmesi ve odanın havalandırılması, 39°C'nin üstünde olduğunda antipretik verilmesi, 39,5°C'nin üstünde olduğunda ise antipretik verildikten yaklaşık yarım saat sonra da ılık uygulama yapılmasının gereği öğretilmelidir.



## Ö Z E T

---

Araştırmamız, annelerin pnömoni infeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına evde yaptıkları girişim ve uygulamaları belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, İstanbul'da İstanbul Üniversitesine bağlı Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarında ve Sağlık Bakanlığı Haseki Hastanesi Çocuk Kliniğinde 0-6 yaş grubu pnömoni tanısı konmuş ve yatmakta olan rastlantısal yöntemle seçilen 121 çocuk annesine anket uygulanarak yürütülmüştür.

Anket formundan elde edilen veriler IBM uyumlu bir bilgisayarda Epi-Info (version 5.01b) paket programı kullanılarak yüzdeler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda annelerin pnömoninin erken evrelerinde evde gelişigüzel ilaç kullandıkları, pnömoni belirtilerinden hızlı solunumu diğer çalışmaların aksine bildikleri, ailelerin çoğunun evde sigara içtikleri, çocuklara uygulanan rutin aşı takvimindeki aşılardan yeterli düzeyde yapılmadığı, annelerin çoğunlukla ateşi dokunma yolu ile belirledikleri ve çok azının derece kullandığı, ateşi düşürmek içinde ilk olarak ilaç verdikleri, süt çocuklarında ateşli durumda çoğunlukla annenin emzirmeyi sürdürdüğü fakat su alımının az olduğu, hastalık belirtilerinden solunum hızlanmasında daha çok doktora götördükleri bulunmuştur.

## **SUMMARY**

---

This investigation was occured to detect that mothers of children associated with pneumoniae (age of 0-6) did for their children at home, like administration etc.

The investigation performed in Pediatri Clinics of Medicine Faculty of Istanbul and Cerrahpaşa and in Haseki Hospital - which belongs to Health Ministry in Istanbul. This investigation was carried out among the mothers of 121 inpatient children associated with pneumoniae of age 0-6 by inquiringly.

The datas were evaluated by a computer as IBM Epi-info (version 5.01b) and using chi-square test.

The investigation showed that:

- 1- The mother gave their children medicine irregularly especially at the begining of the illness,
- 2- They know more a bout tachypne than the other semptoms,
- 3- Most of the family was smoker,

4- Absence of vaccination (especially routine vaccines),

5- Most of the mothers detect the fever by not measuring by touching and gave drugs for decreasing the fever,

6- When their had fever, they continued breast feeding with giving water less,

7- When they notice tachypne, they lead their children to a doctor.



## KAYNAKLAR

---

- 1- \_\_\_\_\_: Acute Respiratory Infection (ARI) In Children-Case Management And The Role Of Drug Therapy. The Prescriber, UNICEF, Number Three, August Issue, (1992).
- 2- \_\_\_\_\_: Advise Mother To Give Home Care. Management Of The Young Child With An Acute Respiratory Infection. WHO, (1991).
- 3- Akın, L.: Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığının Değerlendirilmesi. Sağlık Dergisi (Sağlık Bakanlığı), 64:1, s:37-43, (1992).
- 4- Akın, L.: Çankırı İlinde Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Üzerine Bir Çalışma. (Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (1989).
- 5- Aksakoğlu, G.: Birincil Sağlık Hizmetinde Pnömoni. T.T.B. İzmir Tabib Odası Bilim-Eğitim Komisyonu Yayınları- 1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir, (1991).
- 6- Aydemir, G.: 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Ateşlenme Durumunda Evde Bakıma İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi. Türk Hemşireler Dergisi, 3:42, s: 27-31, (1992).

