

40348

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DOĞANKENT SOLAKLI ve YÜZBAŞI
SAĞLIK OCAKLARI BÖLGESİNE GELEN
MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN 1-6 YAŞ
ÇOCUKLARINDA MALNÜTRİSYON
PREVALANSI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Tez Yöneticisi : Prof.Dr. Muhsin AKBABA

DR. Tacettin İNANDI
UZMANLIK TEZİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM
DOKÜMANTASYON BİRİMİ

ADANA-1995

İÇİNDEKİLER

Konu Adı	Sayfa No
Tablolar Listesi.....	V
Şekiller Listesi.....	VI
A-Giriş ve Amaç	1
A.1: Çocuklara Birinci Öncelik İlkesi.....	1
A.2: Mevsimlik Tarım İşçileri ve Beslenme Durumları	2
A.3: Amaç.....	3
B-Genel Bilgiler.....	4
B.1: Beslenme Bilgisi.....	4
B.1.1: Temel Besin Maddeleri.....	4
B.1.1.1: Su.....	5
B.1.1.2: Proteinler.....	5
B.1.1.3: Karbonhidratlar.....	6
B.1.1.4: Yağlar.....	6
B.1.1.5: Mineraller.....	6
B.1.1.6: Vitaminler.....	6
B.1.2: Bebeklik ve Çocukluk Çağında Beslenme.....	7
B.1.2.1: Bebeklik Çağında Beslenme.....	7
B.1.2.1.1: Doğal Beslenme.....	8
B.1.2.1.1.1: Emzirme Tekniği.....	9
B.1.2.1.1.2: Bebeğin Meme Alamama Nedenleri	10
B.1.2.1.1.2.a: Anneye İlişkin Nedenler.....	10
B.1.2.1.1.2.b: Bebeğe İlişkin Nedenler.....	12
B.1.2.1.1.3: Anne Sütünün Yeterliliğinin Belirlenmesi	12
B.1.2.1.1.4: Anne Sütünden Kesme.....	13
B.1.2.1.1.5: Ek Besine Başlama.....	13
B.1.2.2: Karışık Beslenme	15
B.1.2.3: Yapay Beslenme.....	15

B.1.2.1.4:Bebeklik Döneminde Beslenme Sorunları.....	15
B.1.2.2: Bir Altı Yaş Arası Beslenme.....	16
B.2: Bebek ve Çocuklarda Beslenme Sorunları.....	18
B.2.1: Beslenme Epidemiyoloj i.....	18
B.2.2: Beslenme Hastalıklarında Klinik Belirtiler.....	20
B.2.3: Protein Enerji Malnutrisyonu.....	22
B.2.4: Vitamin Eksiklikleri.....	22
B.2.4.1: A Vitamini Eksikliği.....	22
B.2.4.2: B Kompleks Vitamini Eksiklikleri.....	24
B.2.4.3: C Vitamini Eksikliği.....	25
B.2.4.4: D Vitamini Eksikliği.....	25
B.2.4.5: K Vitamini Eksikliği.....	26
B.2.5: Mineral Eksiklikleri.....	26
B.2.5.1: Demir Eksikliği.....	26
B.2.5.2: İyot Eksikliği.....	27
B.2.5.3: Çinko Eksikliği.....	27
B.2.5.4: Flor Eksikliği.....	27
B.2.5.5: Kalsiyum Eksikliği.....	28
B.2.5.6: Sodyum Eksikliği.....	28
B.2.5.7: Potasyum Eksikliği.....	28
B.2.5.8: Klor Eksikliği.....	28
B.2.5.9: Magnezyum Eksikliği.....	28
B.3: Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler.....	29
B.3.1: Sağlık Hizmetleri.....	29
B.3.2: Sağlık Politikaları.....	30
B.3.3: Sağlık Eğitimi.....	31
B.3.4: Ailenin Sosyal ve Ekonomik Durumu.....	32
B.3.5: Bulaşıcı Hastalıklar.....	33
B.3.6: Fizik Çevreye İlişkin Nedenler.....	34
B.3.7: Bağışıklama	34
B.3.8: Diğer Nedenler.....	35

B.4: Beslenme Sorunlarının Saptanması.....	36
B.4.1: Beslenme, Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi.....	36
B.4.2: Büyüme İzlemede Kullanılan Ölçütler.....	37
B.5: Dünya Çocuklarının Durumu	39
B.5.1: Çocuk Sağlığı ve Yoksulluk, Nüfus ve Fizik Çevre Sorunları.....	39
B.5.2: Çocuk Sağlığı ve Savaşlar....	39
B.5.3: Çocuk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Hizmetleri.....	40
B.5.4: Çocuk Sağlığı ve Bulaşıcı Hastalıklar.....	40
B.5.5: Çocuk Sağlığı ve Eğitim.....	41
B.5.6: Çocuklar İçin Dünya Zirvesi ve Beslenme Hedefleri.....	42
B.6: Türkiye Çocuklarının Durumu.....	43
B.6.1: Türkiye’de Nüfus Politikası.....	43
B.6.2: Çocuklar İçin Dünya Zirvesi ve Türkiye.....	44
B.6.3: Türkiye’de Eğitim Durumu	46
C-Gereç ve Yöntem.....	48
C.1: Yer ve Zaman.....	48
C.2: Ekip.....	48
C.3: Yöntem.....	48
C.4: Araştırmanın Tipi.....	49
C.5: Kriterler	50
C.6: Araştırma Desteği	50
D-Bulgular.....	51
D.1: Sosyo-Demografik Bulgular.....	51
D.1.1: Geldikleri İllere Göre Dağılım.....	51
D.1.2: Anne-Babaların Yaş Dağılımı.....	51
D.1.3: Anne-Babaların Eğitim Durumu.....	52
D.1.4: Anne-Babaların Türkçe Bilme Durumları.....	53
D.1.5: Ailelerin Yaş ve Çalışma Durumu.....	53
D.1.6: Ailelerin Ekonomik Durumları.....	54
D.1.6: Akraba Evlilikleri Durumu.....	54

D.2: Ana-Çocuk Sağlığı Bulguları.....	55
D.2.1: Son İki Gebelik Arasındaki Süre.....	55
D.2.2: Gebelik Dönemi Annenin Zararlı Alışkanlıkları ve Hastalıkları.....	55
D.2.3: Doğumların Yapıldığı Yere Göre Dağılımı.....	56
D.2.4: Canlı Doğum Durumu	56
D.2.5: Düşük Sayısı Durumu.....	57
D.2.6: Memlekette Kalan Çocuk Durumu.....	57
D.2.7: Çocuk Ölümlerinin Yaşa Dağılımı.....	58
D.2.8: Çocuk Ölüm Nedenleri.....	59
D.2.9: Anne-Sütü Verme Durumu.....	59
D.2.10: Ek Besine Başlama Zamanı.....	60
D.2.11: Sık Geçirilen Hastalıklar.....	60
D.2.12: Bağışıklama Durumu.....	61
D.3: Fizik Muayene Bulguları.....	62
D.3.1: Antropometrik Ölçüm Sonuçları.....	62
D.3.1.1: Yaşa Göre Ağırlık Durumu.....	62
D.3.1.2: Yaşa Göre Boy Durumu.....	63
D.3.1.3: Kol Çevresi Ölçümleri.....	64
D.3.2: Hematokrit Ölçümleri.....	65
D.3.3: Fizik Muayenede Saptanan En Sık On Hastalık.....	65
E-Tartışma.....	66-82
F-Sonuç.....	83-85
Öneriler.....	86
Özet(Türkçe).....	87
Özet(İngilizce).....	88
Soru Kağıdı	89-92
Kaynaklar.....	93-97

Tablo.1: 0-6 Yaş Çocuklarda Başlıca Günlük Vitamin Gereksinimleri.....	7
Tablo.2: Çocuklarda Günlük Enerji, Protein, Karbonhidrat ve Yağ Gereksinimi.....	7
Tablo.3: Mevsimlik Tarım İşçilerinin Geldikleri İllere Göre Dağılımı.....	51
Tablo.4: Anne-babaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo.5: Anne-babaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo.6: Anne-babaların Türkçe Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo.7: Ailelerin Yaş ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo.8: Evliliklerin Akrabalık Durumuna Göre Dağılımı.....	54
Tablo.9: Son İki Gebelik Arasındaki Süreye Göre Dağılım.....	55
Tablo.10: Annenin Gebelik Dönemi Zararlı Alışkanlıkları.....	55
Tablo.11: Doğumların Yapıldığı Yere Göre Dağılımı.....	56
Tablo.12: Canlı Doğum Sayısına Göre Dağılım.....	56
Tablo.13: Düşük Sayısına Göre Dağılım.....	57
Tablo.14: Memlekette Bıraktıkları Çocuk Durumuna Göre Dağılım.....	57
Tablo.15: İlkokuldan Ayırarak Getirdikleri Çocuk Durumuna Göre Dağılım.....	58
Tablo.16: Ölen Çocukların Yaşa Dağılımı.....	58
Tablo.17: Ölen Çocukların Ölüm Nedenine Göre Dağılım.....	59
Tablo.18: Anne Sütü Verme Süresine Göre Dağılım.....	59
Tablo.19: Ek Besine Başlama Zamanına Göre Dağılım.....	60
Tablo.20: Çocukların En sık Geçirdikleri Hastalıklar.....	60
Tablo.21: Çocukların Bağışıklama Durumu.....	61
Tablo.22: Erkek Çocukların Yaşa Göre Ağırlık Durumu.....	62
Tablo.23: Kız Çocukların Yaşa Göre Ağırlık Durumu.....	63
Tablo.24: Erkek Çocukların Yaşa Göre Boy Durumu.....	63
Tablo.25: Kız Çocukların Yaşa Göre Boy Durumu.....	65
Tablo.26: Çocukların Kol Çevresine Göre Malnutrisyon Durumu.....	65
Tablo.27: Çocukların Hematokrit Durumu.....	65
Tablo.28: Fizik Muayene İle Saptanan En Sık On Hastalık.....	66

Şekil.1: Dünyada Okul Öncesi Çocuklarda Yıllara Göre Ağırlık Bakımından Gerilik Yüzdesi.....	18
Şekil.2: Yıllara Göre Dünyada Kronik Beslenme Riski Altındaki Nüfus.....	19
Şekil.3: Bölgelere Göre Dünyada Kişi Başına Günlük Enerji Tüketimi.....	20
Şekil.4: Gelişmekte Olan Ülkelerde Beş Yaş Altı Çocuklarda İlk 5 Ölüm Nedeni (1992).....	41
Şekil.5: Yıllara Göre Toplam Doğurganlık.....	43
Şekil.6: Türkiye ve Komşu Ülkelerin 5 Yaş Altı Ölüm Oranları ve Kişi Başına Düşen Gayri Sarfi Milli Hasıla (1992).....	45
Şekil.7: Yıllara Göre Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı ve Beş Yaşından Küçük Ölüm Hızı.....	46
Şekil.8: Türkiye İle Komşularının Eğitim Düzeyi ve Beş Yaşından Küçük Ölüm Oranı.....	47
Şekil. 9: Mevsimlik Tarım İşçilerinin Geldikleri İllere Göre Dağılımı.....	68
Şekil. 10: Mevsimlik Tarım İşçisi ve Türkiye’de Kadınların Eğitim Durumu.....	70
Şekil 11: Mevsimlik Tarım İşçisi ve Türkiye Geneli Erkeklerin Eğitim Durumu.....	70
Şekil 12: Çalışanların Yaşa Dağılımı.....	71
Şekil 13: Evliliklerde Akrabalık Durumu.....	72
Şekil 14: Son İki Gebelik Arasındaki Süre.....	73
Şekil 15: Doğumların Yapıldığı Yere Göre Dağılımı.....	74
Şekil 16:Çocuk Ölümlerinin Yaşa Dağılımı.....	76
Şekil 17: Çocukların Bağışıklama Durumu.....	79
Şekil 18:Çocukların Yaşa Göre Ağırlık Durumu.....	80
Şekil 19: Çocukların Yaşa Göre Boyu.....	81

A.GİRİŞ VE AMAÇ

A.1: Çocuklara Birinci Öncelik İlkesi

Bir çocuğun dünyaya geldiği an, hastalanma ve ölme riskinin en yüksek olduğu andır. Çocuklar ilk günde, ilk ayda, ilk yılda daha çok hastalanır, daha çok ölürlür. Çocuklar çevresel etkilere, erişkinlere göre daha çok duyarlıdır. Yoksulluk, savaşlar, aşırı nüfus artışı, içe yada dışa göçler, deprem ve su baskını gibi doğal afetler, olumsuz çevre koşulları, çocuklara erişkinlerden daha fazla zarar verir. Ekonomi, sağlık, beslenme, eğitim, tarım vb. alanlardaki bir çok hükümet politikaları çocuk sağlığını olumlu yada olumsuz olarak yakından etkiler. Kısacası çocuklar fizik, biyolojik ve sosyal çevre faktörlerine çok duyarlıdır. Bu duyarlılık yaş ilerledikçe erişkinlik dönemine kadar zamanla azalır.

Bebek ve çocuklarla ilgili sağlık düzeyi ölçütleri, genelde yaşam koşullarının, özelde ise sağlık koşullarının önemli bir göstergesidir. Bu nedenle bebek ve çocuk ölümleri, bir toplumun gelişmişlik düzeyi değerlendirilirken, sıklıkla kullanılan ölçütlerdendir⁽¹⁾.

Aralarında Türkiye’inde bulunduğu birçok ülke, çocuk haklarına ilişkin uluslararası sözleşmeler imzalamışlar ve bunların birçoğunu kendi iç hukuklarına da almışlardır. Bu yasalarla devletler çocuklara karşı birtakım sorumluluklar üstlenmişler, ancak tüm bu yasalara karşın çocukların korunmaları konusunda uygulamalar yetersiz kalmıştır. Sağlık, eğitim ve beslenme sorunlarının yanısıra, kimsesiz çocuklar, şiddete maruz kalan çocuklar, çok küçük yaşlarda uygun olmayan işlerde çalışan çocukların sayısı hiçte azımsanacak düzeyde değildir⁽²⁾.

Tüm bu nedenlerden dolayı çocuklar, sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelik taşır. Savaşlar, kıtlık, deprem, su baskınları, anarşik olaylar vb. gibi afetlerde, çocukların özel korumaya alınmaları 2000 yılının hedefleri arasındadır. Tüm toplumlarda çocuk yaş grupları sağlık yönünden en riskli grubu oluşturduklarından, UNICEF tüm zamanlarda çocuklara birinci öncelik ilkesi tanınması gerektiği görüşünü savunmaktadır. Birinci öncelik ilkesi, yalnızca olağanüstü durumlarda değil, olağan durumlarda da çocukların beslenme, sağlık ve eğitim sorunlarına birinci önceliğin verilmesini, insanlığın gelişmesi için zorunlu bir önkoşul olarak görmektedir⁽³⁾.

A.2: Mevsimlik Tarım İşçileri ve Beslenme Durumları

Büyük bir çoğunluğu Güneydoğu ve Doğu Anadolu'dan olmak üzere Çukurova bölgesine, yılın belirli mevsimlerinde tarımsal alanlarda çalışmak amacı ile, 100-150 bin erkek, kadın ve çocuk işçi gelmektedir. Nisan-Mayıs aylarında bölgeye gelmeye başlayan tarım işçilerinin bir kısmı pamuk çapası sonrası geri dönerken, bir kısmı ekim ayı sonuna kadar bölgede kalmaktadır. Böylelikle yılın 6-7 ayını burada çadırlarda geçirmektedirler^(4,5).

Beraberlerinde ailelerini de getiren mevsimlik tarım işçileri, olumsuz çevre koşulları içerisinde yaşamaktadırlar. Genellikle yol kenarı ve drenaj kanalı kıyılarında, elektrik, temiz su ve tuvalet olanakları bulunmayan çadırlarda barınmaktadırlar. Çadırların iç kısmı tek bölmedir, tüm aile bireyleri aynı bölmede yatmaktadır. İçme sularını su tankları ile şebeke sularından, kullanma sularını ise çoğunlukla yanlarında bulunan drenaj kanallarından sağlamaktadırlar. Tuvaletleri genellikle yoktur, olanlar ise sağlıklı değildir. Banyo yapmak için de koşullar elverişli değildir.

Çocuklar, serinlemek için drenaj kanallarına girmektedir. Bu durum su ile bulaşan hastalıkların sıklığına ve boğulma olgularının artmasına yol açmaktadır.

Besinlerini sakladıkları yerler sağlıksızdır. Besinler çoğunlukla gölgede ve açıkta bekletilmektedir. Buna bağlı olarak besin zehirlenmesi, ishaller, fekal oral yolla bulaşan hastalıklar sık olarak görülmektedir. Beslenmeleri yetersiz ve dengesizdir. Genellikle karbonhidrat ağırlıklı bulgur, ekme, yağda kızartılmış hamur çeşitleri ile beslenmektedirler.

İlkokul çağındaki çocuklar okullarından ayrılarak çalışmaya getirilmekte, burada okula gönderilmemekte ve tarlada çalıştırılmaktadırlar. Memleketlerinde kalan çocuklar ise, aylarca anne ve babalarından uzakta, hangi koşullarda yaşadıkları bilinmemektedir. Anne-babaların eğitim düzeyleri düşüktür. Okuma-yazma bilmeyenlerin sıklığı yüksektir.

Mevsimlik tarım işçilerinde olumsuz çevre koşulları nedeni ile, fekal-oral yolla bulaşan bulaşıcı hastalıklar yaygın olarak görülmektedir. Bunun yanısıra suda boğulma, böcek ve yılan sokması, zehirlenme ve güneş çarpması önemli sağlık sorunlarıdır. İshal, pnömoni ve sıtma sık görülen hastalıklar arasındadır. Akşamları yoğun bir sivrisinek saldırısı başlamakta, bunun sonucu kaşıntı ve sıklıkla piyodermi oluşmaktadır. Bölgeye gelişte şark çıbanı, dönüşte ise sıtma paraziti götürme olasılığı vardır (6).

Anneler de çalıştıklarından, genellikle emzikli yada küçük çocukları yanlarına alarak çalışma yerlerine birlikte gitmektedirler. Pamuk toplama işinde küçük çocuklar da çalıştırılmaktadır.

Mevsimlik tarım işçilerinin çoğunluğu, sağlık düzeyinin ülke ortalamasının altında olan, Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nden gelmektedir. Mevsimlik tarım işçilerinin sosyo-ekonomik ve sağlık düzeyleri geldikleri bölgelerin ortalama ölçütlerinin de altında olma olasılığı yüksektir.

A.3: Amaç:

Mevsimlik tarım işçilerinin, olumsuz fizik, biyolojik ve sosyal çevre koşulları, düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, yüksek doğurganlık hızı gibi sağlıklı olumsuz yönde etkileyebilecek koşullarda yaşamakta oldukları gözlenmiş, bu koşullarda yaşayan çocukların da beslenme, büyüme ve gelişme sorunlarının yaygın olabileceği varsayımından yola çıkılarak araştırma planlanmıştır.

Araştırmanın amacı, Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesine gelen, mevsimlik tarım işçilerinin 1-6 yaş çocuklarında, büyüme durumunu ve büyümede etkili olduğu düşünülen faktörlerin düzeyini saptamak, çocukların yaşam koşullarını belirlemek, olanaklar ölçüsünde sağlık eğitimi yapmak ve sağlık düzeyini yükseltmek, ileride yapılacak benzer araştırmalara ışık tutmaktır.

B.GENEL BİLGİLER

B.1: Beslenme Bilgisi

Beslenme uzmanları, değişik şekilde beslenme tanımı yapmakla birlikte, tanımlar birbirlerine oldukça benzemektedir. Bunlardan birinde beslenmenin tanımı ; “Büyüme, gelişme ve/veya sağlıklı yaşayabilmek için, gerekli olan enerjiyi ve besin öğelerini gereksinimi karşılayacak miktar ve kalitede vücuda alınması ve kullanılması” şeklindedir. Beslenme, besin maddelerinin dışarıdan alınması, emilebilir duruma getirilmesi, emilmesi, gereksinimler için kullanılması, fazlasının depo edilmesi, depo edilemeyen kısmının ve artıklarının atılması gibi birçok evreyi içerir. Bu evrelerden herhangi birisinde ortaya çıkan aksaklık beslenmenin bozulmasına yol açabilir⁽⁷⁾.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin çocukların büyüme ve gelişmesi yanında, toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği, sosyal ve ekonomik gelişmeyi yavaşlatacağı kabul edilmektedir⁽⁸⁾.

B.1.1: Temel Besin Maddeleri

İnsan için gerekli besin maddeleri; su, protein, karbonhidrat, yağ, mineraller ve vitaminler olmak üzere 6 gruba ayrılır. Dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanabilmesi için bu besinlerin herbirinden yeterli oranda ve dengeli biçimde alınması gereklidir.

Yeterli ve dengeli beslenme için günlük enerji gereksiniminin % 10-15'i proteinlerden, % 50-60'ı karbonhidratlardan, % 30-40'ı yağlardan sağlanmalıdır. Bir gram protein 4 kcal, bir gram karbonhidrat 4.2 kcal, bir gram yağ 9 kcal enerji sağlar^(9,10).

Vitaminler kimyasal olaylarda düzenleyici olarak görev alırlar. Minerallerin bir kısmı yapıtaşı, bir kısmı kimyasal olaylarda düzenleyici olarak görev yaparken, bir kısım minerallerin ise her iki işlevi de vardır. Su ve mineraller vücutta meydana gelen olaylar için ortam oluştururlar.

B.1.1.1: Su

Erişkin beden ağırlığının % 60-65'i, çocuk beden ağırlığının % 70-75'ini oluşturan su, yaşamın vazgeçilmez bir ögesidir. Su gereksinimi yeme-içme alışkanlıkları, hastalık ve çevre koşullarına göre oldukça değişiklik göstermekle birlikte, sağlıklı bir bebeğin günlük su gereksinimi beden ağırlığının % 10-15'ine eşittir. Su gereksinimi; doğrudan su içmekle, besinlerle ve az bir miktarda da besinlerin vücutta yakılması ile açığa çıkan su ile karşılanır. **Günlük su kaybı;** deri yolu ile 500-2500 ml, akciğerlerden 300 ml, sindirim sisteminden 60-8000 ml arasındadır. Bu sistemlerden olan sıvı kayıpları sağlık ve çevre koşullarına göre değişiklikler gösterir: Deri yolu ile su kaybı, sıcak iklimlerde ve ateşli hastalıklarda önemli oranda artar. Akciğerlerden sıvı kaybı, solunan havanın nem ve oksijen oranı ile ilişkilidir. Nem ve oksijen oranı yüksek ortamda akciğerden su kaybı azalır. Sindirim sisteminden sıvı kaybı ishal ve kusma ile seyreden hastalıklarda çok fazla olabilir ve kısa sürede ölümle sonuçlanabilir. Vücudun su dengesini sağlamada anahtar organ olan böbrekler, doğumda tam gelişmemiş olduklarından, yaşamın ilk iki-üç gününde günlük 20 ml. idrar çıkarırlar. İki haftalık bebeğin ortalama günlük idrar hacmi 200, üç aylık bebeğin 300 ml'dir^(9,11).