- 7- \_\_\_\_\_: Basic Principles For Control Of Acute Respiratory Infections In Children In Developing Countries. WHO, Geneva, (1986).
- 8- Bayık, A.: Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Ailelerde Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Belirtilerine İlişkin Korunma ve Sağlık Uygulamaları. Ege Üniversitesi H.Y.O. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir, s: 734, 12-14 Eylül, (1990).
- 9- Baykal, Y.: Çocuk Ölümünde En Önemli Hastalık: Pnömoniler. Sağlık Dergisi (S.S.Y.B), 60:1, s: 43-45, (1988).
- 10- Berman, S., et al: "Acute Lower Respiratory Tract İllness In Cali, Colombia, A Two Year Ambulatory Study", Pediatrics, Vol: 71, s: 210-218, (1983).
- 11- Cura, A.: Bebek ve Çocukta Akut Pnömoni Sağlıkımı. Çeşitli Pediatrik Enfeksiyonlarda Güncel Sağlıkım Yöntemleri, Wheth Laboratuvarları, (1984).
- 12- \_\_\_\_\_: Çocuklarda Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları: Sağlık Kuruluşlarında Tanı ve Tedavi. Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanları İçin Rehber. Çev: L.Akın, D.Haznedaroğlu, Pelin Ofset, Ankara, Haziran (1992).
- 13- \_\_\_\_\_: Çocuklarda Akut Solunum Yolları Enfeksiyonları. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. UNICEF Türkiye Temsilciliği ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünün Önerisi ve Destegi ile İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, (1992).
- 14- Douglas, R.M.: Acute Respiratory Infections In Children In The Developing World. Semin Respir Infect 6(4), s:217-24, December, (1991).

- 15- Dramalı, A., Alak, V.: Ateşli Çocuklarda Annelerin Bakıma İlişkin Uygulamalarının Saptanması. Ege Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 3:2, (1987).
- 16- \_\_\_\_\_: Dünya Çocuklarının Durumu. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), (1986).
- 17- \_\_\_\_\_: Dünya Çocuklarının Durumu. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), (1991).
- 18- Egemen, A., Enünlü, T.: Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Mart (1989).
- 19- Erdal, E., Yetişin, A.: 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Çocukluk Hastalıklarında Kullandıkları Kendikendine Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi H.Y.O. II. Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir, s:867, 12-14 Eylül (1990).
- 20- Farımaz, F., Erdemir, F.: C.Ü.Hastahanesine Bronkopnömoni Tanısı İle Yatmış Çocukların Annelerinin Bronkopnömoniye İlişkin Bilgileri. Ege Üniversitesi H.Y.O. II. Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir, s: 609, 12-14 Eylül (1990).
- 21- \_\_\_\_\_: Focus Group Discussions On Women's Perceptions And Practices. ARI Among Children In Bangladesh, UNICEF.
- 22- \_\_\_\_\_: Gelişmekte Olan Ülkelerde Çocukluk Çağı Ağır Pnömoni-lerinin Etyolojisi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, s:1, Ankara, 10 Ocak (1990).
- 23- \_\_\_\_\_: Gelişmekte Olan Ülke Çocuklarında Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Tedavisi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, s:1, Ankara, 11 Ocak (1991).

- 24- Glezen, W.P., et.al.: "Epidemiological Pattern Of Acute Lower Respiratory Disease Of Children In A Pediatric Group Practice", Journal Of Pediatrics, Vol: 78, s:397-406, (1971).
- 25- Göçmen, A., Çetinkaya, F., Ustaçelebi, Ş., Us, D.: The Role Of Viruses And Mycoplasma Pneumoniae In Lower Respiratory Tract Infections In Childhood. The Turkish Journal Of Pediatrics. 34: 71-78, (1992).
- 26- Görak, G., Erdoğan, S., Savaşer, S., Çakıroğlu, S.: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Ed: H.Seçim, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları. Eskişehir, (1992).
- 27- Gün, İ., Çetinkaya, F., Öztürk, Y.: Kıranardı Kasabasında 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Prevelansı. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1:191-205, (1990).
- 28- \_\_\_\_\_: Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000. Avrupa Bölgesi "Herkes İçin Sağlık" Stratejisi Hedefleri, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi Kopenhag, (1986).
- 29- Kartoğlu, Ü., Gönendik, H., Önde, U.: Ulusal Çocuk Sağlığı Programlarında Toplum İletişimin Değerlendirilmesi. Kitle, Kurumlar ve Kişiler Arası İletişim, Mesaj Belirlenmesi ve Dağıtım Konusunda Odak Grup Görüşmeleri, Ankara, 16-28 Nisan (1989).
- 30- Kaya, İ.S., Göçmen, A.: Akut Alt Solunum Yolu Hastalığı Tanısı İle Bir Yıl İçinde Hacettepe Çocuk Hastanesine Yatırılan Hastaların Değerlendirilmesi. XX. Türk Pediatri Kongresi, Pediatrik Pnömonoloji, İstanbul, 22-26 Haziran, (1981).
- 31- Khan, A.J., Khan, J.A., Akbar, M., Addiss, D.G.: Akute Respiratory Infections In Children. A Case Management Intervention In Abbattabad District, Pakistan. Bulletin Of The World Health Organization, 68(5): 577-585, (1990).