Vücutta suyun azalması sonucu dehidratasyon denen durum ortaya çıkar. Dehidratasyon durumunda; göz küreleri çöker, gerginliği azalır, ağız ve dil kurur, deri ve deri altı dokusunun turgoru kaybolur. Kan basıncı düşme eğilimi gösterirken, nabız artar. Özellikle bebekler ve küçük çocukların ateşli hastalıkları ve ishalleri sırasında görülen su ve enerji kaybı, malnütrisyon gelişmesine ve ölümlere neden olmaktadır⁽¹¹⁾.

B.1.1.2: Proteinler

Etler, yumurta, süt ve süt ürünleri hayvansal protein, kuru baklagiller nohut, fasulye, mercimek bitkisel protein kaynağıdır. Bu besinler mineral ve vitamin bakımından da zengin besinlerdir. Protein gereksinimi, yaşa ve cinse göre değişiklik göstermekle birlikte, dengeli beslenme için, total kalori miktarının % 10-15'inin proteinlerden sağlanması uygundur. Bir bebek için günlük protein gereksinimi 13-14 gram, 1-3 yaş için 16 gram, 4-6 yaş için 24 gramdır. Beden ağırlığının yaklaşık % 20'sini oluşturan proteinler, büyüme, gelişme ve yıpranan hücrelerin yenilenmesinde görev alırlar. ⁽⁹⁾.

B.1.1.3: Karbonhidratlar

Karbon, hidrojen ve oksijen atomlarından oluşan karbonhidratlar, bütün beslenme yöntemlerinde enerji gereksiniminin çoğunluğunu oluştururlar. Yoksul ülkeler, günlük enerji gereksiniminin yaklaşık % 90'ını karbonhidratlardan karşılarken, gelişmiş ülkelerde karbonhidratlardan sağlanan günlük enerji oranı % 40'a kadar düşmektedir. Tahıl ve tahıl ürünleri karbonhidratlar yönünden zengin besin maddeleridir. Karbonhidratlar beden ağırlığının % 1'inden azını oluştururlar.^(9,11,12)

B.1.1.4: Yağlar

Karbonhidratlar gibi yağlar da, karbon, hidrojen ve oksijen atomlarından oluşur. Ancak yağlarda hidrojen atomu oranı, karbonhidratlara göre daha fazladır. Yoğun enerji kaynağı olan yağlar, enerji fazlasının vücutta depolanması için en uygun formdur. Yaşa, cinse ve kişiye göre değişmekle birlikte erişkin beden ağırlığının yaklaşık % 13'ünü yağlar oluşturur^(9,11,12).

B.1.1.5: Mineraller

Minerallerin %90'ı iskelette, % 10'u kaslarda bulunur. İnsan vücudunda bulunan başlıca önemli mineraller kalsiyum, magnezyum, potasyum, sodyum, fosfor, sülfür, klor, demir, iyot, kobalt, flor, bakır, çinko, krom, kükürt ve manganezdır. Doğumda beden ağırlığının yaklaşık % 3'ünü oluşturan mineraller, doğumdan sonra artarak erişkinlik döneminde beden ağırlığının % 4'üne ulaşırlar^(9,11).

B.1.1.6: Vitaminler

Vitaminlerin çoğu sağlıklı yaşam için dışarıdan alınması zorunlu olan besin maddeleridir. Sebze ve meyveler zengin vitamin kaynağıdır. 0-6 yaş arasında günlük vitamin gereksinimi Tablo.1'de gösterilmiştir⁽⁹⁾.

Tablo.1: 0-6 Yaş Çocuklarda Başlıca Günlük Vitamin Gereksinimleri
(Nelson, 1994)

Vitamin Gereksinimi	Yaş Grupları			
	0-5 ay	6-12 ay	1-3 yaş	4-6 yaş
A vitamini *	375	375	400	500
D Vitamini *	7.5	10	10	10
E Vitamini **	3	4	6	7
K Vitamini *	5	10	15	20
C Vitamini **	30	35	40	45
Tiamin**	0.3	0.4	0.7	0.9
Riboflavin**	0.4	0.5	0.8	1.1
Niasin**	5	6	9	12
B ₆ Vitamini **	0.3	0.6	1.0	1.1
Folat *	25	35	50	75
B ₁₂ Vitamini *	0.3	0.5	0.7	1.0

* mikrogram

** miligram

B.1.2.: Bebeklik ve Çocukluk Çağında Beslenme

B.1.2.1: Bebeklik Çağında Beslenme

Bebeklik çağı 0-12 ay arası dönemdir. Prematürelere sık sık beslenmeli, ilk aylarda 6 saatten fazla aç bırakılmamalıdır. Bu dönemde 6 saatten uzun süren uyku dönemlerinde beslenmek için çocuk uyandırılmalıdır. Bunun yanısıra beslenme öğünleri saate göre de düzenlenebilir. Bebeklik döneminde anne sütünün yerini hiç bir besin dolduramaz. Yalnızca anne sütü ile beslenme doğal beslenme, yalnızca diğer besinlerle beslenme yapay beslenme olarak tanımlanır. Üçüncü tip beslenme karışık beslenme olarak adlandırılır. Bu beslenme şeklinde ise anne sütü ve diğer besinler birlikte verilir.

Üç yaşına kadar olan çocuklarda , günlük enerji, protein, karbonhidrat, yağ ve su gereksinimi Tablo. 2 'de gösterilmiştir^(9,13).

Tablo.2: 0-3 Yaş Çocuklarda Günlük Enerji, Protein, Karbonhidrat ve Yağ Gereksinimi ^(9,13)

Yaş	Enerji kcal/kg/gün	Protein g/kg/gün	Karbonhidrat (%)	Yağ (%)
0-3 ay	120	2-2.5	40.0	45-50.0
4-6 ay	110	2	40.0	45-50.0
7-12 ay	100	2	45.0	35-45.0
12 ay üzeri	1000+(100*yaş)	1.5	50.0	35-40.0

B.1.2.1.1:Doğal Beslenme

Yaşamın ilk 4-6 ayı için yalnızca anne sütü ile beslenme doğal beslenme olarak tanımlanır. Doğumdan sonraki ilk 4-6 aya kadar, bebekler için en ideal besin anne sütüdür. Sağlıklı ve ucuz olan anne sütü, bakteri ve virüslere karşı antikor da içerir. Böylelikle hastalıklara karşı bebeği korur veya hastalıkların hafif seyretmesini sağlar. Anne sütü ile beslenen bebeklerde, tüm bulaşıcı hastalıklar daha az görülür. Yaşamın ilk aylarındaki bebeğin doğal besini olan anne sütü, her zaman uygun bir ısıdadır ve hazırlamak için zaman gerektirmez. Her zaman tazedir, temizdir. Emzirme doğumdan sonra uterus kasılmalarını artırarak doğum sonrası kanamanın durmasını sağlar. Anne sütü ile beslenen bebeklerde hava yutma, ishal, kabızlık, pişik ve şişmanlık daha seyrek görülür. Emzirme, anne ve bebek arasında güvenli bir ilişkinin kurulmasına yardımcı olur. Emzirmenin annede meme kanseri olasılığını azalttığı da ileri sürülmektedir. Bugün için anne sütünün özellikleri tam olarak bilinmemektedir. Anne sütünün bildiğimiz bu üstünlüklerin yanısıra bilmediğimiz yararlarının olması da olasıdır^(9,13,14).

Biberonla beslenen bebekler, yalnızca anne sütüyle beslenen bebeklerle kıyaslandığında, çok daha fazla hastalanmakta ve ölmektedirler. Biberonla besleme, ailelerin kolayına geldiği için, çalışan anneler arasında hızla yaygınlaşmaktadır. Annelerin işyerlerinde kreşlerin yaygın olmayışı, doğum izinlerinin kısa olması anne sütü ile beslemeyi zorlaştıran nedenlerdendir. Annenin evde bulunmadığı zamanlarda beslenme öğünleri, biberon yerine kaşıkla yapılmalıdır. Kaşıkla beslemek biberonla beslemeye göre daha sağlıklıdır, ve çocuğun anne sütünü terk etmesi gibi bir sakıncası yoktur. Annenin evde olmadığı öğünler için anne sütü sağılarak buzdolabında bekletilebilir. Anne sütü dondurularak 6 ay saklanabilir ^(13,15).

Kimi anneler bebeğe ilk olarak anne sütü yerine başka besinler vermektedir. Oysa annenin ilk sütü özellikle bağışıklık sağlaması açısından çok önemlidir. Bebeğe ilk besin olarak anne sütü verilmelidir.

Annenin durumu uygun ise, doğumdan sonraki ilk yarım saat içerisinde bebek emzirilmelidir. Emzirmeye geç başlandığında, hipoglisemi ve bunun sonucu zeka geriliği gibi, geridüşümü olmayan sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Doğum tartısı yüksek (tosuncuk) veya DDA (düşük doğum

ağırlıklı) bebekler ve sürmatüreler hipoglisemi açısından riskli yenidoğanlardır. Bu bebeklerin ilk beslemesi olabildiğince erken yapılmalıdır⁽¹⁶⁾.

Yalnız anne sütü vermek koşulu ile, sık sık ve bebek istedikçe yapılan emzirme, doğumdan sonraki 0-6 ay için anneyi gebelikten korur ve gebelikler arası sürenin uzamasına katkı sağlayarak anne ve çocuk sağlığı açısından önemli yararlar sağlar. Ancak bebeğe anne sütü ile birlikte ek besin verilmesi durumunda ilk 6 ay için bile, emzirmenin gebeliği önceyici etkisi kalmamaktadır⁽¹⁷⁾.

B.1.2.1.1.1: Emzirme Tekniği

Annenin Eğitimi: Bebek besleme bilgisi anneye özellikle ilk gebeliğinden itibaren verilmelidir. Meme başının emzirmeye uygun olmadığı durumlarda, doğumdan önce meme başına masaj yaparak emzirmeye uygun hale getirmelidir. Kendi beslenmesi ve bebek beslenmesi hakkında eğitilmelidir^(8,13).

Meme Bakımı: Bebeği emzirmeye başlamadan önce, anne ellerini sabunlu su ile yıkamalıdır. Temiz yada bikarbonatlı su ile, meme başından başlayıp çevreye doğru dairesel hareketlerle memenin ilk temizliğini yapmalıdır. Daha sonra birkaç damla sütünü eli ile sıkarak meme başına sürüp yumuşatabilir. Emzirme bittikten sonra, meme başı temiz su ile yeniden temizlenmeli ve kurulmalıdır. Annede meme başında çatlaklıklar ve iltihap, bebekte ağızda pamukçuk oluşmasını önlemek açısından bu kurallara uyulması yararlıdır. Bazı anneler, kendi tükürüğünü meme başlarına sürdükten sonra, çocuğu emzirmektedirler. Bu davranış sakıncalıdır⁽⁸⁾.

Anne ve Bebeğin Pozisyonu: Beslenme sırasında bebeğin karnı aç ve altı kuru olmalıdır. Ne çok soğuk ne de çok sıcak bir ortamda, bebeğin anne kucağında yarı oturur bir pozisyonda (45 derece eğimde) olması önerilir. Emzirme sırasında annenin de rahat bir konumda olması gerekir. Ancak anne uyurken bebeği yatağına alarak yatar konumda emzirmesi, bebeğin boğulmasına neden olabileceğinden bu pozisyonda emzirme sakıncalıdır.

Anne bir kolu ile bebeğini kucaklarken, diğer kolu ve eli ile meme başını iki parmağı arasına alarak, bebeğin memeyi daha kolay tutmasına yardımcı olmalıdır. Bebeğin burnunun tıkanmamasına özen gösterilmelidir.

Emzirme Süresi: Emzirme süresi 5 ile 20 dakika arasında değişmekle birlikte, sütün çoğu beslenmenin başlarında emilir: Emzirme sırasında sütün ilk 2 dakikada % 50'si, ilk 4 dakikada % 80-90'ı sağlanmaktadır. Her bir meme 10'ar dakika olmak üzere toplam 20 dakika bir emzirme süresi için yeterlidir. Bebek memeyi bırakmaz ise, bir parmak ucu bebeğin ağzının köşesinden yerleştirilerek memeden uzaklaştırılır. Uzun süre emme durumunda meme başında çatlaklıklar olabilir⁽⁹⁾.

Emzirme bittikten sonra, 5 ile 10 dakika bebek gazını çıkarana kadar, annenin omuzunda yada kucağında dik olarak tutulmalı ve sırtına hafifçe masaj vurulmalıdır (tıpışlamak). Yada mutlaka gözlem altında tutumak koşulu ile, sert bir zemin üzerine yastıksız olarak yüzüstü yatırılmalıdır. Bu durumda yatağın yumuşak olmamasına özen gösterilmelidir. Yumuşak yataklarda yüzüstü yatan bebeklerde ilk 6 ayda akut bebek ölümü sendromu görüldüğü ileri sürülmektedir. Gaz çıkarma işlemi özellikle ilk aylar için önemlidir.

Emzirme Sıklığı : Geçmiş yıllarda emzirme sıklığı; ilk ayda 2 saatte bir, ikinci ayda 3 saatte bir, 3. ayda 4 saatte bir şeklinde önerilmekteydi. Bugün bebeğin ağladıkça emzirilmesi önerilmektedir. Yenidoğan bir bebek doğumdan sonra yarım saatten fazla aç bırakılmamalıdır⁽¹³⁾.

B.1.2.1.1.2: Bebeğin Meme Alamama Nedenleri

B.1.2.1.1.2.a: Anneye İlişkin Nedenler

Çok seyrek olarak, anneye ilişkin nedenlerle bebek meme alamayabilir. Bazı durumlarda anne sütü ile beslenme uygun olmayabilir. Anneye ilişkin nedenler arasında; sepsis, eklampsi, ağır kan kaybı, ağır kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, aktif tüberküloz, AIDS, HBsAg pozitifliği, meme kanseri, ağır psikoz, doğum sonrası psikoz, süregen yetersiz beslenme, madde bağımlılığı ve bunama vardır.

Gebelikte anne sütünün kesilmesi zorunlu olmamakla birlikte, hem bebeğin hem de fetüsün gereksinimlerini karşılamak çok zor olacağından, bu durumda anne beslenmesinin özel bir özen gerektirir. Bebek ek besine alıştırdıktan sonra anne sütünden kesilmelidir. Çok seyrek olarak anne sütüne karşı, bebekte allerji görülebilir. Ancak allerjen, annenin diyetinden uzaklaştırıldığında sorun çoğunlukla çözülür. Anne sütünde pregnan-3 alfa, 20

betadiol varsa bebekte hiperbilürubinemi ve sarılığa neden olabilir. Anne sütüne bağlı olmayan diğer hemolitik sarılıklarda anne sütü ile beslemenin bir sakıncası yoktur ⁽⁹⁾.

Yassı ve düz meme ucu bebeğin meme almasını güçleştirebilir. Bunun için gebelik öncesinde günde 5-6 kez meme ucuna masaj yapılır. Meme ucu başparmak ve işaret parmağı ile tutularak öne doğru çekilir. Bu işlem başarısız olursa emzirme sırasında meme ucuna benzer özel plastik emzik takılabilir veya steril koşullarda trilen ile sağılıp bebeğe verilebilir. ^(13,16).

Meme ucunda çatlaklıklar' dan korunmak amacı ile sık sık ve kısa süreli emzirme ve meme temizliğine önem verilmesi önerilir. Çok ağrılı durumlarda anne sütü elle veya trilenle sağılıp bebeğe verilebilir, 24 saat emzirmeye ara verilebilir.

Süt birikmesi durumunda çok ağrıda olsa emzirmeye ara verilmemeli, sık sık emzirilmelidir. Ilık kompres uygulanabilir. (banyo, duş vb.). Gerekirse elle veya trilenle sağılarak süt boşaltılmalıdır.

Meme iltihabı (mastit) olduğunda süt iltihaplı ise kültür alınmalıdır. Kültür sonucunda patojen bakteri saptanırsa antibiyotik başlanmalı, süt dökülmelidir. Her türlü mastitte süt mutlaka memede bırakılmamalı, emzirilebilirse emzirilmeli yada sağılıp dökülmelidir. Bakteriyel mastitler dışında emzirmenin bir sakıncası yoktur. Yapılan az sayıdaki çalışmalar mastit durumunda anne sütünde bakteri açısından nicel ve niteliksel bir fark olmadığını belirtmektedir. Mastit tedavisinde antibiyotiğin yanısıra ağrıkesici ve mastit bölgesine sıcak kompres uygulanmalıdır ^(13,18).

Anne sütü ile beslenmede diğer güçlükler arasında; annenin çalışması, çocuğu istememesi ve annenin ölmesi sayılabilir.

B.1.2.1.1.2.b: Bebeğe İlişkin Nedenler

Anne sütü ile beslemenin sorunlu olduğu bebeğe ilişkin nedenler arasında ise; galaktozemi, fenilketanüri , emme refleksinin olmaması, prematürelilik, gastrointestinal sistem anomalileri, ağız ve burun anomalileri, sepsis, menenjit, doğum travmaları, ağızda ağrılı enfeksiyon hastalığı, ve mental retardasyon bulunmaktadır.

Emme güçlüğü anneyi emmekte güçlük çeken prematüre,DDA bebek, yarık damak ve yarık dudaklı olgulara, uygun miktarlarda anne sütü sağılarak beslenme sondasından enjektör ile damla damla veya (gavajla), kaşıkla verilebilir.

Anne sütü salınımını uyaran en önemli faktörlerden birisi, memelerin düzenli olarak ve tamamen boşaltılmasıdır. Memede süt kalması durumunda anne sütü salınımı hızla azalmaktadır. Bu nedenle sık sık emzirme ve emmeye başlarken bir önceki beslenme sırasında bırakılan memeden başlama uygundur⁽⁹⁾.

B.1.2.1.1.3: Anne Sütünün Yeterliliğinin Belirlenmesi

Anne sütünün yeterli olup olmadığı anlamının en güvenilir yolu, çocukta yeterli ağırlık ve boy artışı olup olmadığının izlenmesidir. Düzenli ve yeterli bir ağırlık ve boy artışı, çocuğun beslenme sorunu olmadığını bir göstergesidir. Ancak yenidoğan yaşamın ilk günlerinde bir miktar ağırlık kaybeder, ve 7-10 gün içerisinde doğum ağırlığına ulaşır. Daha sonra 0-6 aylık dönemde her ay için 600 ile 1000 gram, 7-12 aylık dönemde 550 gram ve üzerinde ağırlık artışı olur. Günlük olarak ortalama 20-30 gram ağırlık artışı görülen ve 6 kez bezini ıslatan bir bebekte anne sütünün yeterli olduğu söylenebilir⁽¹³⁾.

Diğer bir yöntem ise, emzirme öncesi ve sonrasında çocuğun ağırlığı tartılarak emdiği süt miktarının ölçülmesidir. Bebekten bebeğe gereksinim değişmekle birlikte, yenidoğan bir bebeğin günlük süt gereksinimi 150-200 ml kadardır. ^(9,13).

Anne sütünün yetersizliği durumunda; (1) beslenme teknikleri, (2) annenin beslenmesi, dinlenmesi ve ruhsal (emosyonel) durumuna ilişkin nedenler, (3) bebekte emmeyi güçleştiren nedenler araştırılmalıdır. Annenin dinlenmesi, gevşemesi, uyuması, bol bol sulu besin alması ve sık sık emzirme süt miktarını artıran önemli etkenlerdir^(9,13).

B.1.2.1.1.4: Anne Sütünden Kesme

Anne sütünden kesmenin kesin bir yaşı olmamakla birlikte 12. ayda kesilebilir. Altıncı aydan sonra geçen her süre içerisinde anne sütü miktar ve içerik açısından çocuğun gereksinimlerini karşılamakta yetersiz kalır. Bu nedenle uzun süre anne sütü alan çocuklarda bu durum göz önüne alınarak, her geçen gün ek besin miktarı ve çeşidi artırılmalıdır. 12 ile 24. ay arası, bebeğin anne sütünden kesilmesi için uygun bir süredir. Anne sütü kesildikten sonra da çocukluk döneminde günde yarım litre inek sütünün düzenli olarak verilmesinde önemli yararlar görülmüştür⁽¹⁰⁾.

Anne sütünden keserken önem verilmesi gereken noktalar; Anne sütü yavaş yavaş kesilmelidir. Anne sütü bebeğin yada çocuğun tam sağlıklı olduğu bir zamanda, bebek ek besinlere tamamen alıştıktan sonra ve kış aylarında kesilmesi tercih edilmelidir. Anne sütü kesilirken meme üzerine acı, kara vb. maddeler sürülmemeli, kestikten sonra bebek anneden ayrılmamalı, bir yerde misafirlikte iken, yada evde misafir varken süttten kesilmemelidir.

B.1.2.1.1.4: Ek Besine Başlama

Bebek beslenmesinde önemli noktalardan biriside ek besine başlama zamanıdır. Ek besine, erken başlama durumunda besin allerjisi riski artarken, geç başlama durumunda, malnütrisyon gelişme olasılığı artmaktadır. Bugünkü bilgilere göre, doğumdan sonraki ilk 4-6 aya kadar, yalnızca anne sütünün her yönden yeterli olduğu ve ek bir besine gerek olmadığı, ilk 6 aydan sonra anne sütünün yetersiz kalabileceği ve ek besine başlamak gerektiğidir. Ek besine başladıktan sonra da, anne sütü ile ek besinin aynı anda verilmemesi, ayrı ayrı öğünler şeklinde verilmesinin daha doğru olacağı, bilgilerimiz arasındadır.