- 32 - Leowski, J.: Mortality From Acute Respiratory Infections In Children Under 5 Years Of Age: Global Estimates, World Health Stat, 39: 138-144, (1986).
- 33 - Mash, J.B., Dickens, M., R.N., M.S.: Armstrong And Browder's Nursing Care Of Children F.A. Davis Company, Philadelphia, (1973).
- 34 - Neyzi, O., Ertuğrul, T.: Pediatri I. Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, İstanbul, (1989).
- 35 - \_\_\_\_\_: Nursing Care Of Children With Pneumonia. ARI News, Issue 17, August (1990).
- 36 - \_\_\_\_\_: Recognising Causes And Signs Of Pneumonia, ARI News, Issue 24, November (1992).
- 37 - \_\_\_\_\_: Sağlığa Ulaştıran Gerçekler. UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara, Nisan (1991).
- 38 - Shann, F., Gratten, M., Germer, S., Linnemann, V., Hazlett, D., Payne, R.: Aetiology Of Pneumonia In Children In Goraka Hospital, Papua New Guinea. The Lancet, Vol:8, September (1984).
- 39 - Shann, F., Hart, K., Thomas, D.: Acute Lower Respiratory Tract Infections In Children: Possible Criteria For Selection Of Patients For Antibiotic therapy And Hospital Admission. Bulletin Of The World Health Organization. 62(5): 749-753, (1984).
- 40 - Simoes, E., Mc Grath, E.: Recognition Of Pneumonia By Primary Health Care Workers In Swaziland With A Simple Clinical Algorithm. The Lancet, Vol: 340: December 19-26 (1992).
- 41 - Sutmoller, F., et. al.: "Viral Etiology Of Acute Respiratory Disease In Rio de Janeiro First Two Years Of Longitudinal Study". Bulletin Of World Health Organization. Vol: 61: 845, (1983).



- 42- Tupasi, T.E., Miguel, C.A. And Others: Child Care Practices Of Mothers: Implications For Intervention In Acute Respiratory Infections. *Annals Of Tropical Pediatrics*. 9:82-88, Great Britain, (1989).
- 43- Tupasi, T., Velmonte, M. and Others: Determinants Of Morbidity And Mortality Due To Acute Respiratory Infections: Implications For Intervention. *The Journal Of Infections Diseases*. Vol: 157:4, April (1988).
- 44- Tümerdem, Y.: Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, (1992).
- 45- \_\_\_\_\_: Türkiye’de Bebek Ölümleri. Ed: E. Tunçbilek, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Semih Ofset, Ankara, (1988).
- 46- Wall, R.A., et.al.: "The Aetiology of Lobar Pneumonia In Gambia". *Bullettin Of World Health Organization*. Vol: 64: 553, (1983).
- 47- Williams, H.E., Phelan, P.D.: *Respiratory Illness In Children*. Blackwell Scientific Publications, 1. Baskı, Oxford, (1975).
- 48- Yalçın, R.C., Aksayürek, Ç.: Çocuklarda Lober Pnömoni. *Sağlık Dergisi (S.S.Y.B)*, 57: 1-9, 31-39, (1983).
- 49- Yaman, S.: "Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren 0-2 Yaş Grubu Çocuklarına Yaptıkları Uygulamalar". Hemşirelik Programı (Bilim Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1990).
- 50- \_\_\_\_\_: "2000 Yılında Herkese Sağlık" Türkiye Milli Sağlık Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Nisan (1990).

**EK - 1**  
**ANKET FORMU**

**Sorular**

- 1- Protokol No:
- 2- Tanı:
- 3- Çocuğun Adı- Soyadı:
- 4- Sağlık Kuruluşu:
  - 1- İ.Ü.Cerrahpaşa Çocuk Kliniği
  - 2- İ.Ü. Çapa Çocuk Kliniği
  - 3- S.B. Haseki Hastanesi Çocuk Kliniği
- 5- Çocuğun Cinsiyeti:
  - 1- Kız
  - 2- Erkek
- 6- Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı:
  - 1- 1-12 ay
  - 2- 13-24 ay
  - 3- 25-36 ay
  - 4- 37-48 ay
  - 5- 49-72 ay
- 7- Çocuğun yaşı:
- 8- Annenin yaşı:
  - 1- 17-24
  - 2- 25-34
  - 3- 35-44
- 9- Annenin eğitim düzeyi:
  - 1- Okur-yazar değil
  - 2- İlkokul mezunu
  - 3- Ortaokul mezunu
  - 4- Lise mezunu
- 10- Annenin işi:
  - 1- Ev hanımı
  - 2- Memur

- 3- İşçi
  - 4- Yönetici
  - 5- Serbest Meslek
- 11- Babanın eğitim düzeyi:
- 1- Okur-yazar değil
  - 2- İlkokul mezunu
  - 3- Ortaokul mezunu
  - 4- Lise mezunu
  - 5- Yüksek okul mezunu
- 12- Babanın işi:
- 1- İşçi
  - 2- Memur
  - 3- Çiftçi
  - 4- Serbest meslek
  - 5- İşsiz
- 13- Kaç yıldan beri İstanbul'da oturuyorsunuz?
- 1- Doğduğumdan beri
  - 2- 1 yıldan az
  - 3- 1-4 yıl
  - 4- 5-9 yıl
  - 5- 10 yıl ya da daha fazla
- 14- Oturduğunuz ev tipi nedir?
- 1- Müstakil ev
  - 2- Apartman katı
  - 3- Bodrum katı
  - 4- Gecekondu
- 15- Evinizde aşağıdakilerden hangisi vardır?
- 1- Oturup yemekte yiyebileceğimiz büyüklükte mutfak
  - 2- Yalnız yemek pişirmek için mutfak
  - 3- Ev içinde tuvalet
  - 4- Ev içinde banyo
  - 5- Banyoda duş
- 16- Mutfak, tuvalet ve banyo dışında, salon dahil evinizde kaç oda var?
- 1- Bir oda

- 2- İki oda
  - 3- Üç oda
  - 4- Dört oda
  - 5- Beş ve daha fazla oda
- 17- Evinizin ısıtma sistemi nasıl?
- 1- Sobalı
  - 2- Kaloriferli
  - 3- Diğer (Açıklayınız).....
- 18- Aile tipi:
- 1- Çekirdek aile
  - 2- Geniş aile
  - 3- Parçalanmış aile
- 19- Kaç çocuğunuz var?
- 1- Bir tane
  - 2- İki tane
  - 3- Üç Tane
  - 4- Dört tane
  - 5- Beş ve daha fazla
- 20- Hasta olan çocuk kaçınıcı çocuğunuz?
- 1- Birinci çocuk
  - 2- İkinci çocuk
  - 3- Üçüncü çocuk
  - 4- Dördüncü çocuk
  - 5- Beşinci ve daha sonraki çocuk
- 21- Çocuğunuz nerede yatıyor?
- 1- Kendi odasında
  - 2- Anne-baba ile aynı odada
  - 3- Aile büyükleri (anneanne, babaanne) ile aynı odada
  - 4- Kardeşleri ile aynı odada
- 22- Çocuğunuzun kendine ait yatağı var mı?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 23- Ailenizin ekonomik düzeyi nasıl?
- 1- Çok iyi

2- İyi

3- Orta

4- Kötü

24- Evinizde sigara içen var mı?

1- Var

2- Yok

25- Çocuğunuza aşı kartı tutuyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

26- Çocuğunuzun karma aşılarını yaptırdınız mı?

1- Evet

2- Hayır

27- Çocuğunuzun kızamık aşısını yaptırdınız mı?

1- Evet

2- Hayır

28- Hastahaneye gelmeden önce çocuğunuzun iyileşmesi için herhangi bir ilaç verdiniz mi?

1- Evet

2- Hayır

29- Cevabınız Evet ise verdiğiniz ilaç türünü hatırlayabiliyor musunuz?

1- Antipiretik

2- Öksürük şurubu

3- Antibiyotik (penisilin)

4- Daha önceki reçeteyi kullandım

30- Çocuğunuzun hasta olduğunu hangi kriterlere göre belirlediniz?

1- Ateş

2- Öksürük

3- Hızlı solunum

4- İştahsızlık

5- Huzursuzluk ve ağlama

6- Havale geçirme

7- Diğer (Açıklayınız).....

31- Cevabınız yüksek ateş ise ateşi derece ile mi ölçtünüz?