Ek besine erken başlayan annelerin, sıklıkla gerekçelerinden biri ; kendi sütünün yetersiz olduğu kaygısıdır. Gerçekte kimi durumlarda, anne sütü yetersiz olabilir. Ancak bu sorun, bir kısım emzirme tekniklerine uyulması, annenin beslenme, dinlenme ve kaygılardan uzaklaşması ile çoğu zaman çözülebilir.

Ek besin verilirken besinin temiz, taze ve çocuğun yaşına uygun olmasına özen gösterilmelidir. Ek besinin teker teker ve çok az miktarlarda başlanması önerilmektedir. Bir defada, yalnızca bir ek besine başlanmalı, bu besine alıştıktan 3-4 gün sonra yeni bir ek besine başlanmalıdır. Çocukta ek

besine karşı bir allerji görülürse, besin kesilip 15-20 gün sonra, daha az miktarlarda tekrar denenebilir. Yeni verilecek besin çocuk aç iken verilmelidir. Ek besine şekerli besinlerden başlanması, bebeğin diğer ek besinlere alışmasında güçlük yaratabileceğinden, şekersiz meyva suları, yoğurt ve sebze çorbası gibi besinlerle başlanmasında yarar vardır.

Anne sütü ile beslenen bir bebeğe 6. aydan sonra ek besin olarak meyva suları başlanması uygundur. Başlanacak meyve suyu mevsime göre değişiklik gösterir. Kışın elma, mandalina, portakal ve havuç suyu, yazın ise şeftali, üzüm, karpuz ve erik suları taze ve temiz olarak hazırlanıp verilebilir. Meyva sularına başladıktan 10-15 gün sonra da meyveler püre şeklinde hazırlanıp verilebilir.

Tahıllar yoğurtlu çorba şeklinde hazırlanarak başlanmalıdır. Tarhana ve sebze çorbası hazırlanabilir.

Yoğurt, meyve suyu, tahıllar ve sebze çorbasına alıştıktan sonra, suda katı pişmiş yumurta sarısından 1 çay kaşığı verilir, zamanla artırılır. Yumurta sarısı sebze çorbasına katılarak yada sütle ezilerek de verilebilir.

Yoğurt, sebze, ve tahıllı besinlerden sonra, sebze çorbalarının içine az miktarda kıyma konarak etlere başlanır. Kıyma yerine mercimek veya nohut eklenerek, kuru baklağillere alıştıırılabilir. Yedinci aydan önce bebeklerde çiğneme refleksi gelişmediğinden, bu döneme kadar verilen besinler yutulabilecek kıvamda olmalıdır. Yedinci ayda et, balık, tavuk, ciğer, beyin türü besinler, köfte veya ızgara şeklinde verilebilir.

Sekizinci aydan sonra bebeğe, çok yağlı ve baharatlı olmamak koşulu ile, ailenin yediği besinlerden verilebilir. Aile ile birlikte sofraya oturtulabilir.

Anne sütü ile beslenmeyen bebeklerde, ek besinlere daha erken başlanır. İkinci haftadan sonra meyva suları, ikinci aydan sonra meyve püresi verilebilir.

Bal ile beslenen bebeklerde, ani apne ve ölüme yol açabilen bebek botilismusu görülme olasılığı arttığını, bu nedenle 0-9 aylık bebeklere bal verilmemesini öneren yayınlar vardır⁽¹⁹⁾.

B.1.2.1.2: Karışık Beslenme

Karışık beslenme anne sütü ile birlikte diğer besinlerin birlikte verildiği beslenme şeklidir. Gerçekte birçok durumda karışık beslenme endikasyonu olmadığı halde karışık beslenmenin yaygın olarak uygulandığı ileri sürülmektedir. Bu beslenme şeklinde çocuk memeyi tam olarak boşaltamayacağından dolayı anne sütü daha çabuk kesilir. Bu tür beslenmede enfeksiyon hastalığı, sindirim sistemi hastalıkları daha sık görülür⁽²⁰⁾.

Biberonla beslemenin önerilmemesi, buna karşın bebeklerini biberonla besleyen ailelere biberonu sağlıklı biçimde kullanmanın kuralları öğretilmelidir: Biberon bebeğin bir öğünlük gereksinimi kadar doldurulmalı, her beslemeden sonra kaynatılmalıdır. Bu açıdan biberonun kaynatılabilir özelliğe olmasına ve büyüklüğüne özen gösterilmelidir. Biberonun deliğinin küçük olması emerken bebeğin zorlanarak emmesi, memeyi bırakmaması açısından yararlı bulunmaktadır.

B.1.2.1.3: Yapay Beslenme

Herhangi bir nedenle, anne sütü ile beslenme yapılamıyor ise, inek sütü yada inek sütünden hazırlanmış mamalar önerilebilir. İnek sütü birçok bakımdan anne sütünden farklıdır. Anne sütünün 100 ml'sinde 2 gram protein, 4 gram yağ ve 6 gram şeker vardır. Anne sütü protein bakımında inek sütünden daha fakirdir. Ancak anne sütündeki proteininin kalitesi inek sütünden yüksektir. Anne sütünün proteininde kazein oranı düşüktür ve bebek için daha yararlıdır. İnek sütünde ise ortalama her 100 ml'de 4 gram protein, 4 gram yağ ve 4 gram şeker vardır. İnek sütü ile besleme yapılacaksa ilk 3 ayda sulandırılmalıdır. İlk ay için, 1 kısım su 1 kısım süt, % 5 şeker (100 ml'ye 3.5 gram = 1 çay kaşığı) şeker eklenerek hazırlanabilir. İkinci ayda 1 kısım su 2 kısım inek sütü ve % 5 şeker, üçüncü ayda 1 kısım su 3 kısım süt ve % 5 şeker şeklinde hazırlanmalıdır. Üçüncü aydan sonra inek sütü sulandırılmadan verilmelidir⁽²¹⁾.

B.1.2.1.4: Bebeklik Döneminde Beslenme Sorunları

Yetersiz beslenme, aşırı beslenme, regürjitasyon (geri çıkarma) ve kusma, ishal, kabızlık ve karın ağrısı yaşamın ilk yılında sık görülen sorunlar arasındadır.

Yetersiz beslenme durumunda, ağırlık artışında duraklama yada ağırlık kaybı (malnütrisyon) , kabızlık , uykusuzluk, huzursuzluk ve sürekli ağlama beklenen beirtilerdir. İleri vakalarda, deri altı yağ dokusunda azalma, kuru ve buruşuk bir deri sonucu yaşlı insan görünümü oluşur. Bunların yanısıra vitamin ve minerallere özgü klinik bulgular ortaya çıkabilir.

Aşırı beslenmenin en sık belirtileri şişmanlık, kusma ve regürjitasyondur. Aşırı yağlı diyetler mide boşalmasını geciktirip, abdominal rahatsızlıklara ve aşırı ağırlık kazanılmasına neden olabilir. Aşırı beslenmeye bağlı ishal görülebilir.

Enfeksiyonlara bağlı ishaller dışında, beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak ishaller de görülebilir. Yaşamın ilk günlerinde, günde ortalama 4-6 kez, sarı ve şekilsiz dışkılama anne sütü ile beslenen bebeklerde tipiktir. Bunun dışında annenin ishal yapıcı ilaç ve besinler alması, çocuğun aşırı beslenmesi durumunda ishal görülebilir.

Yenidoğanların çoğu günde bir yada daha fazla sayıda dışkı yaparken, bir kısmı 36 ile 48 saat arasında bir kez dışkı çıkarır. Yenidoğanda kabızlık sözkonusu olduğunda; spastik veya dar anal sfinkter, anal fissür, çatlak ve agangliyonik megakolon açısından değerlendirilmelidir. Bunun yanısıra, mama ile beslenen bebeklerde, yetersiz sıvı ve besin alımı, lifli besinlerden zayıf beslenme, demli çay da kabızlığa yol açabilir.

Genellikle 3 aylıktan küçük bebeklerde olmak üzere, periyodik olarak gelen karın ağrıları olabilir. Ağrı aniden gelir, bir kaç saat sürebilir, yüz kızarabilir, karın şişkin ve duyarlı olabilir. Özellikle yüksek oranda karbonhidrat içeren bazı besinler, barsaklarda aşırı fermentasyon sonucu koliklere yol açabilir. Endişe, korku, kızgınlık ve heyecan çocuklarda kusmaya yol açabilirken, bebeklerde ani gelen karın ağrılarına neden olabilir.

Kuma yenidoğanlarda fizyolojik olabileceği gibi, aşırı besleme, gaz yutturma, zorla besleme, enterit ve birçok enfeksiyona, konjenital anomali, sindirim sistemi tıkanıklıkları, SSS hastalıkları, zehirlenmeler ve ruhsal nedenlere de bağlı olabilir ⁽²¹⁾.

B.1.2.2: Bir-Altı Yaş Arasında Beslenme

Beslenme sorunlarının yaygın olarak görüldüğü 1-5 yaşlarda, beslenme alışkanlığının da edinildiği unutulmamalıdır. Çocukların bir yaşından önce kendi kendine beslenmesine, aile ile birlikte sofraya oturmasına izin verilmelidir. Çocuğun şiddetle istemediği bir besini, yedirmek için zorlamak, gerektiğinden fazla yedirmek, yanlış tutumlardır. Zararlı bir durum söz konusu değilse, çocuğun isteği gözönüne alınmalı, seçme hakkı tanınmalıdır. Çocuklar fazla tatlı ve şekerli besinlere alıştırmamalıdır.

Çocuklarda multi vitamin preparatı uygulamalarının sık olduğu gözlenmekle birlikte, dengeli ve yeterli beslenen bir çocuğun bu tür preparata gereksinimi yoktur. Süt, yogurt ve peynir tüketimi iyi olan bir çocukta kalsiyum eksikliği görülmez. Dengesiz yada yetersiz beslenme durumunda ise bazı vitamin ve mineral eksiklikleri görülebilir. Demir, çinko, A ve D vitamini eksikliği bunlardan bazılarıdır. Bu durumda büyüme, gelişme ve öğrenme yetenekleri olumsuz yönde etkilenebilir.

İnek sütü ile beslenmede C vitamini, keçi sütü ile beslenmede folat, D ve C vitamini eklemek gereklidir.

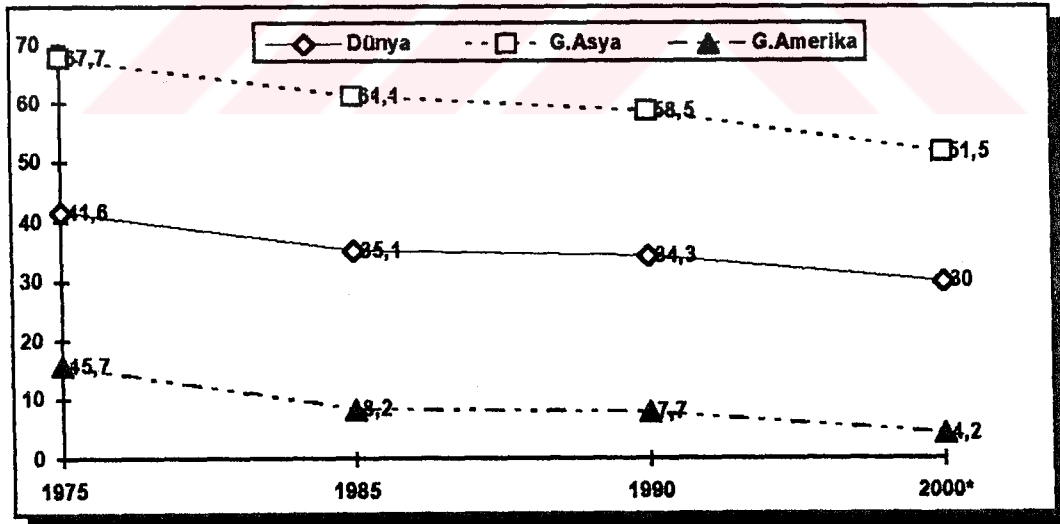
İki yaşından önce kolaylıkla aspire deçebileceğinden dolayı çocuğa verilmemesi gereken besinler arasında; fındık, patlamış mısır, taneli tahıl ürünleri, ufak sert ve ham meyve verilmemelidir. Çok baharatlı veya tuzlu yiyecekler, kahve, demli çay, şekerli içecekler de 2 yaşından önce verilmemesi önerilen yiyecekler arasındadır. Meyve sularına şeker katılmamalıdır.

B.2: Bebek ve Çocuklarda Beslenme Sorunları

Bir yada daha çok temel besin maddesinin yokluğu, azlığı yada fazlalığı sonucu ortaya çıkan patolojik duruma beslenme bozukluğu denmektedir. Beslenme bozukluğunun; yetersiz beslenme, dengesiz beslenme ve aşırı beslenme olmak üzere 3 şekli vardır. Temel besin öğelerinden birinin yada bir kısmının uzun süre yetersiz miktarda alınması “yetersiz beslenme”, besin maddelerinin dengesiz olarak alınması “dengesiz beslenme”, besin öğelerinin gereğinden fazla alınması ise aşırı beslenme olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁰⁾.

B.2.1: Beslenme Hastalıkları Epidemiyolojisi

Beslenme sorunlarının en çok görüldüğü yaş grupları; bebekler, okul öncesi çocuklar, gebe ve lohusalardır. Dünya'daki tüm canlı doğumların % 18'i (yaklaşık yılda 25 milyon) DDA bebek olarak doğmaktadır. Bu doğumların % 90'ı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. DDA bebek hızı gelişmekte olan ülkelerde % 30 iken, gelişmiş ülkelerde % 5 dolayındadır⁽²²⁾(Şekil 1).



Şekil.1: Dünyada Okul Öncesi Çocuklarda Yıllara Göre Ağırlık Bakımından Gerillik (Underweight) Yüzdesi⁽²³⁾

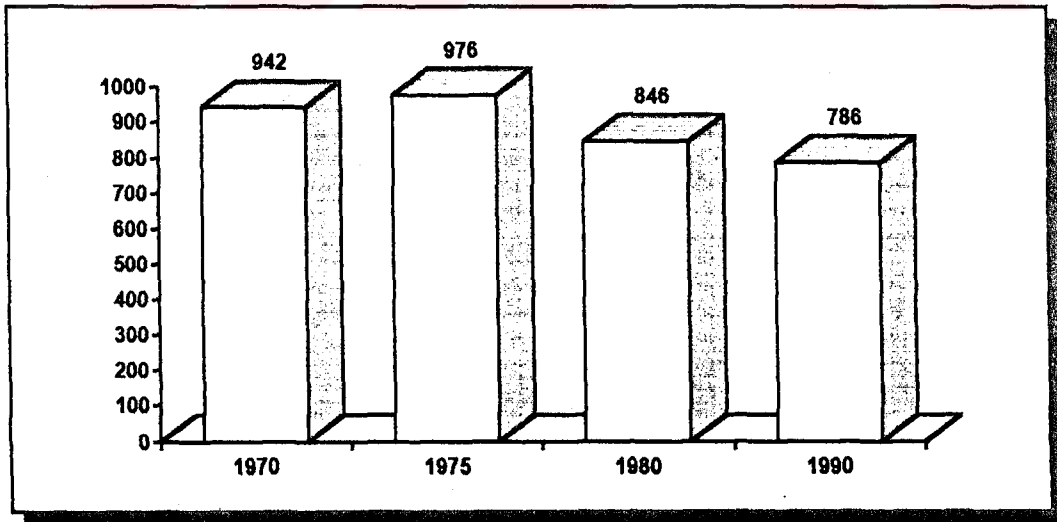
* 2000 yılı tahmini

Malnütrisyon, az gelişmiş ülkelerde birçok önemli sağlık sorununun nedenidir. Bu ülkelerin okul öncesi çocuklarının % 3'ünde ağır olmak üzere, % 40'ında beslenme bozukluğu belirtileri bulunmaktadır. Malnütrisyon mortalitesi oldukça yüksek (% 20'nin üzerinde) bir sendromdur. Gelişmekte olan ülkelerde, beş yaş altında görülen 13 milyon çocuk ölümlerinde üçte bir nedenin malnütrisyon olduğu ileri sürülmektedir. Dünyada yaklaşık 190 milyon çocuğun kronik malnutriyonlu olduğu, bu durumun en yaygın olarak Güney Asya'da bulunduğu bildirilmektedir^(10,23).

Gizli açlık olarak da tanımlanan vitamin ve mineral eksiklikleri, önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. İyot, A vitamini ve demir eksikliği bunlar arasında önde gelen sorunlardır. 1991 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünya nüfusunun beşte birinden fazlasının (1.000.000.000 kişi) iyot eksikliği riski, 190 milyon kişinin A vitamini eksikliği riski altındadır. DSÖ verilerine göre yaklaşık iki milyar insanda demir eksikliği anemisinin olduğu bildirilmektedir⁽²⁴⁾.

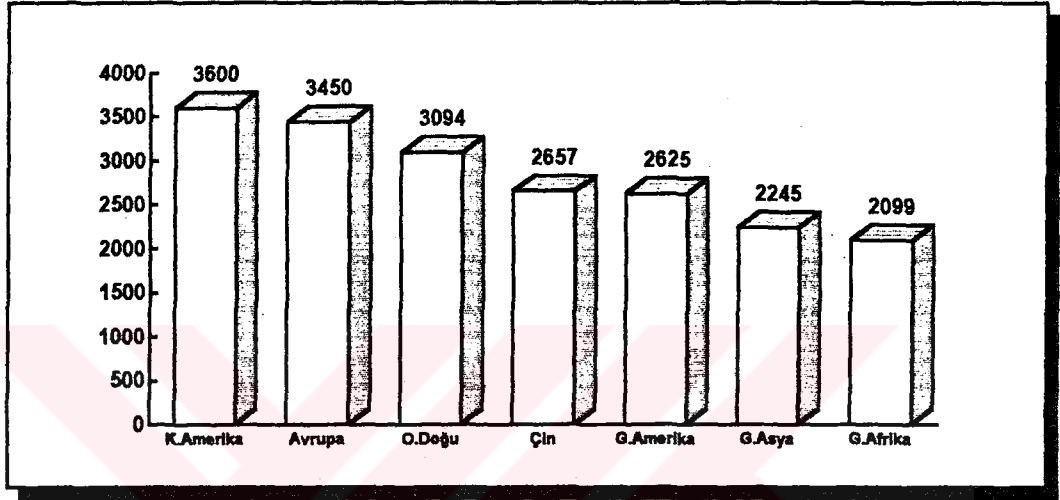
UNICEF 1994 yılı raporunda malnutriyonun dünyada şok edici boyutlarda olduğunu, ancak bunun yeterince kamuoyunun ilgisini çekmediğini vurgulamaktadır⁽²⁵⁾.

Yıllara göre kronik beslenme riski altındaki insan sayısı düşmekle birlikte 1990 yılında bu sayı 786 milyondur ^(23) (Şekil 2).



Şekil.2: Yıllara Göre Dünyada Kronik Yetersiz Beslenme Riski Altındaki Nüfus (Milyon) ⁽²³⁾

Kişi başına günlük enerji tüketimi K.Amerika'da 3600, Avrupa'da 3450 Ortadoğu'da 3094, Çin'de 2657, G.Asya'da 2245 ve G.Afrika'da 2099 kcal'dir. Kişi başına günlük enerji tüketimi Kuzey Amerika'da en yüksek, Güney ve Orta Afrika'da en düşüktür (Şekil.3).



Şekil.3: Bölgelere Göre Kişi Başına Günlük Enerji Tüketimi (kcal) ⁽²³⁾

Yaz aylarında, ishal ve aşırı sıvı elektrolit kayıplarına bağlı olarak malnutriyon sıklığının daha fazla olabileceği bilinmektedir.

Yetersiz beslenme olgusu geri kalmış yada gelişmekte olan ülkelerde yaygın iken, gelişmiş ülkelerde aşırı beslenme olguları yaygındır⁽¹³⁾.

B.2.2: Beslenme Hastalıklarında Klinik Belirtiler

Yeterli ve dengeli beslenen birinin görünümü; hareketli ve dikkatli bakışlar, muntazam, pürüzsüz, hafif nemli, pembe bir cilt, canlı ve parlak saçlar, kuvvetli, normal gelişmiş kaslar, sık sık baş ağrısından şikayet etmeyen, iştahlı, çalışmaya istekli, vücut ağırlığı boy ve yaşa orantılı, akli gelişimi normal, üretken bir kişilik olarak tanımlanırken, bunun tersine kötü beslenen birinin görünümü; pasif, eğilmiş bir vücut, şişkin bir karın, ciltte yara,

sık sık baş ağrısından şikayetçi, iştahsız, yorgun, isteksiz bir kişilik, akli gerilik hal ve hareketlerde dengesizlik şeklindedir.⁽⁷⁾

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin başlangıcında klinik bir bulgu olmayabilir. Beslenme bozukluğunun olumsuz etkileri, gözle görülür değişikliklerden çok önce başlamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde marasmus ve kwashiorkor gibi, ağır malnütrisyon tiplerinden çok daha yaygın olarak hafif yada orta derecede malnütrisyonlu bulunduğu, ve malnütrisyonun bu tiplerinde bile insanda büyüme, gelişme, bağışıklık, üreme ve sosyal yeteneklerde azalma olduğu gösterilmiştir⁽²⁶⁾. Çocuklarda yetersiz beslenme olgusunda, ağırlık ve boyca gözle görülebilir değişikliklerden çok daha önce, gözle görülebilen belirti hareketlerde yavaşlamadır. Yetersiz beslenen çocuklar, koşup oynamak yerine hareketsiz durmayı, ayakta durmak yerine oturmayı, oturmak yerine uzanmayı severler. Alınan besinlerin yetersizliği durumunda metabolizma bozulur, kan basıncı düşer. Yetersiz yağ alımında ise kas dokusundan enerji karşılanır, iskelet görünümünde deformiteler görülür. Marasmus durumunda; “yaşlı insan yüzü”, “bir deri bir kemik görünümü”, huysuzluk ve huzursuzluk görülürken, kwashiorkor durumunda; ödem, apati ve saç renginde açılma sık gözlenen bulgulardır⁽²⁵⁾.

Yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuklarda fiziksel ve mental gelişme geriliğinin yanısıra, doğrudan yada dolaylı olarak hastalıklara neden olur. Erişkinlerde ise çalışma ve üretim kapasitelerini düşürür, bir kısım hastalıklara zemin hazırlar. Yetersiz ve dengesiz beslenme, marasmus, kwashiorkor, anemi, guatr, pellegra, beriberi, skorbüt, kseroftalmiya ve raşitizm gibi birçok hastalığın doğrudan nedeni olduğu gibi, birçok enfeksiyon hastalığının yerleşmesine ve daha ağır seyirli olmasına neden olmaktadır⁽⁷⁾. Çocuklarda hafif derecede beslenme yetersizliğinde bile, bir hastalıktan ölme riski, beslenme sorunu olmayan çocuğa göre 2 kat daha artmaktadır.

Dengesiz ve yetersiz beslenme en ağır etkilerini gebelik ve doğum sonrası ilk 12 ayda gösterir. Daha sonra beslenme düzeltilse bile, geridönüşümü olmayan fiziksel ve mental gelişme geriliği belirtileri oluşturur. Bu çocuklar potansiyel zeka düzeylerine hiç bir zaman erişemezler⁽²⁵⁾.

B.2.3: Protein Enerji Malnütrisyonu (PEM)

PEM Protein ve/veya enerji bakımından yetersiz beslenme sonucu oluşan en sık küçük çocuklarda rastlanan ve sıklıkla enfeksiyon hastalıklarının da eşlik ettiği patolojik sendromlar grubu olarak tanımlanmaktadır⁽²⁷⁾.

Dengesiz ve yetersiz beslenme, besin maddelerinin yetersiz veya dengesiz alınması, yada besinlerin emilim bozuklukları sonucunda ortaya çıkabilir. Malnütriyon akut yada süregen olabileceği gibi, geri dönüşümlü yada geridönüşümsüz olarak da sınıflandırılabilir.

Ağırlık kaybının durumuna göre malnütriyon, Gomez tarafından 3 gruba ayrılmıştır: (1) Ağırlığı, standart ağırlığın % 76-90'ı arasında olanlar birinci derecede malnütriyon, (2) ağırlığı, standart ağırlığın % 60-75'i arasında olanlar ikinci derece malnütriyon, (3) ağırlığı, standart ağırlığın % 60'ndan daha az ve ödemi olan çocukları üçüncü derece malnütriyonlu olarak tanımlamıştır. Yalnızca ağırlık kriterine göre sınıflandırmanın sakıncalarından biri, ödem gibi durumlarda yanlış sonuç vermesidir.

Bunun yanısıra ulusal ve uluslararası çeşitli standartlar geliştirilerek çocukların gelişmeleri hakkında bilgi edinilir. Bu standartlara göre boy yada ağırlık gelişimi 3 persentil altında olması gelişme geriliği olarak değerlendirilir⁽²⁸⁾.

B.2.4: Vitamin Eksiklikleri (Avitaminozlar)

B.2.4.1: A Vitamini Eksikliği

A vitamini eksikliği okul öncesi çocuklarda , özellikle 6 ay ile 4 yaş arasında sık görülmekte, her yıl dünyada 500 bin çocuğun kör olmasına yol açmaktadır. Dünyada 40 milyon okul öncesi çocukta A vitamini eksikliği, 13 milyon çocukta göz bulguları vardır. A vitamini eksikliği 5 yaşından küçük çocukların ölme ve hastalanmasında önemli nedenlerden biridir. Ülkemizde de A vitamini eksikliği ile ilgili çalışmalar yetersiz olmakla birlikte, karanlığa adaptasyon zorluğu ve deri belirtileri ile seyreden, hafif düzeyde A vitamini eksikliğinin sık olduğu sanılmaktadır^(11,24,25).

A vitamini eksikliği, ya A vitamini içeren besinlerin yetersiz alınımı, yada kronik barsak hastalıkları, çöliak hastalığı, karaciğer ve pankreas hastalıkları gibi emilimin bozulduğu durumlarda görülür.

A vitamini büyüme, üreme ve görme için gereklidir. Eksikliğinde, hastalıkların ağır seyrettiği ve öldürücü olduğu gösterilmiştir. Çocuk ölümleri, solunum yolu enfeksiyonları ve ishal olgularının artmasında etkili olduğu kanıtlanmıştır. A vitamini epitel dokusunun yenilenmesinde görev aldığından, eksikliğinde epitel doku bariyer görevini yerine getiremez ve enfeksiyonlar için giriş yolu olur. Endonezya'da 1-5 yaş arasındaki 3841 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, kseroftalmi geçiren çocukların, kseroftalmi geçirmeyen çocuklara oranla 4 kat daha fazla ölüm oranına sahip oldukları, 2 kat daha fazla solunum yolları enfeksiyonuna ve 3 kat daha fazla ishale yakalandıkları saptanmıştır⁽¹⁷⁾.

A vitamini eksikliğinin en sık etkileri gözde görülür. Kseroftalmi, gece körlüğü, bitot lekeleri, korneada kuruluk, kornea perforasyonu ve körlük gibi sorunlara yol açabilir. Kızamık olgularında, A vitaminin eksikliği ve buna bağlı körlük olgularının seyrek olmadığı bildirilmektedir.

A vitamini eksikliğinden korunmanın ekonomik ve uygulanması kolay bir yolu, çocuklara birer ay ara ile bir kapsül A vitamini verilmesidir. Bu yöntemle Endonezya'da 1-3 yaş yaşa özel ölüm oranı % 30 oranında azaltılmıştır. Kızamık olgularında, her türlü enfeksiyonda, ve her aşı uygulaması sırasında bir kapsül A vitamini uygulamak oldukça pratik bir yöntemdir. Bebekler için günlük 500 mikrogram, daha büyük çocuklar ve erişkinler için 600-1500 mikrogram A vitamini yada karoten verilmesi yeterlidir⁽¹⁷⁾.

A vitamini yeşil ve sarı sebzeler, balık, karaciğer, yumurta, sütte ve tereyağında bol bulunur.

B.2.4.2: B Kompleks Vitamini Eksiklikleri

B kompleks vitamini, kimyasal olaylarda rol oynayan enzimlerin düzenlenmesi ve fonksiyonlarında görev alan birçok faktör içerir.

B₁ Vitamini (Tiamin) : Eksikliğinde beriberi hastalığı görülür. Özellikle B₁ vitamini eksikliği bulunan annelerin bebeklerinde beriberi görülebilir. B₁ vitamini eksikliğinin hafif şekillerinde, huzursuzluk, ilgisizlik, depresyon, iştahsızlık, kas gevşekliği, inatçı kabızlık, kusma görülebilir. İlerleyen durumlarda el ve ayaklarda periferal nörit, tendon reflekslerinde azalma, kramp, ani kalp yetmezliği, ödem görülebilir. Sağaltım yapılmaz ise ölümle sonuçlanabilir.

Tiamin karaciğer, et, tahıl ve yeşil sebzelerde bol bulunur.

B₂ Vitamini (Riboflavin) : Riboflavin eksikliği, genellikle tek başına görülmez, diğer B kompleks vitaminlerle birlikte bulunur. Eksikliğinde ağızda, dilde, gözde iltihap (stomatit, perleş, glossit, keratit, konjunktivit), ışıktan rahatsız olma, gözlerde sulanma, korneada damarlanma yapısında artış, kepeklenme, seboreik dermatit belirtiler arasındadır. Karaciğer, süt, yoğurt ve suyu, yumurta, yeşil yapraklı sebzeler B₂ açısından zengin besinlerdir⁽¹⁰⁾.

Niasin Eksikliği : Yetersiz beslenme, karsinoid tümör, hartnup hastalığı ve izoniyazit ile tedavi sırasında eksiklik görülebilir. Eksikliğinde Pellegra olarak tanımlanan hastalık görülür. Hafif eksikliklerinde, kolay yorulma, sinirlenme, dilde yanma ve kabızlık gibi, hastalığa özgü olmayan belirtiler görülebilir. İleri durumda, dermatit, ishal ve demanstan oluşan, hastalığın klasik üçlüsü ortaya çıkar. Böbrek, karaciğer, et, balık, bira mayası, yerkıstığı ve kepek önemli niasin kaynağıdır.

Vitamin B₆ (Piridoksin) Eksikliği : Piridoksin eksikliği, insanda fazla gözükmemekle birlikte, izonikotirik asit ve izoniasid gibi piridoksin antagonisti ilaç kullananlarda görülebilir. Eksikliği periferal nörit, konvulsiyon, dermatit ve kansızlığa yol açabilir. Karaciğer, et, taneli hububat ve yeşil sebzelerde bulunur.

Folik Asit (Folat) Eksikliği : Eksikliğinde megaloblastik anemi görülür. Hızlı büyüme çağında, gebelikte gereksinimi artar. Anti epileptik ilaçlar, oral kontraseptifler, ko-trimaksazol ve primetamin folat eksikliği yapabilir. Folat eksikliğine bağlı anemiler özellikle hızlı büyüme çağındaki çocuklarda ve gebelerde sık görülmektedir. Karaciğer, böbrek ve sebzelerde bol bulunur.

B.2.4.3: C Vitamini (Askorbik Asit) Eksikliği : C vitamini bağ dokusunun yapısında önemli görev alır. Erken dönem eksikliğinde, halsizlik, kemik ağrıları ve enfeksiyona yatkınlık görülür. İleri dönemde skorbüt olarak tanımlanan, dişetlerinde şişme ve kanama, deride ekimoz, periost altı kanamalar ve sindirim sisteminde kanamalarla seyreden klinik durum ortaya çıkar. Özellikle süttozu ile beslenen bebeklerde C vitamini eksikliği görülebilir. Taze meyve ve meyve suları bol C vitamini içerir.

B.2.4.4: D Vitamini Eksikliği

D vitamini eksikliği, süt çocuklarında ve ilk yaşlarda sık görülür. Ülkemizde, çocuklar arasında D vitamini eksikliği, değişik araştırmalarda % 5 ile 59 arasındaki hızlarda bulunmuştur. Son araştırmalara göre, olguların sıklığında önemli bir azalma olmasına karşın, ülkemiz için hala önemli bir sağlık sorunu olarak devam etmektedir⁽¹⁰⁾.

D vitamini eksikliğinde, özellikle iskelet sisteminde belirtiler görülür. Kemikler yumuşar, kolaylıkla bükülebilir, kemik uçları genişleyebilir, bileklerde şişlik, göğüs kemiği ile kaburga kemikleri arasında şişlikler (rozary), bacaklarda X ve O biçimi çarpıklıklar, bingıldakların geç kapanması görülebilir.

D vitamini eksikliğinin en sık nedenleri arasında, çok sıkı giydirme ve güneşe çıkarmamak vardır. Besinler özellikle 0-3 yaş arası çocukların gereksinimini karşılayabilecek kadar D vitamini içermezler. Bu nedenle 0-3 yaş arasında, D vitamini vermek ve güneşe çıkarmak gerklidir. Yeteri kadar güneş ışını alamayan bebekler için, özellikle de siyah derili olanlara, yaşamın erken döneminde günde 400 I.U. D vitamini eklenmelidir. Anne sütü ve yeteri kadar güneş ışınının alan beyaz derili bebekler için, yaşamın ilk aylarında D vitamini eklenmesi gerekli değildir.

B.2.4.5: K Vitamini Eksikliği

Kalın barsakta bakteriler tarafından sentezlenir. Vitamin K eksikliğinde kanamalara eğilim artar. Özellikle yenidoğanda kanamalara neden olabildiğinden, bazı ülkeler, profilaktik amaçla, yenidoğanlara 1-2 mg ağızdan yada kas içinden K vitamini rutin olarak uygulamaktadır. Kanın pıhtılaşmasında görev alan K vitamini, yeşil yapraklı sebzelerde, yumurta sarısı ve karaciğerde bol bulunur.

B.2.5: Mineral Eksiklikleri

B.2.5.1: Demir Eksikliği

Demir eksikliği anemisinin dünyada en yaygın görülen besin eksikliği olduğu, ülkemizde sıklığı giderek azalmasına karşın yaygınlığını önemli ölçüde koruduğu bildirilmektedir. DSÖ standartlarına göre dünyada 2 170 milyon insanın anemik olduğu tahmin edilmektedir. Demir eksikliği anemisi okul çağı öncesi çocuklarda, doğurganlık çağındaki kadınlarda ve gebelerde sık görülür. DDA bebekler, prematürel ve perinatal kan kaybı olan bebeklerde demir depoları erken tükendiğinden, demir eksikliği daha yaygındır^(9,11,24).

Bebeklerde en iyi koşullarda bile demir stoku yaşamın 4. ayında tükenmekte ve bu aydan sonra bebeğin yalnızca sütle beslenmesi demir eksikliği anemisine yol açmaktadır. Beslenme alışkanlıklarının yanı sıra sık sık geçirilen enfeksiyonlar ve parazitozlar da demir eksikliği anemisine yol açmaktadır⁽¹⁷⁾.

Demir eksikliği anemisinde, solukluk, huzursuzluk, iştahsızlık, kalpte sistolik üfürüm, kalpte genişleme ve taşikardi görülebilir.

B.2.5.2: İyot Eksikliği

Sofra tuzlarının iyotlanması gibi ucuz ve pratik bir yöntem olmasına karşın, iyot yetersizliği, her yıl yüzbinlerce çocuğun kreten olmasına yol açmaktadır. Sofra tuzlarını iyotlanması, kişi başına 5 sent'lik bir maaliyet getirmektedir. Annelerdeki iyot eksikliğine bağlı her yıl 30 bin bebeğin ölü, 120 bin bebeğin ise kreten doğduğu bildirilmektedir. Dünyada 110 ülkede, 1.6 milyar insanın iyot yetersizliği riski altında olduğu, yaklaşık 300 milyon insanın iyot eksikliğine bağlı mental geriliğe maruz kaldığı, tüm dünya nüfusunun % 10'unun guatr hastalığına yaklandığı ileri sürülmektedir ^(24,25).

İyot eksikliği, ülkemizde önemli beslenme sorunlarından biridir. Karadeniz ve Akdeniz'in iç kesimleri, Doğu ve İç Anadolu'da bazı bölgelerde guatr sıktır. Türkiye'de çocuklar arasında guatr görülme sıklığı % 10 dolayındadır⁽²⁷⁾.

Özellikle yüksek ve dağlık bölgelerde, iyot eksikliği sık görülen bir olgudur

B.2.5.3: Çinko Eksikliği

Eksikliğinde, büyümede yavaşlama, cinsel organların gelişmesinde gecikme yada durma, tad ve koku duyusunda azalma ve yaraların güç iyileşmesi görülür. Hayvansal besinler çinko yönünden zengin, süt ve yapraklı sebzeler fakirdir.

B.2.5.4: Flor Eksikliği

Toprak, su ve hayvansal besinlerde çok az miktarlarda bulunan flor, kemik ve dişlerde depo edilir. Deniz ürünleri ve çay flor açısından zengindir. Eksikliğinde diş çürümelere görülür. Fazlalığında dişlerde esmer renkte lekelere neden olabilir.

Bebeklik ve çocukluk çağında alınan flor, diş çürümelerine karşı önemli bir koruyucu etki gösterir.

B.2.5.5: Kalsiyum Eksikliği

Vücutta en çok bulunan mimerallerden biri olan kalsiyum, iskelet, diş gelişiminde ve bir kısım kimyasal olaylarda görev alır. Süt ve süt ürünlerinde kalsiyum bol bulunur. Çocukluk çağında yeterince kalsiyum alınmaz ise, kemik ve dişlerde şekil bozukluğu görülür.

B.2.5.6: Sodyum Eksikliği

Vücutta su dengesinin sağlanmasında ve tüm metabolik olaylarda görev alan sodyum, çavdar ve buğday ekmeği, tuzlu tereyağı, peynir ve turşularda boldur. Aşırı terleme, kusma ve aşırı idrar yapma durumunda gereksinimi artar. Eksikliğinde başdönmesi, bulantı-kusma, kas krampları ve solunum zorluğu ortaya çıkabilir.

B.2.5.7: Potasyum Eksikliği

Potasyum eksikliği yada fazlalığı öldürücü olabilmektedir. İshal ve kusma ile seyirli hastalıklarda vücuttan atılım artabilir. Meyveler ve kuru baklagiller bol potasyum içerirler.

B.2.5.8:Klor

Osmotik basıncın düzenlenmesi ve asit-baz dengesinin sağlanmasında görev alır.

B.2.5.9: Magnezyum

Magnezyum, sinir sistemi ve kasların düzenli çalışmasında, kemik ve dişlerin yapısında ve birçok kimyasal olayda görev alır. Kuruyemiş, baklagiller, unlu besinler, etler, böbrek, karaciğerde ve yeşil yapraklı sebzelerde bol bulunur. Magnezyum eksikliği, sıklıkla süregen malnütrisyon, malabsorbsiyon sendromları, ağır ishaller ve böbrek yetmezliği gibi durumlarla birlikte. Yetersizliğinde, kas ve sinir uyarılmasında dengesizlik, tetani, güçsüzlük, solukluk ve kalp atışında düzensizlikler görülebilir.

B.3: Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler

B.3.1: Sağlık Hizmetleri

Beslenme çabaları, temel sağlık hizmetlerinden birisidir. Bu sorunun çözümünde uygun sağlık örgütleri, personel ve beslenme politikaları gereklidir. Doğum öncesi ve sonrası yeterli sağlık bakımının sunulamaması ile, erken tanı, sağıaltım olanaklarının kaçırılması ve yüksek doğurganlık hızı malnütrisyon nedenleri arasındadır.

Ailedeki çocuk sayısının çokluğu, annenin çok erken yada çok geç yaşta gebe kalması, iki gebelik arası sürenin 2 yıldan az olması, büyüme ve gelişme geriliğini besleyen nedenler arasındadır. Doğurganlık hızının yüksek olduğu toplumlarda, anneler yeterli besin deposunu yapamazlar. Bunun yanısıra gebelik döneminde beslenme alışkanlıklarını da genellikle değıştirmezler. Türkiye’de gebe olmayan kadınların yaklaşık yarısında, gebelerin ise üçte ikisinde demir eksikliği anemisi olduğu bulunmuştur. Annelerin gebelik döneminde beslenme alışkanlıklarını değıştirmeleri, ve doğum aralıklarının en az 2 yıla çıkarılması, beslenme ve birçok diğer çocuk sağlığı sorununun çözümüne katkıda bulunacaktır. Gebeliklerin özellikle ilk aylarında ortaya çıkan gebeliğe bağlı bulantı kusmaların olduğu dönemde gebelere yardımcı olabilmek için gebeliğin erken dönemde saptanması gereklidir.

Doğum öncesi annenin dengeli ve yeterli beslenmesi ve sağlık eğitimi düşük doğum ağırlıklı bebeklerin azaltılması için gereklidir.

Çocukların ağırlık ve boylarının düzenli olarak izlenmesi, bu izlemler sırasında aileye sağlık eğitiminin verilmesi yalnızca beslenme sorunlarının değil, birçok sağlık ve toplumsal sorunların çözümünde de rol oynar.

Hekim, ebe, hemşire başına düşen nüfus azaldıkça sağlık göstergeleri iyileşmekte, yerleşim yerinin sağlık kurumuna olan uzaklığı kısaldıkça, kişi başına başvuru sayısı artmaktadır. Bu nedenle, sağlık personeli ve sağlık kurumlarının, ülke düzeyinde dengeli biçimde dağılımları önem kazanmaktadır.

DDA bebekler ve prematürelere büyüme ve gelişme geriliği olgusu daha sık görülmektedir. DDA bebek ve prematüre olgularını azaltmak için, doğum öncesi hizmetler ülke düzeyinde yaygınlaştırılmalıdır.

B.3.2: Sağlık Politikaları

Kuşkusuz beslenme ekonomik gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişkilidir. Ancak belirgin bir ekonomik gelişme sağlayamayan birçok ülke, dengesiz ve yetersiz beslenme sorununu çözmeyi önemli ölçüde başaramamışlardır. Tanzanya, ülke düzeyinde çocuk başına 2.50 dolarlık bir maliyetle, ağır malnütrisyon olgularını 3 yıl içinde yarıyarıya azalmıştır. Buna karşın ekonomik krizlerden kurtulmak için, sağlık ve eğitime yapılan yatırımları azaltan birçok ülkede ekonomik krizler aşıldıktan sonra da, sağlık düzeylerinde belirgin bir gelişme görülmemiştir.

Beslenme sorunlarının ekonomik sorunların çözümünden sonraya bırakılması akılcı bir yaklaşım değildir. Çünkü ekonomik sorunların nedenlerinden biriside kötü beslenmenin yol açtığı durumlardır. Beslenme yetersizliği çocuklarda fiziksel ve mental gelişme geriliği, erişkinlerde üretimde düşüklük, ve her yaşta hastalıklara zemin hazırlayarak ekonominin gelişmesine bir engel oluşturur. Beslenme yetersizliği çocuklarda fiziksel ve zihinsel gelişime geriliği ile birlikte, okul ve işte başarısızlığa, çocuk ölümlerinde artışa, böylece yüksek doğum oranı ve nüfus artış hızına ortam hazırlar.

Beslenme sorununun çözümü için öncelikle sorunun boyutlarını belirleyici çalışmalara, uygun, kararlı beslenme politikalarına, uygulanan beslenme politikalarının sonuçlarını gözleyebilen sistemlere gereksinim vardır. Kötü beslenme olgusuyla savaşmak istendiğinde, ülke düzeyinde beslenme denetiminin düzenli olarak yapılması gereklidir. Beslenme olgusu birçok alandaki hükümet politikalarından olumlu yada olumsuz olarak etkilenir. Bu etkilerin sonuçlarını gözleyebilmek için, bir geri iletim mekanizmasının kurulmasının önemi büyüktür.

B.3.3: Sağlık Eğitimi

Yetersiz ve dengesiz beslenen bir çocuk, birde yetersiz eğitim sürecinden geçerse, yetenekleri gelişmemiş, üretim kapasitesi düşük bir birey olacaktır. Bir diğer anlatımla yetersiz ve dengesiz beslenme yoksulluğun sonucu olduğu gibi, yetersiz ve dengesiz beslenme de yoksulluğun bir nedenidir.