1- Evet

2- Hayır

- 32- Derece okumayı biliyor musunuz?  
1- Evet  
2- Hayır
- 33- Ateşi derece ile ölçtüyseniz ölçümü nereden yaptınız?  
1- Koltuk altından  
2- Ağızdan  
3- Makattan
- 34- Koltuk altı yolu ile derece aldıysanız kaç dereceden sonra yüksek ateş kabul ettiniz?  
1- 37°C  
2- 37,5°C  
3- 38°C  
4- 38,5°C  
5- Diğer (Açıklayınız).....
- 35- Makattan derece aldıysanız kaç dereceden sonra yüksek ateş kabul ettiniz?  
1- 37,5°C  
2- 38°C  
3- 38,5°C  
4- 39°C  
5- 39,5°C  
6- Diğer (Açıklayınız).....
- 36- Ateşi derece ile ölçmediyseniz nasıl anladınız?  
1- Elimi göğsüne ve alına koyarak  
2- Genel görünüşünden  
3- Yanaklardaki kızarıklıktan  
4- İştahındaki değişiklikten  
5- Dalgın olmasından
- 37- Çocuğunuz ateşlendiğinde ilk olarak ne yaptınız?  
1- İlaç verdim (aspirin, fitil, antibiyotik vs.)  
2- Soğuk uygulama yaptım  
3- Hastahaneye (doktora) götürdüm  
4- Bol su verdim  
5- Aile büyüklerine danıştım

- 6- Üşümemesi için üstünü örttüm  
7- Diğer (Açıklayınız).....
- 38- Çocuğunuz ateşlendiğinde emzirmeye devam ettiniz mi?  
1- Evet  
2- Hayır
- 39- Çocuğunuz ateşlendiğinde su verdiniz mi?  
1- Evet  
2- Hayır
- 40- Cevabınız Evet ise ne kadar su verdiniz?  
1- Her zamankinden fazla  
2- Her zamanki kadar  
3- İsteddiği zaman  
4- Her zamankinden az
- 41- Çocuğunuz ateşli iken sizce soğuk tutulmalı mı?  
1- Evet  
2- Hayır
- 42- Cevabınız Evet ise nasıl soğuk tutulmalı?  
1- Giysilerini kısmen çıkararak  
2- Soğuk uygulama yaparak  
3- Battaniyesini açarak  
4- Tüm giysilerini çıkararak  
5- Başlık ve patiğini çıkararak
- 43- Cevabınız Hayır ise nasıl sıcak tutulmalı?  
1- Başlığını ve patiğini giydirerek  
2- Battaniyesini örtterek  
3- Sobayı yakarak  
4- Diğer (Açıklayınız)
- 44- Çocuğunuzun öksürüğü olduğu zaman ne yaptınız?  
1- Doktora götürdüm  
2- Öksürük şurubu verdim  
3- Daha önceki reçeteyi kullandım  
4- Viks ile sırtını ovdum  
5- Bol su verdim  
6- Hiçbir şey yapmadım  
7- Diğer (Açıklayınız).....

45- Çocuğunuzun burnu tıkanığı zaman ne yaptınız?

- 1- Burnuna serum fizyolojik damlattım
- 2- Doktora göturdüm
- 3- Burnunu çöple açtım
- 4- Burnunu kağıt mendille fitil yaparak temizledim
- 5- Diğer (Açıklayınız).....

46- Çocuğunuzun hızlı solunumu olduğu zaman ne yaptınız?

- 1- Doktora göturdüm
- 2- Yatarken sırtına destek koydum
- 3- Odasını sık sık havalandırdım
- 4- Burnu tıkalı ise açtım
- 5- Büyüklerime danıştım
- 6- Hiçbir şey yapmadım
- 7- Diğer (Açıklayınız).....

47- Çocuğunuzun kusması olduğu zaman ne yaptınız?

- 1- Doktora göturdüm
- 2- Nane-limon kaynattım
- 3- Sulu yiyecekler verdim
- 4- Hiçbir şey yapmadım
- 5- Diğer (Açıklayınız).....

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM VE İLKÖĞRETİM BAKANLIĞI  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ



## Ö Z G E Ç M İ Ş

---

1964 yılında İzmir'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmir'de, lise öğrenimini Bandırma'da tamamladı.

1984 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okuluna girdi. 1988 yılında mezun oldu. Eylül 1989 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde Hemşire olarak göreve başladı. Halen aynı görevi sürdürmektedir.

Leyla Yalım bekar olup, İngilizce bilmektedir.