Ekonomik düzeyi çok düşük ülkeler dışında, dengesiz ve yetersiz beslenmenin başlıca nedeni besin eksikliği değil, bilgisizlik, yanlış tutum ve davranışlardır. Anne sütü yerine süttozu veya diğer besinlerin verilmesi, ek besine çok erken yada geç başlanması, emzirme yerine biberonla beslemenin uygulanması, yoğurt ve yumurtanın zararlı olduğuna inanılması, ishal olur korkusu ile yazın süt verilmemesi, anne sütü alan çocuğa süt verildiğinde midesi bozulur düşüncesi, ateşli hastalıklarda yoğurt, meyva suyu et verilmemesi, yenidoğan bir bebeği emzirmeye başlamak için üç ezan sesi beklenmesi, annenin ilk sütün büyücü sütü olduğu inancı ile ilk süt yerine şekerli su yada başka bir besin ile beslemeye başlanması, ishal olan çocuğa sıvı besinler yerine katı besinler verilmesi gibi yanlış bilgi, tutum ve davranışlarla, ülkemizde sıklıkla karşılaşılmaktadır.

Oysa bir yenidoğan kısa bir süre içerisinde beslenmeye başlanmaz ise, kolaylıkla hipoglisemiye girebilir ve önlenmesi güç mental sorunlara yol açabilir. Özellikle tosuncuk (doğum ağırlığı 4500 gram üzerinde olanlar), sürmatür (42. gebelik haftasından sonra doğanlar) ve DDA bebekler (doğum ağırlığı 2500 gramın altında olanlar) hipoglisemi açısından oldukça risklidir.

Annenin ilk sütü (ağız : kolostrum) yerine şekerli su yada başka bir besin verilmesi çocukta ishal sıklığını artırır. Oldukça besleyici ve hastalıklara karşı koruyucu özelliği olan annenin ilk sütü, bebeğe ilk verilmesi gereken besindir.

İshal olgularında su ve tuzun hayat kurtarıcı bir önemini bilmeyen aileler ve bir kısım hekimler, yanlış tutum ve davranışları sonrasında çocuğun ölümüne yol açabilmektedirler.

Bunun yanısıra hangi besin maddesinin ne tür besin içerdiğinin bilinmemesi, çocuğun isteğine gereğinden fazla uyulması dengesiz beslenmeye yol açan diğer nedenlerdendir. Özellikle kırsal alanda evdeki süt, yoğurt yada yumurtayı satarak, bakkaldan şeker, çikolata, bisküvi alınması beslenme bilgisizliğindedir. Yeterli yada gereğinden fazla karbonhidratla beslenen

çocukların beden ağırlıkları normal yada aşırı olabilir. Ancak boyca büyüme ve gelişme geri kalır. Yemeklerden önce verilen şekerli besinler çocuğun iştahını azaltır. Bu nedenle yemeklerden önce şeker, bisküvi, tatlı, gofret, çikolata verilmemelidir. Bu tür yiyeceklerin besin değeri yüksek değildir. Elden geldiğince az ve yemeklerden sonra verilmesinde yarar vardır.

Gebelikte, gebelik öncesi dönemlerden daha fazla besine gereksinim duyulduğundan, beslenme bu dönemin gereksinimlerine göre düzeltilmelidir. Anne, baba ve ailede sözü geçen büyüklere gebelikte beslenme bilgisi verilmeli, gebeliğin son dönemlerine yakın yenidoğan beslenmesi ve bakımı hakkında eğitim yapılmalıdır.

B.3.4: Ailenin Sosyal ve Ekonomik Durumu

Geniş aile, parçalanmış aile çocukları ve istenmeyen çocuklarda beslenme yetersizliği daha sık görülür.

Kuşkusuz, beslenme sorununun temel nedenlerinden biriside, ekonomik geri kalmışlık ve gelir dağılımındaki dengesizliktir. Toplumun gelir düzeyinin artırılması ve gelir dağılımındaki bozuklukların giderilmesi beslenme sorunlarının çözümünde önemli yararlar sağlayacaktır.

Bugün gelişmekte olan ülkelerde yoksulluğun, beslenme ve sağlık sorunlarının temel nedeni, toplam yıllık harcamaların yarısını askeri harcamalar, borç ve faiz ödemeleri için ayırmalarıdır. Bu iki etkinlikte üretken değildir. İşte bu nedenle borç ödemeleri ve savunma harcamalarının kısılması, bu kısıntıların sağlık ve eğitim alanlarına aktarılması insanlığın gelişmesi için "zorunlu bir önkoşul " olarak gösterilmektedir. UNICEF Genel Direktör Yardımcısı Richard Jolly öncelikler konusundaki görüşlerini şöyle açıklamaktadır: "Ekonomik büyümeyi sağlamada insan varlığı, fiziksel sermayeden daha önemli bir etkidir... Beslenme, temel eğitim ve sağlık konularında insan varlığına yapılacak yatırım ertelenemez; ortada gereksinim varken, belirli bir yaşta bu yatırım ya yapılır, yada yapılmaz ve iş orada biter. Çünkü küçük bir çocuk için ikinci bir fırsat yoktur. 1980'lerde insan varlığını yatırımsız bırakmanın yeterince vurgulanmayan trajik boyutu, 21.yüzyılda yetersiz beslenme nedeni ile bodur kalmış ve yeterli eğitimi alamamış kuşaklar olarak karşımıza çıkacaktır." Ekonomik krizlerden kurtulmak için çocukların fiziksel ve zihinsel gelişmesinden fedakarlık etmek insancıl bir davranış değildir.

Borç sorununun çözümünde ilerleme sağlanamaz ise, çocukların beslenme, sağlık ve eğitim sorunlarını çözmeye yönelik özel politikaların bile kaçınılmaz olarak yetersiz kalacağı ileri sürülmektedir. Gelişmekte olan ülkeler, çocukların normal gelişmelerini, sağlıklarını ve eğitimini geri plana iterek borçlarını çocuklara ödettirmektedirler. Birçok gelişmekte olan ülkede sağlık harcamaları giderek düştüğü, yüzlerce sağlık kuruluşunun kapandığı, açık kalanların ise yeterli araç gereç desteğine sahip olmadığı UNICEF raporlarında yer almaktadır⁽³⁾.

B.3.5: Bulaşıcı Hastalıklar

Olumsuz çevre koşulları, yetersiz bağışıklama, yetersiz beslenme ve bilgisizlik nedeni ile çocuklar sık sık hastalanır. Hastalıklar döneminde çocuklar normalden daha fazla besine gereksinim duyarlar. Oysa bu dönemde çocuğun genellikle yemek iştahıda azalır. Bu durumda çocuklar hızla ağırlık kaybına uğrarlar. Ağır bir ishal olgusunda çocuk günde ağırlığının % 2'sini, kızamıkta ise birkaç günde % 7'sini kaybetmektedir. Her bir derece yüksek ateş, günde yaklaşık 250 kalori kaybına neden olur. Bununla birlikte anne-babalar ve bir kısım hekimler çocuğun sindirim sisteminin dinlendirilmesi gerektiğini düşünerek beslememeyi uygun görürler. Bu tutumun tamamı ile yanlış olduğu kanıtlanmıştır.

Başta akut solunum yolu enfeksiyonu, ishal ve sıtma başta olmak üzere tüm bulaşıcı hastalıklar, malnütrisyon olgusunun artmasına yol açarken, malnütrisyonunda bu hastalıkların daha ağır seyretmesine, sıklaşmasına, kronikleşmesine, ve öldürücü olmasına neden olmaktadır.

Sıtma ve diğer parazitozlar, özellikle çevre koşullarının olumsuz olduğu bölgelerde büyüme ve gelişme geriliğinin önemli nedenleri arasındadır.

Hastalık dönemi ve sonrasında çocukların daha fazla besine gereksinimleri vardır. Bunun için çocuklara hastalık sonrası (iyileşme döneminde), hastalığın sürdüğü gün sayısınca, her gün bir öğün ekstra besin verilmelidir. Hastalık nedeni ile anne, baba ve büyüklerin sağlık kurumlarına gelmesi, çocuk sağlığı ve beslenme eğitimi açısından iyi bir olanaktır. Bu olanağın kaçırılmaması için, tüm sağlık personeline sürekli mesajlar verilmeli, personel eğitimi ve denetimi sağlanmalıdır.

B.3.6: Fizik Çevreye İlişkin Nedenler

Sağlıksız çevre koşullarında besinler, üretim, saklanma ve tüketim sırasında kolaylıkla mikrop yada kimyasal etkenlerle kontamine olabilirler. Besinlerle vücuda giren parazitler uzun sürede beslenme yetersizliğine yol açarken diğer birçok hastalık etkenide akut hastalıklara yol açar.

Fizik çevre koşullarının sağlıksız olması durumunda, fekal-oral yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığı artmakta, bu durum ise, büyüme ve gelişme geriliği olgusunu beslemekte, bebek ve çocuk ölümlerini artırmaktadır.

Az gelişmiş ülkelerde görülen hastalıkların % 80'i temiz içme ve kullanma suyu eksikliği ile ilişkilidir. Tifo ve birçok salmonella enfeksiyonu, amipli ve basilli dizanteri, kolera, hepatit, parazitozlar, entero bakteriler, entero virüsler ve birçok virüs hastalıkları su ile bulaşabilmektedir⁽¹⁰⁾.

İnsan ve hayvan vücudundan atılan tüm atıklar, kullanılmış sular, çöpler ve sanayi atıkları, sağlığa uygun biçimde ortadan kaldırılmaz ise, besinler, içme suları ve kullanma suları kolaylıkla kirlenebilmekte ve halk sağlığı açısından önemli sorunlar yaratabilmektedir.

Hızlı nüfus artışı ve düzensiz kentleşme sonucu, sağlıksız konutlar hızla yayılmaktadır. Oysa bir kişi yaşamının üçte ikisini, konutunda yada onun çevresinde geçirmektedir. Yeterince güneş ışığı almayan, nemi, ısınma durumu, havalandırması iyi olmayan, hacim ve alan bakımından yetersiz, içinde akarsu ve helası bulunmayan konutlar, sağlık için uygunsuzdur.

Hava kirliliği, doğrudan birey sağlığını etkilediği gibi, hayvan ve bitkilere verdiği zararlarla, sağlıklı besin elde edilmesini zorlaştırabilir.

Fareler, karasinek, bit, pire, karasinek ve kene gibi vektörler, birçok hastalığın yayılmasını kolaylaştırmakta, besinlerin kirlenmesine neden olabilmektedir.

B.3.7: Bağışıklama Durumu

Bağışıklama ile beslenme arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Yetersiz beslenme durumunda aşı yapılsa bile antikör düzeyi istenilen düzeye ulaşamayabilir. Kişide yeterli bağışıklama sağlanamaması ise, bulaşıcı hastalıkların sıklığını artırarak, beslenme durumunun bozulması ile sonuçlanmaktadır. Yeterli bağışıklama kızamık, pnömoni ve ishallerle ilgili beslenme bozukluklarını azaltacaktır.

B.3.8: Diğer Nedenler

Toplumumuzda erkek çocuğuna gösterilen ilgi, ne yazık ki kız çocuğuna gösterilmemektedir. Ailede kıymetli sayılan ve az bulunan besinler öncelikli olarak erkek çocuklarına verildiğinden, kız çocukları beslenme açısından daha riskli bir grubu oluştururlar. Ve 2000 yılı hedefleri arasında olan, “ Kızlar ve kadınların ilk çocukluk, gençlik ve hamilelik ve emzirme dönemleri ile ilgili özel sağlık ve beslenme gereksinimlerinin en geniş biçimde tanınması” da yerine getirilmemektedir⁽²⁹⁾.

Doğumsal anomalililer, emilim bozuklukları, diş çürükleri ve bazı endokrin hastalıklar büyüme ve gelişme geriliğine sıklıkla eşlik ederler.

Annenin, sigara ve alkol içme gibi zararlı alışkanlıkları, prematüre ve DDA bebek olgusunun bilinen nedenleri arasındadır.

Çocuğun yemek içmek kadar, sevgi ve ilgiye de gereksinimi vardır. Büyüme ve gelişmede çocuğa ilgi ve sevginin önemli bir rol oynadığı unutulmamalıdır.

B.4: Beslenme Sorunlarının Saptanması

Beslenme sorunlarının saptanmasında: (1) klinik bulgular, biyosimik ve biyofizik testler ile antropometrik ölçümler, (2) vital ve medikal istatistik veriler, (3) gıda tüketim düzeyi, (4) tarım ve besin üretimi, depolama, nakliye, muhafaza, besin ücretleri, halkın ekonomik durumunu gösteren ölçütler kullanılabilir. Sanitasyon, temiz su temini, sağlık örgütünün yaygınlığı, coğrafi durum, iklim, sosyoekonomik, kültürel faktörler gibi ekolojik faktörlerin değerlendirilmesi de yer almaktadır.⁽³⁰⁾

B.4.1: Beslenme ve Büyümenin İzlenmesi

Beslenme ve büyüme, genetik, çevresel etkiler ve geçirilen hastalıklardan etkilenir. Bir çocuğun beslenmesi ile büyümesi arasında çok yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle beslenmenin değerlendirilmesi sırasında sıklıkla büyümenin izlenmesi yoluna başvurulur. Büyüme hücrelerin sayısal ve hacimsel olarak artması sonucudur. Büyüme konsepsiyonla başlayıp, adölesan dönemin sonuna kadar süren ve zaman zaman değişen hızlarda seyreden bir süreçte gerçekleşir. Bu süreç içerisinde organlarında büyüme hızları da değişiklik gösterir. Örneğin ilk yıllarda beyin gelişimi hızlı olur ve 5 yaşına geldiğinde, erişkin beyin ağırlığının % 90'ına ulaşılır⁽²⁰⁾.

Yenidoğan bir bebekte, ilk 6 aylık dönemde; her ay ortalama 600 ile 1000 gram, 7-12 aylık dönemde; ortalama 500 gram, bir ile iki yaş arasında 2 kilogramın üzerinde ağırlık artışı beklenir. İki yaşından sonra beklenen ağırlık artışı ise kabaca aşağıdaki denklemle elde edilebilir :

$$\text{Beklenen Ağırlık} = (\text{yaş} \times 2) + 8 \text{ kg}$$

Gününde doğan bir yenidoğanın boyu doğumda ortalama 50 cm'dir. İlk üç ayda toplam 8 cm, ikinci üç ayda toplam 8 cm boy uzayarak altıncı ayda boy uzunluğu 66 cm, üçüncü üç ayda 4 cm, dördüncü üç ayda toplam 4 cm uzayarak bir yaşında 74-75 cm'e ulaşır. İki yaşında 84-85 cm'e ulaşırken, iki yaşından sonra beklenen boy uzunluğu ise aşağıdaki denklemle elde edilebilir⁽¹⁶⁾.

$$\text{Beklenen Boy Uzunluğu} = (\text{yaş} \times 5) + 80 \text{ cm}$$

Çocuklarda ağırlık ve boy izlemleri, aynı yaştaki çocuklardan elde edilen standart değerlerle karşılaştırılarak daha duyarlı biçimde yapılabilir.

Doğumdan sonra bebeklerin tek başına beden ağırlıklarının izlenmesi, sağlıkları ile ilgili çok önemli bir işlemdir. Düzenli olarak ağırlık artışı olan bir çocukta ciddi bir sağlık sorununun olmadığı, bunun tersine ağırlık kaybı gözükün, yada 2 ay arka arkaya vücut ağırlığı artmayan bebekte, bir sorun olabileceği düşünülerek, araştırılması gerektiği bildirilmektedir.

Yetersiz beslenme durumunda, ağırlık kaybı yada ağırlık artışında duraklama, gözle görülür hale gelmeden çok daha önce başlar. Bu dönemde bebeğin beden ağırlığındaki duraklama, hem anne-baba, hemde çocuk hastalıkları uzmanları tarafından genellikle farkedilmez. Oysa kaçırılan bu fırsatların yeniden yakalanma olanağı yoktur. Bir bebek için bu fırsat yaşamı boyunca bir kez vardır. Bu dönemde yakalanmayan bebeklerde, giderilmesi olanaklı olmayan fiziksel ve mental sorunlar çıkabilmektedir. Tüm hastalıklarda ve beslenme sorunlarında erken tanı koyarak, geri dönüşümü olmayan sorunların oluşmasını önlemek, insancıl, ucuz, karlı ve de sağlıklıdır.

B.4.2: Büyüme İzlemede Kullanılan Ölçütler

Antropometrik ölçümler, büyüme izlenmesi ve beslenme durumunun değerlendirilmesi için geçerliliği kanıtlanmış, duyarlılığı yüksek, ucuz ve uygulanması kolay yöntemlerdir. Sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler : (1) Yaşa göre ağırlık, (2) Yaşa göre boy (3) Boya göre ağırlık ölçümüdür. Her yöntemin üstünlük ve yetersizlikleri olduğundan genellikle birkaç ölçüm birlikte kullanılır. Toplum taramalarında sıklıkla kullanılan ölçüm yaşa göre ağırlık'tır⁽³²⁾.

Yaşa göre ağırlık ölçümü, büyümedeki ilerlemeyi erken dönemde belirler. Olumsuz yanı, ödemden etkilenmesi ve kısa-şişmanı, uzun-zayıftan ayıramamasıdır.

Yaşa göre boy, uzun süren beslenme sorunları ve enfeksiyon hastalıkları durumunda değerlidir. Erken dönemde duyarlı olmayışı olumsuz yönüdür.

Boya göre ağırlık, özellikle yaşın kesin olarak bilinmediği durumlarda yararlı olabilecek bir yöntemdir.

UNICEF beslenme denetimi için 3 temel antropometrik ölçümlerin toplanmasını yeterli görmektedir;

- 1-Düşük doğum ağırlığı olgularının yaygınlığının saptanması,
- 2-Üç yaş altındaki çocukların yaşa göre ağırlık durumları,
- 3-İlkokula başlama yaşındaki çocukların boylarının ölçülmesi.

Bu üç göstergeden özellikle üç yaş altı çocuklarda yaşa göre ağırlık göstergesini kullanarak, ülkelerin kendi politikalarının sonuçlarını görebileceğini bildirmektedir⁽³⁾.



B.5: Dünya Çocuklarının Durumu

Dünya çocuklarının durumunu, gelişmiş ülke çocukları ile gelişmekte olan ülkelerin çocukları olmak üzere, iki ayrı gruba ayırarak incelemekte yarar vardır. Bu iki gruptaki çocukların ortak sorunları olmakla birlikte , sorunların öncelikleri değişmektedir. Bir kısım sorunlar, özellikle gelişmiş ülkelerde çocuk sağlığı açısından önemli bir sorun olmaktan çıkmasına karşın, bu sorunlar gelişmekte olan ülkelerde çocuk sağlığı açısından önde gelen sorunlardır. Örneğin kızamık, polio, difteri, boğmaca ve neonetal tetanoz vb. gibi aşı ile önlenabilen hastalıklar, malnütrisyon, ishal ve pnömoniler gelişmiş ülkelerde önemli çocuk sağlığı sorunu olmaktan çıkmış olduğu halde, bu hastalıklar gelişmekte olan ülkelerde, en önde gelen çocuk sağlığı sorunlarıdır.

B.5.1: Çocuk Sağlığı ve Yoksulluk, Nüfus Ve Fizik Çevre Sorunları

Yoksulluk, nüfus ve çevre (YNÇ) (Poverty, Population Growth Environmental Stress : PPE) sorunları, gelişmekte olan ülkelerde çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli sorunlardır. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun önemli bir kısmını çocuklar oluşturur. Orta avrupa toplumlarında % 21.0-25.0 olan 0-14 yaş grubu, gelişmekte olan ülkelerde % 45.0 dolayındadır. Aşırı nüfus artışının getirdiği sorunlar, çocuk sağlığında önemli bir boyutu oluşturur. Ayrıca yüksek düşük hızı, yüksek bebek ve çocuk ölüm hızı, malnütrisyon, aşırı nüfus artış hızı ile yakından ilişkili olan sorunlardır^(15,31).

Fizik çevre sorunları, gelişmekte olan ülke çocuklarının sağlığında önemli sorunlar yaratmaktadır. Temiz içme ve kullanma sularının sağlanamayışı, uygun olmayan konutlar, yeterli ve sağlıklı besin maddelerinin elde edilememesi hastalıklara neden oluşturmaktadır. Dünyada bir milyardan üzerinde insanın yeterli besin, temiz içme suyu, temel eğitim ve sağlık olanaklarından yoksun olduğu bildirilmektedir⁽³⁾.

B.5.2: Çocuk Sağlığı ve Savaşlar

Yıllarca sürüp giden savaşlar, genellikle gelişmekte olan ülkeler arasında görülmektedir. Buda milyonlarca çocuğun bu savaşlardan zarar görmesine neden olmaktadır. Son 10 yıl içerisindeki silahlı çatışmalarda 1.5

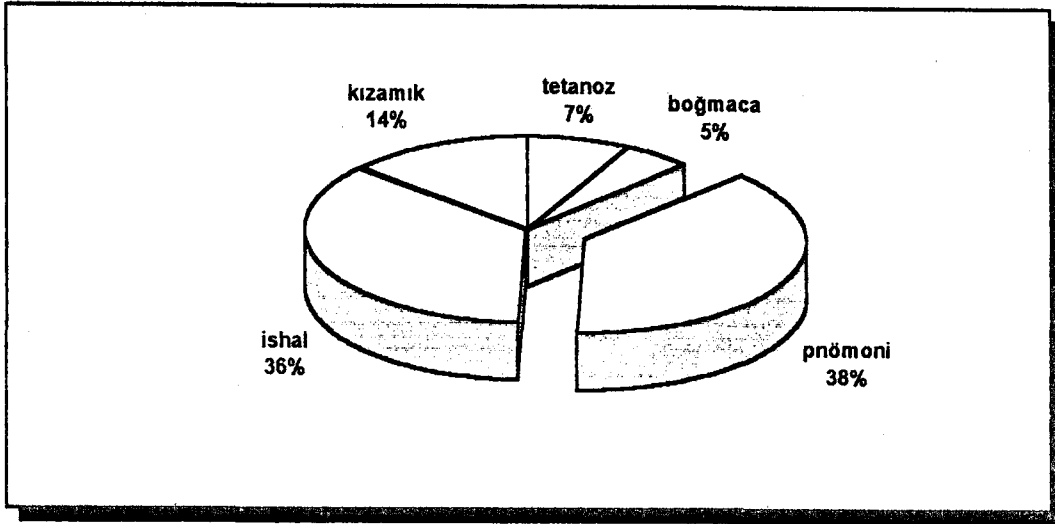
milyon çocuğun öldüğü, 4 milyon çocuğun fiziksel yada psikolojik travmaya uğradığı, 5 milyon çocuğun mülteci durumuna düştüğü ve 12 milyon çocuğun evinden barkından ayrı düştüğü bildirilmektedir^(15,32).

B.5.3:Çocuk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

Yirminci yüzyılda özellikle gelişmiş ülkeler, koruyucu hekimlik çalışmalarına öncelik vermekle, çocuk sağlığında önemli başarılar kazandılar. Bulaşıcı hastalıklar ve beslenme sorunlarını büyük oranda çözerek, çocuk sağlığı sorunlarının sıralamasını, tamamı ile değiştirdiler. Gelişmiş ülkelerde bulaşıcı hastalıklar ve beslenme sorunları geri plana geçerken konjenital anomaliler, malignensiler, kazalar vb. gibi sorunlar önemli duruma geldiler⁽⁹⁾.

B.5.4: Çocuk Sağlığı ve Bulaşıcı Hastalıklar

Gelişmekte olan ülkelerde belirli hedeflere ulaşılmasına karşın, sorunların sıralamasında önemli bir değişiklik yaratacak düzeyde başarı kazanılamamıştır. Bulaşıcı hastalıklar, beslenme ve aşırı nüfus artışı sorunları, gelişmekte olan ülkeler için günümüzde de önde gelen çocuk sağlığı sorunudur. Bu ülkelerde, 5 yaş altı çocuk ölümlerinde, sıklık sırasına göre ilk 5 sırayı: pnömoni (% 38), ishal (% 36), kızamık (% 14), yenidoğan tetanozu (% 7) ve boğmaca (% 5) oluşturmaktadır (Şekil 4). Her yıl dünyada 8 milyon çocuğun bu beş hastalıktan öldüğü ve her üç çocuktan birinin beslenme sorunu nedeni ile, bedensel ve zihinsel gelişimini tamamlayamadığı bildirilmektedir⁽¹⁵⁾.



Şekil 4: 1992 Yılı Gelişmekte Olan Ülkelerde 5 Yaş Altı Çocuklarda İlk 5 Ölüm Nedeni

B.5.5:Çocuk Sağlığı veEğitim

Çocukların ilkokul öğrenimi, yine gelişmekte olan ülke çocuklarının önmeli bir sorunu olarak devam etmektedir. 2000 yılında ulaşılması zor hedeflerden birisi de, çocukların en az % 80 ilkokul öğrenimi alması hedefidir. Eğitimsizlik; bireylerin ve toplumun gelişmesinde, dolayısı ile yoksulluktan kurtulma mücadelesinde önemli bir engeldir. Malnütrisyon sonucu oluşan fiziksel ve zihinsel gelişmedeki geriliğe, eğitimsizlikte eklenince, durum dahada karmaşık hale gelmektedir. Ayrıca anne-babaların eğitimsizliği ve bilgisizliği de, hızlı nüfus artışının ve malnütrisyonun önemli nedenleridir. Bütün bu olumsuzluklar karşılıklı olarak birbirlerini beslemektedirler.

Bu kısır döngüden kurtulmanın yolu, sorunlarda önceliklerin belirlenmesi ve kaynakların verimli olarak kullanılması ile olası görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin en büyük sorunu, insan varlığına yapılan yatırımların yetersizliğidir. Bu noktada "En karlı yatırım insan varlığına yapılanıdır" ilkesinin , her zaman gözönünde tutulmasında büyük yarar vardır. Birçok araştırma ilkokul eğitime yapılan yatırımların, herhangi bir alana yapılan yatırımdan çok daha fazla ekonomik getiri sağladığını ortaya koymuştur⁽²⁵⁾.

B.5.6: Çocuklar İçin Dünya Zirvesi ve Beslenme Hedefleri

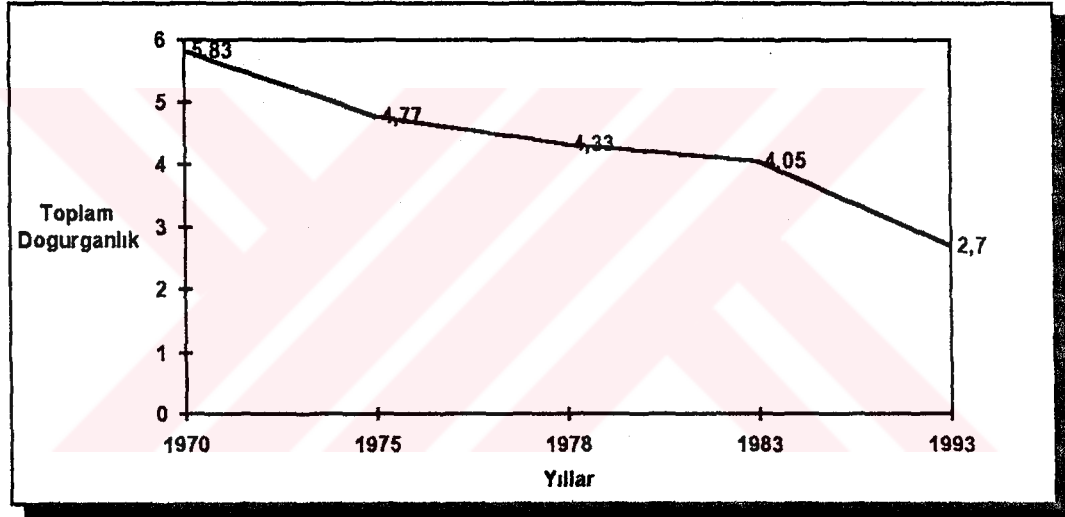
30 Eylül 1990 tarihine yapılan, Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde, 2000 yılına kadar ulaşılabilecek benimsenen beslenme ile ilgili hedefler aşağıda belirtilmiştir⁽¹⁵⁾.

- 1-Dünyada 5 yaşından küçükler arasında görülen ağır ve orta şiddette beslenme yetersizliği olgularının yarı yarıya azaltılması
- 2- Düşük doğum ağırlığı olgularının % 10'un altına indirilmesi
- 3- Bütün ailelerin bebeğin ilk 4 ile 6 aylık dönemde yalnızca anne sütü ile beslenmenin önemini kavratılması
- 4- Büyüme, izleme ve geliştirme çalışmalarının bütün ülkelerde kurumsallaştırılması
- 5-Kadınlarda demir noksanlığı anemisinin 1/3 oranında azaltılması,
- 6-A vitamini ve iyot eksikliğinin erediğe edilmesi,
- 7-Çocukğun en duyarlı yıllarında özel beslenme gereksinimlerinin karşılanması için annelere destek verilmesi,
- 8-Evdeki besin maddelerinin güvenli biçimde sağlanması için gerekli bilgilerin tüm ailelere verilmesi,
- 9-Kızlar ve kadınların gençlik, hamilelik ve emzirme dönemleri ile ilgili özel sağlık ve beslenme gereksinimlerinin en geniş biçimde tanınması.

B.6:Türkiye Çocuklarının Durumu

B.6.1: Türkiye'de Nüfus Politikası

Ülkemizde 1923-1965 yılları arasında doğumları teşvik eden (pronatalist), 1965 yılından sonra ise doğumları sınırlayıcı (anti-natalist) nüfus politikaları uygulanmıştır. Bunun paralelinde, kaba doğum hızı 1950 ve 1960 yılları arasında en yüksek düzeyine ulaşmış (% 48), 1965 yılından sonra ise düşme eğilimine girmiştir. Kaba doğum hızının 1986 -1990 yılları arasında % 29.9 olduğu saptanmıştır. Bu arada kaba doğum hızı gibi, toplam doğurganlıkta da düşme eğilimi sürmüştür (Şekil 5)⁽¹⁾.



Şekil 5: Yıllara Göre Toplam Doğurganlık

Ülkemizde çocuk ve genç nüfus, nüfusumuzun önemli bir kısmını oluşturur. 1990 Yılı nüfus sayımına göre beş yaş altı nüfus, toplam nüfusumuzun % 10.5'ini, 0-14 yaş arası nüfus toplam nüfusumuzun % 35.0'idir⁽²⁸⁾.

Türkiye çocuklarının durumu gelişmekte olan ülke çocuklarının durumuna benzerlik göstermektedir. Aşırı nüfus artışı, köyden kente göçler nedeni ile artan çarpık kentleşmenin yarattığı fizik çevre sorunları, yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklar, eğitim sorunları çocuk sağlığımızın önde gelen sorunlarıdır.

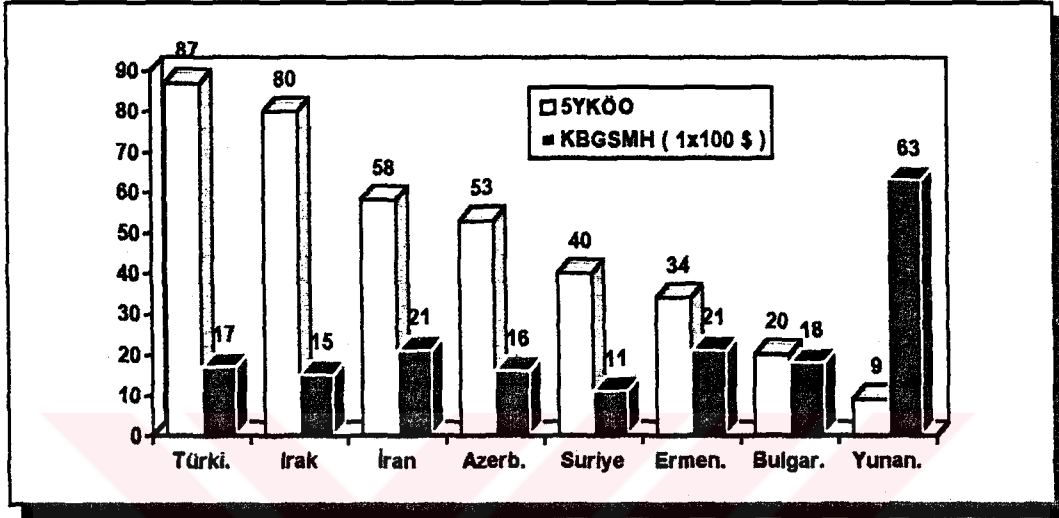
B.6.2:Çocuklar İçin Dünya Zirvesi ve Türkiye

Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde alınan kararlara göre 1995 yılı Türkiye ara-dönem sağlık ve beslenme hedefleri arasında; ülke düzeyinde % 90 bağışıklama hızına ulaşılması, neonatal tetanozun elimimasyonu, kızamık ölümlerinin 1990 yılına göre % 95, kızamık vakalarının da % 90 oranında azaltılması, ishelli hastalıklarda % 80 ağızdan sıvı tedavisi (AST) kullanımı, 5 yaş altı çocuklarda pnömoni ölümlerinin 1/3 oranında azaltılması, çocuk felcinin eradikasyonu, bütün hastane ve doğumevlerinin "Bebek Dostu" statüsüne kavuşturulması, iyot yetersizliğine bağlı bozuklukların önlenmesi için tuzların iyotlanması, A vitamini yetersizliğinin ortadan kaldırılması, ağır ve orta derecede malnütrisyonun 1/3 oranında azaltılması vardır⁽²⁸⁾.

Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm hızları, son 20 yıl içerisinde bir düşüş göstermesine rağmen (Şekil 7), Türkiye çocuk sağlığında, ekonomik gelişmişliği ile paralel bir gelişme sağlayamamıştır. Aralarında komşu ülkelerinde bulunduğu pek çok gelişmekte olan ülke, geçmişte yüksek bebek ölüm hızına sahip olmalarına karşın, çocuk sağlığında Türkiye'den daha ileri bir gelişme sağlamışlardır. Üstelik bunu Türkiye kadar ekonomik gelişme sağlayamadıkları halde başarmışlardır. Tüm komşu ülkelerin 5 yaşından küçük çocuk ölüm oranları Türkiye'den düşüktür(Şekil 6). Sekil 6'da da görüldüğü gibi Suriye'de kişi başına gayri sarfi yurt içi hasıla (GSYİH) Türkiye'dekinden düşük olmasına karşın, Suriye'de 5 yaş altı ölüm oranı Türkiye'ye göre oldukça düşüktür. Ülkemizde çocuk sağlığı göstergeleri, ekonomik olarak kendisinden geri ülkelerin sağlık düzeyine benzerlik göstermektedir. GSYİH arttıkça bebek ölüm hızında düşme şeklindeki bir ilişki birçok ülkede gösterilmiştir.

Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlerinin en önemli özelliği bu ölümlerin önlenabilir nitelikte olmasıdır. İshal, zatüre ve perinatal nedenler başta gelen bebek ve çocuk ölümü nedenidir. Ülkemizde bebek ölümlerinin, toplam ölümler içindeki payı % 33.7'dir. Bir başka deyişle her 3 ölümden birini, bebek ölümü oluşturmaktadır. Yapılan bir araştırmada bu oran büyük şehirlerde düşük (% 23.3), nüfusu 1000'den az olan yerleşim yerlerinde en yüksek (%49.5) bulunmuştur⁽³⁵⁾. Ayrıca bölgeler arası önemli farklılıkların olduğu

bildirilmektedir. Bebek ölüm hızı doğuda en yüksek (%o 60), batıda en düşük (%o 42)'tür. Beş yaş altı çocuk ölüm oranı doğuda %o 70, batıda %o 48, kırsal alanda %o 65 iken, kentsel alanda %o 44 gibi bir fark gözlenmektedir⁽¹⁾.



Şekil.6: Türkiye Ve Komşu Ülkelerin 5 Yaş Altı Ölüm Oranları Ve Kişi Başına Düşen Gayri Sarfı Millî Hasıla (KBGSMH) 1992 ⁽¹⁵⁾

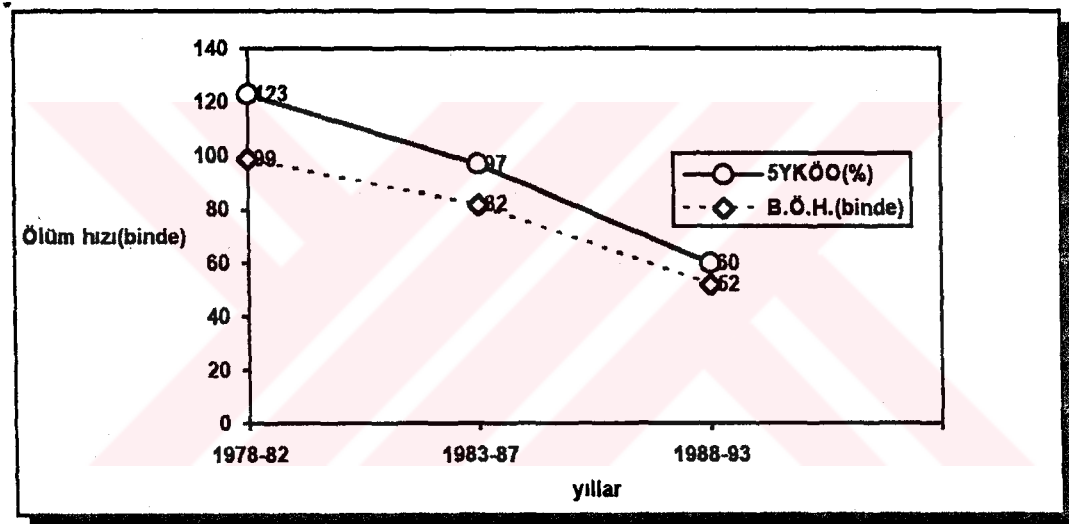
Kuşkusuz bir ülkenin sağlık düzeyini, yalnızca bir değişkenle açıklamak doğru olmaz. Ekonomik gelişmişliğin yanısıra, gelir dağılımında dengesizlik, eğitim, ana bütçeden sağlığa ayrılan pay, nüfus artış hızı vb. gibi birçok etken, ülkelerin sağlık düzeyi ile yakından ilişkilidir.

Bebek ölümleri, ülkemiz için önemli bir sorun olarak devam etmektedir. Bu nedenle bebek ve çocuk ölümleri ile yakından ilişkili konuların üzerinde durmakta yarar vardır: Gelir düzeyinin ve okullaşmanın düşük olduğu illerimizde, bebek ölüm hızının yüksek olması, eğitim ve ekonomik gelişmişliğin bebek ölümü üzerine olan olumsuz etkisinin açık bir göstergesidir. 1985 yılında yapılan nüfus sayımından elde edilen veriler, Türkiye'de İnsani Kalkınma

Endeksi ile, bebek ve çocuk ölümleri arasında ters orantılı ve kuvvetli ilişki olduğunu göstermiştir.

Sağlık hizmetlerinde yararlanma ve hijyen kurallarına uymakla, bebek ölümlerinin azaltıcı bir etki görülmektedir. Doğum öncesi, doğum sırasında veya sonrasında bir sağlık personelinen yardım alan annelerin çocuklarında ölüm hızı diğerlerine göre anlamlı olarak düşmektedir.

Sağlık personeli başına düşen nüfus azaldıkça, ücretli olarak çalışan kadınların oranı arttıkça, toplam doğurganlık hızı azaldıkça bebek ölüm hızının düştüğü gösterilmiştir⁽³⁵⁾.



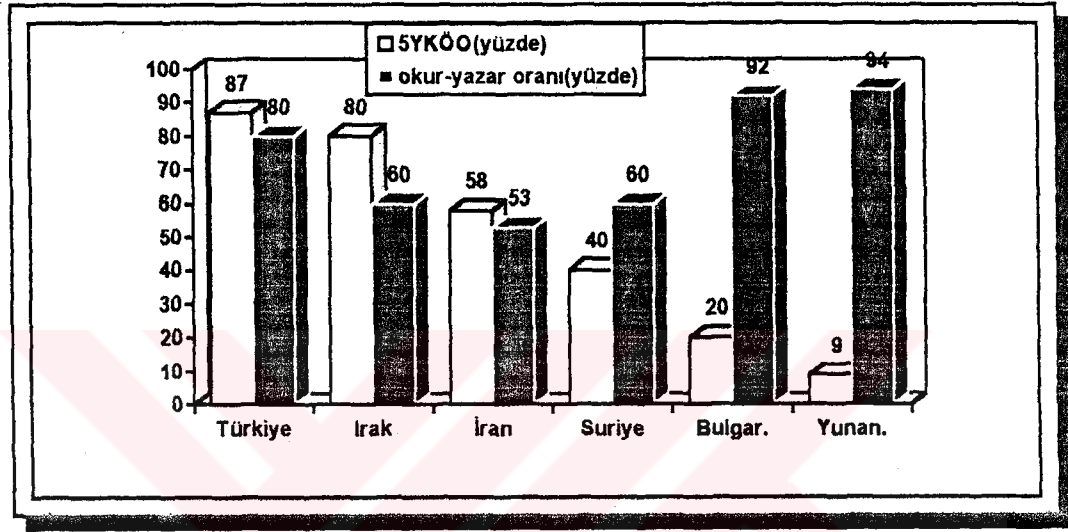
Şekil.7: Yıllara Göre Türkiye'de Bebek Ölüm Hızı Ve 5YKÖ⁽¹⁾

B.6.3: Türkiye'de Eğitim Durumu

İlkokullarda 1988-1989 öğretim yılında okullaşma oranı % 93.4, öğretmen başına düşen öğrenci sayısı kırsal alanda 29, kentsel alanda 33 öğrenci olarak elde edilmiştir. Günümüzde de kız çocuklarının okullaşma, okula devam ve okuldan erken ayrılma durumu özellikle kırsal alanlarda yüksektir. Yine kırsal kesim, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde kadınlarda okuryazarlık oranı düşüktür. Son yıllarda artan terör olaylarının

eğitimi ve sağlığı olumsuz yönde etkileyeceği tahmin edilebilir. Ancak lke düzeyinde bu etkileri değerlendirecek gözetim sistemleri yetersizdir.

Türkiye eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi Suriye, İnan ve Irak'tan yüksek olmasına karşın, 5YK'ında bu ülkelerin gerisinde kalmıştır ⁽²⁵⁾(şekil 8).



şekil.8: Türkiye ile Komşularının Eğitim Düzeyi ve 5YK (1990)

Sağlıklı bir toplum oluşturmanın zorunlu koşullarından birisi, sağlıklı çocuklar yetiştirmektir. Toplumların geleceği ve beklentileri çocuklarıyla özdeştir. Geleceğini düşünen toplumlar, çocuklarının sağlığına önem vermek zorundadır.

C.GEREÇ VE YÖNTEM

C.1.Yer ve Zaman

Araştırma, Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma (S.E.A) Bölgesi'nde bulunan 8 sağlık ocağından 3'ünün bölgesinde yapılmıştır. Doğankent S.E.A bölgesi T.C Sağlık Bakanlığı ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı arasında 28.5.1980 tarihinde yapılan bir protokol ile kurulmuştur. Bölgenin doğusundan Ceyhan, batısından Seyhan ırmağı geçmektedir. Kuzeyi Adana ili Yüreğir ilçesi, güneyi ise Akdeniz ile çevrelenmektedir. Yolgeçen Sağlık Ocağı coğrafi konum açısından diğer sağlık ocaklarından ayrı olup, Adana-Tarsus karayolunun güneyinde kalmaktadır. Toplam nüfusu 50 bin dolayında olup araştırma bölgesi başta olmak üzere yoğun bir iç göç yaşanmaktadır⁽³⁶⁾.

Haziran 1994 ile Eylül 1994 tarihleri arasında, Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi'nde Doğankent, Solaklı ve Yüzbaşı sağlık ocakları köylerine gelen 30 çadır grubu araştırma kapsamına alındı. Ancak zaman yetersizliği nedeni ile bunlardan 25 (% 83.3) çadır grubuna ulaşılabildi. Akşam saat 17.00 ile 20.00 arasında çadırlara gidilerek anket formları dolduruldu ve çocukların fizik muayeneleri yapıldı. Yaşları 12 ay ile 72 ay arasında olan 214 çocuk bulundu. Bu yaş grubunda bulunan 10 çocuk (%4.6) ailesinin kabul etmemesi üzerine araştırmaya katılmadı. Araştırmaya katılan çocuk sayısı ise 204 olup araştırmaya katılma hızı %95.3 idi.

C.2: Araştırma Ekibi

Araştırma 1 doktor, 1 ebe-hemşire, 1 çevre sağlığı teknisyeni ve bir intern doktordan oluşan 4 kişilik bir ekip tarafından yapıldı.

C.3: Yöntem

Antropometrik ölçümlerin yanısıra, fizik muayene, sosyo-ekonomik durum, eğitim durumu, doğurganlık ölçütleri gibi konularda araştırma kapsamı içinde tutulmuştur.

Araştırmaya başlamadan önce biri aileye, diğeri araştırılan çocuğa ilişkin gerekli bilgileri toplamak üzere 2 ayrı sorukağıdı düzenlendi. 15 sorukağıdı ile ön çalışma yapıldı. Çalışmayan, yanıt verilmeyen sorular çıkartıldı, bazı sorular yeniden eklendi. Araştırmada önce ebe-hemşire anne

ile görüşerek aileye ve çocuğa ilişkin soru kağıdını doldurdu. Çocuk sayısı 1'den fazla olan ailelerde, aileye ilişkin soru kağıdı her çocuk için yeniden değerlendirmeye alındı. Araştırmacı doktor, çocuğun sistematik fizik muayenesini, antropometrik ve ağırlık ölçümlerini yaptı. Araştırılan yaşlardaki tüm çocukların; boy, baş çevresi, kol çevresi, göğüs çevresi, kulaç uzunluğu ve alt-üst segment uzunluğu plastik bir mezür kullanılarak ölçüldü. Cilt kalınlığı ölçümünde "skinpold calipper" aygıtı, ağırlık ölçümünde 2 yaşa kadar 25 kg'a kadar ölçebilen 100 gr'a kadar duyarlı bebek terazisi, 2 yaştan sonra yer baskülü kullanıldı. Her ölçümden önce tartıların ayarları denetlendi. Boy ölçümü 2 yaşa kadar yatarak, 2 yaşından sonra ayakta ölçüldü.

Çevre Sağlığı Teknisyeni su tanklarının klorlanmasını, İntern doktor araştırmacı doktorun denetiminde, genellikle araştırma dışında yakınması olan çocuk ve erişkinlerin muayenelerini yaptı.

Yöntemimizde en önemli sorunlardan birisi çalışmanın günün akşam saatlerinde (17.00-20.00 arası) yapılması zorunluluğu idi. Günün diğer saatlerinde işçilere ulaşmamız olası değildi. Araştırılan bölgede akşam karanlığı ile birlikte yoğun bir sivri sinek saldırısının başlaması nedeniyle çalışma koşulları zorlaşıyordu.

Hematokrit için kanlar hematokrit pipetlerine alındıktan sonra, camcı macunu ile kapatıldıktan sonra, süngerden hazırlanmış ve numaralandırılmış bir kap içerisine yerleştirildi. Sağlık ocağına dönüştü, 5000 devirde 3 dakika çevrildi. Bir kısım aileler çocuklarından kan alınmasını kabul etmedi. Bu nedenle tüm çocukların hematokrit değerleri alınamadı.

Verilerin değerlendirilmesinde Spssx paket programı yazımında ise Mikrosoft Word paket programı kullanıldı.

C.4:Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Araştırmada boy, ağırlık, kol çevresi, bağımlı değişkenler, sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel etkenler bağımsız değişkenlerdir. Araştırmanın amacı, 1-6 yaş mevsimlik tarım işçisi çocuklarında büyüme durumu ve büyümeyi etkilediği kabul edilen faktörlerin boyutlarını saptamak olduğundan veriler analitik açıdan değerlendirilmemiştir.

C.5: Kriterler

Ağırlık ve boy için referans populasyon olarak National Center for Health Statistics (NCHS) ve Center for Disease Control (CDC) standartları kullanılmıştır. Ağırlık ve boyca 3 persentilin altında olanlar malnütrisyonlu olarak tanımlanmıştır⁽³⁷⁾.

C.6: Araştırma Desteği

Araştırmaya Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonundan 20 milyon TL katkı sağlandı. Bu katkının tamamı veri toplama, değerlendirme ve yazma aşamalarında kullanılan araç ve gereçlere harcanmıştır.

Araştırma ekibinde görev alan personeller gönüllü olarak katılmışlardır.



D.BULGULAR

Sorukağıtlarının % 88'i anne, % 6'sı baba ve % 6'sı çocuğun diğer yakınları ile görüşülerek doldurulmuştur.

D.1: Sosyo-Demografik Bulgular

D.1.1: Araştırmadaki Ailelerin Geldikleri İllere Göre Dağılım Bulguları

Araştırmaya toplam 153 ailenin 204 çocuğu katıldı. Ailelerin geldikleri illere göre dağılımlarına bakıldığında, ilk sırada % 58.2 ile Şanlıurfa, daha sonra sıklık sıra ile Adıyaman % 23.5 , Diyarbakır % 11.1 , Gaziantep % 3.3, Hatay %2.0 , Adana % 0.6 ve diğer % 1.3 idi (Tablo.3).

Tablo.3 : Geldikleri İllere Göre Mevsimlik Tarım İşçilerinin Dağılımı

Geldikleri İller	Sayı	Hız
Şanlıurfa	89	58.2
Adıyaman	36	23.5
Diyarbakır	17	11.1
Gaziantep	5	3.3
Hatay	3	2.0
Adana	1	0.6
Diğer	2	1.3
Toplam	153	100.0

D.1.2: Araştırılan Çocukların Anne-Babalarının Yaş Dağılım Bulguları

Annelerin yaş gruplarına göre dağılımları; % 19.0'ı 19 yaş ve altında, %9.8'i 20-24 yaş , % 14.4'ü 25-29 yaş, % 21.5'i 30-34 yaş, % 19.6'sı 35-39 yaş, %9.2'si 40-44 yaş, % 6.5'i 45 yaş ve üzerinde idi.

Babaların yaş gruplarına göre dağılım durumu; % 5.9'u 19 yaş ve altında , % 12.4'ü 20-24 yaş, % 15.7'si 25-29 yaş, % 15.7'si 30-34 yaş, %18.3'ü 35-39 yaş, % 12.4'ü 40-44 yaş, % 19.6'sı 45 ve üzeri yaşta idi (Tablo.4).

Tablo.4: Yaş Gruplarına Göre Anne Ve Babaların Dağılımı

Yaş	Anne		Baba	
	Sayı	Hız %	Sayı	Hız %
19 ve altında	29	19.0	9	5.9
20-24	15	9.8	19	12.4
25-29	22	14.4	24	15.7
30-34	33	21.5	24	15.7
35-39	30	19.6	28	18.3
40-44	14	9.2	19	12.4
45 ve üzeri	10	6.5	30	19.6
Toplam	153	100.0	153	100.0

D.1.3 : Araştırılan Çocukların Anne-Babalarının Eğitim Durumu Bulguları

Araştırılan çocukların annelerinin eğitim düzeylerine dağılımında, %92.2'si okur-yazar değil, % 0.6'sı okur-yazar, % 7.2'si ilkokul mezunu idi. Babaların eğitim durumlarına dağılımında okur yazar olmayanlar % 35.9, okur-yazar olanlar % 9.2, ilkokul mezunu olanlar % 51.6, ortaokul ve üzerinde olanlar % 3.3 sıklığında dağılmaktaydı (Tablo.5).

Tablo.5: Eğitim Durumlarına Göre Anne Ve Babaların Dağılımları

Eğitim durumu	Anne		Baba	
	Sayı	Hız %	Sayı	Hız %
Okur -yazar değil	141	92.2	55	35.9
Okur -yazar	1	0.6	14	9.2
İlkokul	11	7.2	79	51.6
Orta ve üzeri	-	-.-	5	3.3
Toplam	153	100.0	153	100.0

D.1.4 : Araştırılan Çocukların Anne-babaların Türkçe Bilme Durumlarına Göre Dağılım Bulguları

Babaların % 86.9'u Türkçeyi biliyor, % 3.9'u bilmiyor ve % 5.3'ü az biliyordu. Annelerin % 45.8'i Türkçe biliyor, % 34.0'ı bilmiyor, % 18.3'ü az biliyordu. (Tablo 6). Türkçe dışında konuşulan diller arasında Kürtçe, Zazaca ve Arapça gözlendi.

Tablo.6: Türkçe Bilme Durumlarına Göre Anne-Babaların Dağılımı

Türkçe Bilme Durumu	Baba		Anne	
	Sayı	%	Sayı	%
Biliyor	133	86.9	70	45.8
Bilmiyor	6	3.9	52	34.0
Az Biliyor	8	5.3	28	18.3
Bilinmiyor	6	3.9	3	1.9
Toplam	153	100.0	153	100.0

D.1.5 : Ailelerin Yaş ve Çalışma Durumu Bulguları

Araştırmaya katılan 204 ailenin toplam nüfusu 1402 kişi olup, ortalama kişi sayısı 6.9'dur. Çalışma durumuna bakıldığında, % 42.4'ü çalışan, % 57.6'sı çalışmayan grubu oluşturmaktadır. Altı yaştan küçük çocukların % 3.3'ü çalıştırılırken % 96.7'si çalıştırılmamakta, 7 ile 9 yaş arası çocukların % 6.0'ı çalıştırılırken, % 94.0'ı çalıştırılmamaktadır. 10-14 yaş grubunda % 39.4'ü, 15-19 yaş arası % 100'ü çalışmaktadır. 20 yaş ve üzeri % 85.0'ı çalışmaktadır (Tablo 7).

Tablo.7 : Bireylerin Yaş ve Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Yaş	Çalışan		Çalışmayan		Toplam	
	sayı	huz (%)	sayı	huz (%)	sayı	huz (%)
6 yaştan küçük	14	3.3	409	96.7	423	30.2
7-9 yaş	14	6.0	220	94.0	234	16.7
10-14 yaş	71	39.4	109	60.6	180	12.9
15-19 yaş	97	100.0	--	--	97	6.9
20 yaş ve üzeri	398	85.0	70	15.0	468	33.3
Toplam	594	42.4	808	57.6	1402	100.0

D.1.6: Ailelerin Ekonomik Durumu Bulguları

Mevsimlik tarım işçilerinin bir mevsimde ortalama çalıştıkları gün sayısı oldukça değişiklik gösterir. Kimi zaman haftalarca iş bulamadıkları olur. Çalışmadığı günlerde herhangi bir ödeme yapılmaz. Bu nedenle ortalama aylık yada yıllık kazancını belirlemek oldukça güçtür.

Burada ekonomik düzeyleri hakkında kabada olsa bir bilgi verebileceği düşünülen; kişi başına günlük kazanç ölçütü kullanıldı. Bu ölçüt ailede çalışan tüm bireylerin, çalıştıkları günler için günlük toplam kazancının ailedeki kişi sayısına bölünmesi ile elde edildi. Buna göre Kişi başına günlük gelir 13 bin lira ile 153 bin lira arasında değişirken dağılımın ortanca değeri 56 bin lira olarak bulundu. Kişi başına günlük kazanç, dağılımın ilk % 25'inde 43 bin liranın , ikinci % 25 inde ise 57 bin liranın altında idi. Doların aynı yılda türk lirası karşısındaki değer yılbaşında 15 bin yıl sonunda 35 bin türk lirası idi.

D.1.7: Akraba Evlilikleri Durumu Bulguları

Evli çiftler arasında, % 56.2 akrabalık yok, % 35.9 1.derece akraba, %3.3 ikinci derece akraba, % 4.6 üçüncü derece akrabalık bulunmaktadır (Tablo 8).

Tablo.8: Akrabalık Derecesine Göre Ailelerin Dağılımı

Akrabalık Durumu	Sayı	Hiz (%)
1.derece	55	35.9
2.derece	5	3.3
3.derece	7	4.6
Yok	86	56.2
Toplam	153	100.0

D.2: Ana Çocuk Sağlığı Bulguları

D.2.1: Son İki Gebelik Arası Süre

Son iki gebelik arasındaki sürenin dağılımı incelendiğinde, % 19.5'i bir yıldan daha kısa bir sürede iki kez gebe kalmış, % 54.3'ü bir yıl ile 2 yıl arasında gebe kalmış, % 7.3'ü 2 ile 4 yıl arasında gebe kalmış, % 4.3'ü 5 yıldan daha uzun bir sürede gebe kalmışlardı. (Tablo 9). İlk gebeliği olanların sayısı 40 idi.

Tablo.9: Doğumların Son İki Gebelik Arasındaki Süreye Göre Dağılım

Son İki Gebelik Arasındaki Süre	Sayı	Hız (%)	Kümülatif (%)
12 veya daha az ay	32	19.5	19.5
13-24 ay	89	54.3	73.8
25-36 ay	24	14.6	88.4
37-48 ay	12	7.3	95.7
49 ay ve üzeri	7	4.3	100.0
Toplam	164	100.0	100.0

D.2.2: Gebelik Dönemi Annenin Zararlı Alışkanlıkları ve Hastalıkları

Anneler gebelik dönemi zararlı alışkanlıklarına göre değerlendirildiğinde, % 82.8'inin hiçbir zararlı alışkanlığı olmadığı, % 8.3'ünün sigara içtiği, %6.4'ünün pika alışkanlığı olduğu, ve % 2.5'inin hem sigara hemde pika alışkanlığı olduğu saptandı (Tablo.10). Annenin gebelik döneminde geçirdiği en sık 5 hastalık düşük tehdiri (5), mide rahatsızlığı(3), kalp hastalığı(3), hipertansiyon(3) ve sarılık (3) olarak belirlendi.

Tablo.10:Annenin Gebelik Dönemi Zararlı Alışkanlıklarına Dağılımı

Zararlı Alışkanlıklar	Sayı	Hız(%)
Yok	169	82.8
Sigara	17	8.3
Pika	13	6.4
Sigara ve Pika	5	2.5
Toplam	204	100.0

D.2.3: Doğumların Yapıldığı Yere Göre Dağılımı

Doğumların yapıldığı yere göre dağılımı; % 60.8'i evde kendi kendine, % 17.6'sı evde ebe yardımı ile, % 1.5'i sağlık ocağında, % 18.1'i hastanede doğmuştu (Tablo.11).

Tablo.11: Araştırılan Çocukların Doğumlarının Yapıldığı Yere Göre Dağılımı

Doğumun yapıldığı yer	Sayı	Hız (%)
Ede kendi kendine	124	60.8
Evde ebe yardımı ile	36	17.6
Sağlık ocağında	3	1.5
Hastanede	37	18.1
Diğer	4	2.0
Toplam	204	100.0

D.2.4: Canlı Doğum Sayısı Bulguları

Annelerinin canlı doğum sayısına göre dağılımları incelendiğinde; canlı doğum sayısı 1-2 olanlar % 18.1, 3-4 olan % 22.5, 5-6 olanlar % 16.7, 7-8 olanlar % 19.6, 9-10 olanlar % 12.7, 11 ve üzeri canlı doğum sayısı olanlar % 10.3 olarak bulundu (Tablo 12). Toplam canlı doğum sayısı 1219, ortalama canlı doğum sayısı 6.0 ± 3 olarak elde edildi.

Tablo.12: Araştırılan Çocukların Annelerinin Canlı Doğum Sayısına Göre Dağılımı

Canlı Doğum Sayısı	Sayı	Hız (%)
1-2	37	18.1
3-4	46	22.5
5-6	34	16.7
7-8	40	19.6
9-10	26	12.7
11 ve üzeri	21	10.3
Toplam	204	100.0

D.2.5: Düşük Sayısına Göre Dağılım Bulguları

Düşük sayısına göre dağılım incelendiğinde; hiç düşük yapmayanlar % 73.6, 1-2 düşük yapanlar % 19.6, 3-4 düşük yapanlar % 3.9, 5 ve üzeri düşük yapanlar % 2.9 sıklığında bulundu (Tablo.13). Ortalama düşük sayısı 0.5, toplam düşük sayısı 110 idi.

Tablo.13: Araştırılan Çocukların Annelerinin Düşük Sayısına Göre Dağılımı

Düşük Sayısı	Sayı	Hız (%)
Yok	150	73.6
1-2 düşük	40	19.6
3-4 düşük	8	3.9
5 ve üzeri	6	2.9
Toplam	204	100.0

D.2.6: Memlekette Kalan Çocuk Sayılarına Göre Dağılım

Ailelerin memleketlerinde bıraktıkları çocuk durumlarına göre dağılımları incelendiğinde , ailelerin % 76.0'ı çocuklarının tümünü beraberlerinde getiriyorlar, % 24.0'ı çocuklarından bir kısmını yada tamamını memleketlerinde bırakıyorlardı (Tablo 14).

Tablo.14: Ailelerin Memleketlerinde Bıraktıkları Çocuk Durumuna Göre Dağılımı

Çocuk sayısı	Aile sayısı	Hız (%)
0 (çocuk bırakmayanlar)	155	76.0
1-2 çocuk	34	16.7
3-4 çocuk	14	6.9
5 ve üzeri	1	0.4
Toplam	204	100.0

Ailelerin ilkokuldan ayırarak yanlarında getirdiği çocuk durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, % 56.9'u (116) çocuklarını ilkokuldan ayırmıyor, % 43.1'i en az bir çocuğunu ilkokuldan ayırarak beraberinde getiriyordu (Tablo15).

Tablo.15: Ailelerin İlkokuldan Ayırarak Getirdikleri Çocuk Durumuna Dağılımı

Aile	Sayı	Hız (%)
İlkokuldan ayırmayan	116	56.9
İlkokuldan ayıran	88	43.1
Toplam	204	100.0

D.2.7: Çocuk Ölümlerinin Yaşa Dağılım Bulguları

Ölen çocukların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde ; 0-7 günde % 20.1 (30 bebek), 8-28 günde % 6.7 (10 bebek), 29-365 günde % 33.6 (50 bebek) , 1-4 yaş arasında % 28.2 (42 çocuk), 5 yaş ve üzerinde ölenler %11.4 (17çocuk) hızında bulundu. Toplam çocuk ölümü sayısı 149 idi (Tablo.16)

Tablo.16: Yaşa Göre Ölen Çocukların Dağılımı

Çocuk Yaşları	Sayı	Hız (%)	Kümülatif (%)
0-7 günlük	30	20.1	20.1
8-28 günlük	10	6.7	26.8
29-365 günlük	50	33.6	60.4
1-4 yaş	42	28.2	88.6
5 yaş +	17	11.4	100.0
Toplam	149	100.0	100.0

D.2.9: Çocuk Ölümünün Nedenleri

Ölen çocukların ölüm nedenlerine göre dağılımında ilk sırada ateşli bir hastalıktan ölenler % 47.1, aniden öldü yanıtını verenler % 19.8, ishalden ölenler % 14.9, daha sonra sıra ile ur % 2.5, boğmaca % 1.7 ve diğer yanıtı % 14.0 olarak elde edildi (Tablo.17). Toplam 28 çocuğun (% 18.8) ölüm nedeni saptanamadı.

Tablo. 17: Ölen Çocukların Ölüm Nedenlerine Göre Dağılımı

Ölüm Nedeni	Sayı	Hız (%)
Ateşli bir hastalık	57	47.1
Aniden öldü	24	19.8
Ishal	18	14.9
Ur	3	2.5
Boğmaca	2	1.7
Diğer	17	14.0
Toplama	121	100.0

D.2.10: Anne Sütü Verme Süresi

Anne sütü verme süresi incelendiğinde, 3 aydan az süre anne sütü veren % 4.4, 4-6 ay anne sütü veren % 4.4, 7-12 ay anne sütü veren % 18.2, 13-24 ay anne sütü veren % 53.9, 25 ay ve üzeri süre ile anne sütü veren % 19.1 olduğu görüldü. Ortalama anne sütü verme süresi 18 ± 8 ay idi. (Tablo. 18)

Tablo.18 : Anne Sütü Verme Süresine Göre Dağılım

Anne Sütü Verme Süresi	Sayı	Hız(%)
0-3 ay	9	4.4
4-6 ay	9	4.4
7-12 ay	37	18.2
13-24 ay	110	53.9
25 ve üzeri ay	39	19.1
Toplam	204	100.0

D.2.11: Ek Besine Başlama Zamanı Bulguları

Bebeklerin ek besine başlama zamanına göre dağılımı değerlendirildiğinde; ilk üç ayda ek besine başlayan % 12.3, ilk 4 ile 6 ay arasında başlayan % 21.1, 7-12 ay arasında başlayan % 37.7, 13 ay ve üzerinde başlayan % 28.9 sıklığında idi. Ortalama ek besine başlama yaşı 10 ± 8 ay olarak saptandı (Tablo 19).

Tablo.19: Ek Besine Başlama Zamanına Göre Dağılım

Ek Besine Başlama Ayı	Sayı	Hız (%)	Kümülatif (%)
0-3 ay	25	12.3	12.3
4-6 ay	43	21.1	33.4
7-12 ay	77	37.7	71.1
13 ve üzeri ay	59	28.9	100.0
Toplam	204	100.0	100.0

D.2.12: Çocukların En Sık Geçirdikleri Hastalıklar

Araştırmaya alınan çocukların sık geçirdikleri hastalıklar değerlendirildiğinde, ilk sırada % 28.4 ile akut solunum yolu hastalığı, ikinci sırada % 27.2 ile ishal, üçüncü sırada % 12.3 ile kızamık, dördüncü sırada % 4.9 ile sarılık, ve 27.1 diğer hastalıklar gelmektedir (Tablo 20).

Tablo.20 : Çocukların En Sık Geçirdikleri Hastalıklar

Hastalıklar	Sayı	Hız (%)
Akut solunum yolu hast.	23	28.4
Ishal	22	27.2
Kızamık	10	12.3
Sarılık	4	4.9
Diğer	22	27.1
Toplam	81	100.0

“Çocuğunuz kil, kağıt, toprak gibi şeyler yiyor mu ?” sorusuna, ailelerin % 11.8’i “evet”, % 88.2’si “hayır” yanıtını vermişlerdir. “Çocuğunuzda gece körlüğü (tavuk karası) var mı ?” sorusuna ailelerin % 1’i “evet”, % 99’u “hayır” şeklinde yanıtlamıştır.

D.2.13: Çocukların Bağışıklama Durumu

Çocukların bağışıklama durumlarına göre dağılımında % 16.7 aşısız, %35.3 eksik aşılı, % 44.1 tam aşılı olduğu saptandı. Çocukların % 3.9’unun aşı durumu belirlenemedi (Tablo 21).

Tablo.21: Çocukların Bağışıklama Durumu

Bağışıklama durumu	Sayı	Hız (%)
Aşısız	34	16.7
Eksik aşılı	72	35.3
Tam aşılı	90	44.1
Bilinmiyor	8	3.9
Toplam	204	100.0

D.3: Fizik Muayene Bulguları

İnspeksiyonda yalnızca çocukların % 7.8'i (16 çocuk) kaşektik olarak bulunurken, antropometrik sonuçlarına göre malnütrisyon sıklığı erkeklerde %39 kızlarda % 43 idi.

D.3.1: Antropometrik Ölçüm Bulguları

Ağırlık ve boy durumlarının değerlendirilmesi sırasında NCHS/CDC standartları kullanılarak aşağıdaki bulgular elde edildi. Kız ve erkek çocuklar arasında malnütrisyon sıklığı istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır.

D.3.1.1: Yaşa Göre Ağırlık Durumu

Erkek çocukların yaşa göre ağırlık durumları incelendiğinde ; % 42.7 'si 3 persentil altında, % 43.6'sı 3-50 persentil arasında, % 11.8'i 50-90 persentil arasında, % 1.9'u 90 persentil üzerinde idi. Buna göre malnütrisyonlu erkek çocuk sıklığı % 42.7 olarak saptandı. (Tablo 22).

Tablo. 22 : Yaşa Göre Erkek Çocukların Ağırlık Durumu

Yaş	Persentil									
	< 3		3 - <50		50 - <90		90 ve +		Toplam	
	Sayı	Hız (%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)
12-23 ay	13	37.1	17	48.6	4	11.4	1	2.9	35	31.8
24-35 ay	11	45.8	9	37.5	4	16.7	-	-	24	21.8
36-47 ay	7	38.9	9	50.0	2	11.1	-	-	18	16.4
48-59 ay	7	43.8	5	31.2	1	6.5	1	6.5	16	14.5
60 + ay	9	52.9	8	47.1	2	11.8	-	-	17	15.5
Toplam	47	42.7	48	43.6	13	11.8	2	1.9	110	100.0

Kız çocuklarının yaşa göre ağırlık durumu incelendiğinde; % 47.9'u 3 persentil altında, % 46.8'i 3-50 persentil arasında, % 5.3'ü 50-90 persentil arasında idi. Kız çocuklarının % 47.9'u yaşa göre ağırlık bakımından geri olduğu belirlendi (Tablo 23).

Tablo. 23 : Kız Çocukların Yaşa Göre Ağırlık Durumu

Yaş	Persentil								Toplam	
	< 3		3 - <50		50 - <90		90 ve +			
	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)
12-23 ay	10	52.6	7	36.8	2	10.6	-	--	19	20.2
24-35 ay	10	45.5	11	50.0	1	4.5	-	--	22	23.4
36-47 ay	14	60.9	8	34.8	1	4.3	-	--	23	24.5
48-59 ay	4	36.4	7	63.6	-	--	-	--	11	11.7
60 + ay	7	36.8	11	57.9	1	5.3	-	--	19	20.2
Toplam	45	47.9	44	46.8	5	5.3	-	--	94	100.0

D.3.1.2: Yaşa Göre Boy Durumu

Erkek çocuklarının yaşa göre boy durumları incelendiğinde, % 39.1'i 3 persentil altında, % 39.1'i 3-50 persentil arasında, % 12.7'si 50-90 persentil arasında ve % 8.1'i 90 persentil üzerinde idi. Erkek çocuklarda yaşa göre boy bakımından gerilik yüzdesi 39.1'dir (Tablo 24).

Tablo.24 : Erkek Çocukların Yaşa Göre Boy Durumu

Yaş	Persentil								Toplam	
	< 3		3 - <50		50 - <90		90 ve +			
	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)
12-23 ay	8	22.8	19	54.3	5	14.3	3	8.6	35	31.8
24-35 ay	12	50.0	8	33.4	2	8.3	2	8.3	24	21.8
36-47 ay	9	50.0	6	33.4	2	11.1	1	5.5	18	16.4
48-59 ay	7	43.7	4	25.0	3	18.8	2	12.5	16	14.5
60 + ay	7	41.2	7	41.2	2	11.7	1	5.9	17	15.5
Toplam	43	39.1	43	39.1	14	12.7	9	8.1	110	100.0

Kız çocuklarının yaşa göre boy durumları değerlendirildiğinde; % 43.6'sı 3 persentil altında, % 41.5'i 3-50 persentil arasında, % 13.8'i 50-90 persentil arasında, % 1.1'i 90 persentil üzerinde bulundu. Kız çocuklarının % 43.6'sı yaşa göre boy bakımından geri olarak değerlendirildi (Tablo 25).

Tablo.25 : Kız Çocukların Yaşa Göre Boy Durumu

Yaş	Persentil									
	< 3		3 - <50		50 - <90		90 ve +		Toplam	
	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)
12-23 ay	8	42.1	7	36.8	4	21.1	-	--	19	20.2
24-35 ay	14	63.6	8	34.6	-	--	-	--	22	23.4
36-47 ay	10	43.5	9	39.1	3	13.0	1	4.4	23	24.5
48-59 ay	2	18.2	6	54.5	3	27.3	-	--	11	11.7
60 + ay	7	36.8	9	47.4	3	15.8	-	--	19	20.2
Toplam	41	43.6	39	41.5	13	13.8	1	1.1	94	100.0

D.3.1.3 : Kol Çevresi Ölçümleri

Üst kol orta çevresi uzunluğunun 1-5 yaş arası çocuklarda fazla değişmediği, ve kol çevresi uzunluğunun 12.5 cm'den aşağı olması ileri derece malnütrisyon, 12.5 ile 13.5 arasının hafif-orta derece malnütrisyon, 13.5 üzerin ise sağlıklı kabul edilmektedir⁽²⁷⁾. Buna göre mevsimlik tarım işçisi 1-6 yaş çocuklarda % 21.1 ileri derecede malnütrisyon, % 22.1 hafif-orta derece malnütrisyonlu saptanmıştır. Toplam malnütrisyon görülme sıklığı % 43.2'dir. Kol çevresine ölçümlerine göre ileri derece malnütrisyon sıklığı erkeklerde % 20.9, kızlarda % 23.4, hafif yada orta derece malnütrisyon görülme sıklığı erkeklerde %17.3 iken kızlarda % 27.7 saptandı (Tablo 26).

Tablo.26: Çocukların Kol Çevresine ve Cinsine Göre Malnütrisyon Durumu

Kol çevresi (cm)	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)	Sayı	Hız(%)
<12.5	22	20.9	21	23.4	43	21.1
12.5-13.5	19	17.3	26	27.7	45	22.1
>13.5	69	61.8	47	48.9	116	56.8
Toplam	110	53.9	94	46.1	204	100.0

D.3.2: Hematokrit Ölçümleri

Araştırmaya katılan 204 çocuğun % 74.5'inden kan alındı. Kalan %25.5'inin ailesi kan vermek istemedi. Hematokrit değeri 30 ve altında olan çocuk sayısı % 6.6, 31-35 olan % 46.7, 36 ve üzeri olan ise % 46.7 olarak bulundu (Tablo 27).

Tablo.27: Çocukların Hematokrit dağılımı

Hematokrit Değerleri	Sayı	Hız(%)
< = 30	10	6.6
31-35	71	46.7
> 35	71	46.7
Toplam	152	100.0

D.3.3 : Fizik Muayenede Saptanan En Sık On Hastalık

Fizik muayenede bulunan en sık on hastalık sıklık sırası ile; insekt bite (böcek ısırığı), pyodermi, rinit, güneş yanığı, isilik, buşon, konjiktivit, otitis media, ishal ve tonsillit şeklinde idi (Tablo 28). Bunların yanı sıra 2 çocukta hipospadias, 1 çocukta aritmi ile birlikte 3.derece sistolik üfürüm, 1 çocukta da 3.derece sistolik üfürüm saptandı. Çocukların yalnızca 2'sinde herhangi bir hastalık saptanmadı.

Yüzde 15.6 sıklığında karın ön duvarı veya sırtta kızgın metal çubukla dağlanmış yanık skarı saptandı. Bu skarlar kaza ile yanık sonucu değil, çocukların

herhangi bir hastalığı sırasında tedavi etmek amacı ile bilerek yakılması sonucudur.

Yalnızca 2 (% 1.0) çocukta fizik muayene sonucu herhangi özellik saptanamadı.

Tablo.28: Çocuklarda FM İle Saptanan En Sık Görülen On Hastalık

Hastalık Sıklığı	Hastalık Adı	Sayı	Hız (%)
1	Insekt Bite	85	41.6
2	Pyodermi	65	31.8
3	Rinit	60	29.4
4	Güneş Yanığı	41	20.0
5	Isilik	35	17.1
6	Buşon	22	10.7
7	Konjiktivit	13	6.3
8	Otitis Media	7	3.4
9	Ishal	6	2.9
10	Tonsillit	4	1.9

D.4: Gözlem Bulguları

Mevsimlik tarım işçileri % 98 çadırlarda, % 2 evlerde kalmaktadır. Bir çadır grubundaki ortalama sayı 34 ± 27 'dir. En küçük çadır grubu 9 en büyük çadır grubu 100 idi.

Mevsimlik tarım işçilerinin % 73.5'inde hela yok, % 9.3'ünde sağlıklı ve % 17.2 sinde sağlıksız hela gözlendi .

Mevsimlik tarım işçilerinin % 92.2'si (188) aydınlanmak için gaz lambası, % 7.8'i (16) elektrik kullanmakta idi.

Mevsimlik tarım işçileri içme kullanma sularını % 16.2 tulumba, % 41.6 tank ile taşıma, % 40.2 çeşme ve % 2.0 diğer yerlerden sağlamaktadırlar.

Mevsimlik tarım işçileri yemeklerini genellikle aynı kaptı ve yere serilen bir örtü üzerinde yiyorlar. Yiyecekler açıkta ve gölgede bekletiliyor. Çoğunlukla bir öğünlük pişiriyorlar.

Çöplük kullanma alışkanlıkları yok, tüm çöpleri rastgele çadırların çevresine döküyorlar.

E. TARTIŞMA

Doğankent, Solaklı, Yüzbaşı Sağlık ocakları bölgesine gelen tüm çadırlarda yapılması hedeflenmesine karşın, bu bölgeye gelen 30 çadır grubundan % 83.3'ünde (25 çadır grubuna) yapılabildi.

Aynı popülasyonda daha önce benzeri bir çalışmanın yapılmamış olması bu çalışmanın önemini artıran nedenlerden biridir. Ancak bu durum çalışmanın sonuçlarını önceki araştırmalarla karşılaştırmada ve eğilimleri belirlemede güçlük de doğurmaktadır. Çalışma sonuçları Türkiye genelinde veya değişik bölgelerde yapılan çalışma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Gerek örnek seçimi, gerek sayısal büyüklük açısından verilerin Çukurova bölgesine gelen mevsimlik tarım işçisi çocuklarını temsil etme olasılığı zayıftır. Bu nedenle araştırma sonuçları Doğankent, Solaklı ve Yüzbaşı sağlık ocakları bölgesine gelen işçilerini temsil edebilir.

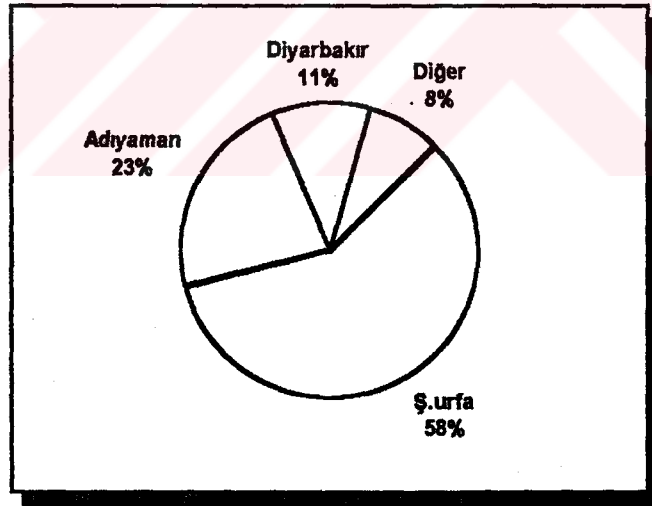
Birçok konuda olduğu gibi beslenme konusunda da düzenli bir kayıt sisteminin olmaması nedeni ile, bu alandaki veriler genellikle araştırmalara dayanmaktadır. Ülkemizde yetersiz beslenmenin yanı sıra, dengesiz beslenmesinde yaygın bir sorun olduğu birçok araştırmada bulunmuştur. Bunun yanı sıra ülkenin tümünü kapsayan bir beslenme araştırması henüz yapılamamış olması, sorunun boyutlarının belirlenmesi aşamasında bilgi eksikliğine yol açmaktadır. Beslenmenin dolaylı olarak değerlendirilmesinde kullanılan sağlık ölçütlerinin iyi olmaması, beslenme sorunlarının önemli boyutlarda olduğunu desteklemektedir. Belkide ülkemizde bebek ölüm hızının yüksek olmasının en önemli nedeni kötü beslenmedir⁽¹⁰⁾.

Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme, özellikle büyüme çağındaki çocukların, gebe ve emzikli kadınların, ağır işlerde çalışan işçilerin önemli sorunlarından biri olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir araştırma, Türkiye'de ailelerin % 20-45 oranında yetersiz beslendiğini bildirmektedir^(33,34).

E.1: Sosyo-Demografik Durum Tartışması

E.1: Çocukların Geldikleri İller

Araştırmaya katılan çocukların çoğunluğu Doğu ve Güney Doğu Anadolu illerinden gelmektedir. İllere göre dağılımlarına bakıldığında, ilk sırada % 58.2 ile Şanlıurfa, daha sonra sıklık sıra ile Adıyaman % 23.5, Diyarbakır % 11.1, Gaziantep 3.3, Hatay % 2.0, ve Adana % 0.6 şeklinde sıralanmaktadır (Şekil 9). Adana İş ve İşçi Bulma Kurumu Müdürlüğünün 1989 yılı verilerine göre bu sıralama; sıklık sırası ile Şanlıurfa, Adıyaman, Mardin ve Diyarbakır şeklindedir⁽⁴⁾. Adana İli bölgesinde işçiler çadırlarda kalmadıkları için Adana'dan gelenler gerçekte olduğundan daha az saptanmıştır. Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) ile birlikte tarımda sulamanın başlaması durumunda mevsimlik tarım işçilerinin geldikleri illere dağılımında önemli değişiklikler olma olasılığı yüksektir.



Şekil 9: Mevsimlik Tarım İşçisi Çocukların Geldikleri İller Göre Dağılımı

E.1.2: Çocukların Anne-Babalarının Yaş Dağılımı Tartışması

Çok genç ve çok ileri yaşlarda gebelik hızı yüksektir. Anne yaşı 19 yaş ve altında olanlar % 19, 40 yaş ve üzerinde olanlar ise % 15'dir.

TNSA 1993 yılı verilerine göre evli kadınların % 5'i 20 yaş altında, % 24'ü 40 yaş üzerindedir ⁽¹⁾.

Bilindiği gibi anne yaşının çok genç veya yaşlı olması anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkiler. Gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonlar daha sık görülür. Düşük doğum ağırlıklı, prematüre doğumlar, konjenital anomalili bebekler çok genç veya ileri yaş gebeliklerde daha fazladır.

Annenin erken yaşta gebe kalmasını etkileyen en önemli faktörler sosyo-kültürelidir.

E.1.3 : Çocukların Anne-Babalarının Eğitim Durumu Tartışması

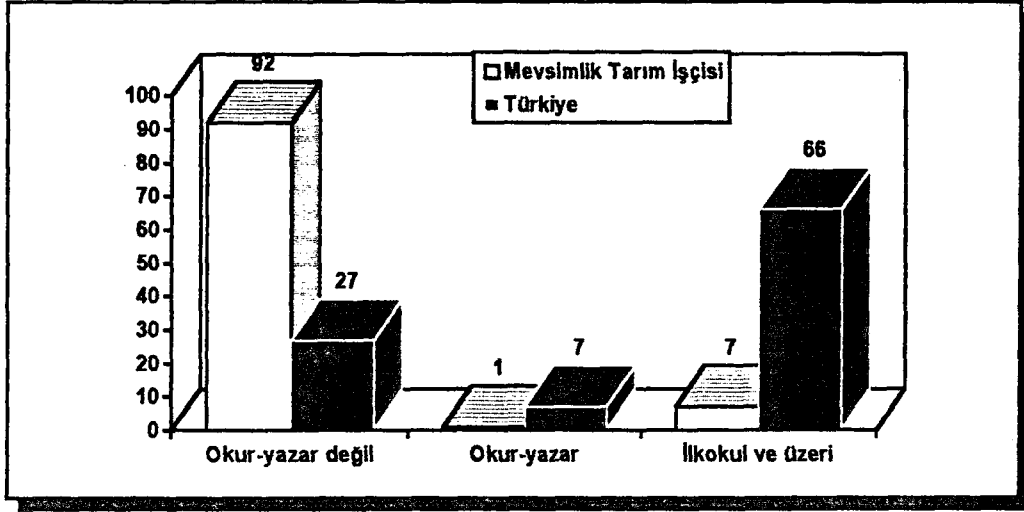
Araştırılan çocukların annelerinin; % 92'si okur-yazar değil, % 1'i okur-yazar, % 7'si ilkokul mezunu idi. Ortaokul ve üzerinde eğitim görmüş kadın yoktu.

Türkiye genelinde kadınların % 27'sinin eğitimi yok, % 7'si ilkokulu bitirmemiş, % 49'u ilkokul mezunu, % 17'si ortaokul ve üzeri eğitim görmüştür (Şekil 10). Türkiye geneli eğitim düzeyi ile karşılaştırıldığında bu popülasyondaki eğitim düzeyinin çok düşük olduğu görülmektedir⁽¹⁾.

1988 yılında Doğankent S.E.A bölgesi yerleşik halkta yapılan bir çalışmada ise kadınların % 38.4'ünün okuryazar olmadığı bildirilmiştir⁽¹⁴⁾.

Araştırmamızın verilerine göre mevsimlik tarım işçilerinin eğitim düzeyi hem bölgede yaşayan yerleşik halktan hem de Türkiye ortalamalarında çok düşüktür. Bunun nedenlerinden birisi, mevsimlik tarım işçilerinin çalışma koşulları sırasında okuma olanaklarının olmayışı olabilir. Bu işçiler uzun yıllar aynı işi yapıyor iseler eğitim düzeyinin düşüklüğü buna bağlanabilir.

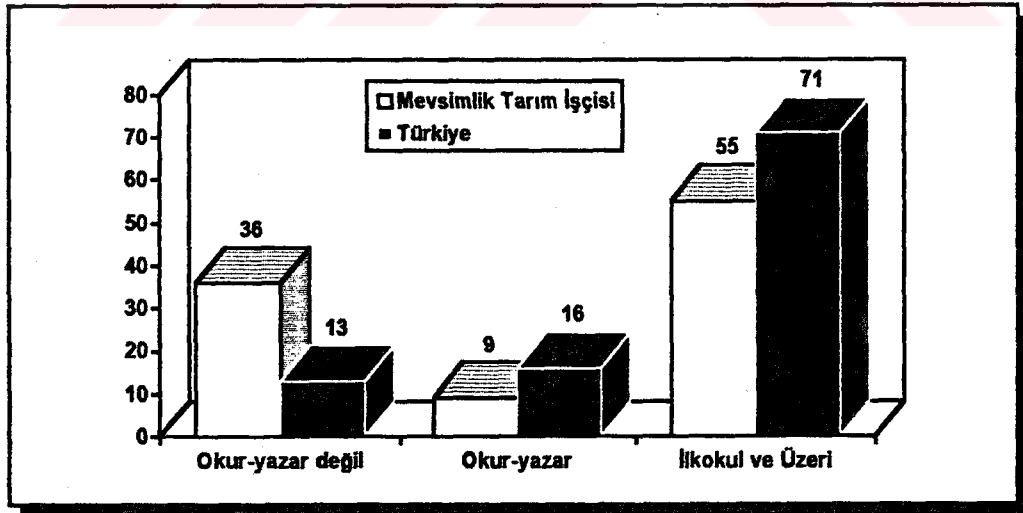
Eğitim düzeyi ile beslenme durumu arasındaki ilişki olduğu birçok yayında gösterilmiştir ^(1,37,46,47,48).



Şekil 10: Araştırılan Mevsimlik Tarım İşçisi ve Türkiye'de Kadınların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Araştırmamızda babaların eğitim durumlarına dağılımında; okur yazar olmayanlar % 35.9, okur-yazar olanlar % 9.2, ilkokul mezunu olanlar % 51.6, ortaokul ve üzerinde olanlar % 3.3 sıklığında idi (Şekil 11).

Doğankent S.E.A Bölgesinde yerleşik halk evli erkeklerde okur-yazar olmayanların hızı % 8.8, ilkokul mezunu olanlar % 63.2'dir ⁽¹⁴⁾.



Şekil 11: Araştırılan Mevsimlik Tarım İşçisi ve Türkiye Genel Erkeklerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

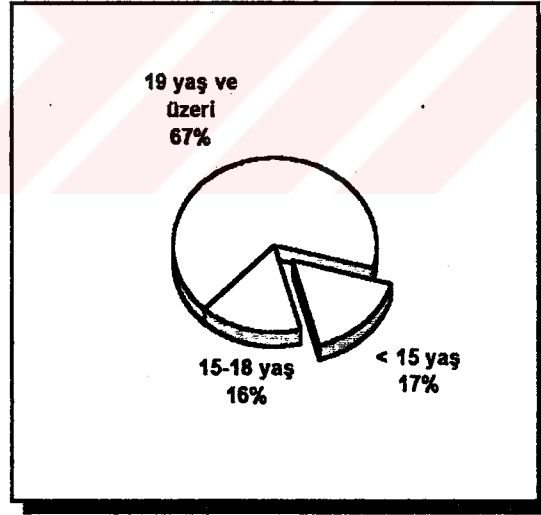
E.1.4 : Anne-babaların Türkçe Bilme Durumları Tartışması

Babaların % 86.9'u Türkçe'yi biliyor, % 3.9'u bilmiyor ve % 5.3'ü az biliyordu. Annelerin % 45.8'i Türkçe biliyor, % 34.0'ı bilmiyor, % 18.3'ü az biliyordu. Türkçe bilmeyenlerin konuştukları diller arasında Arapça, Kürtçe ve Zazaca konuştukları gözlendi.

Annelerin 1/3'ünden fazlası Türkçe bilmiyordu. Eğitim ve dil sorununun sağlık hizmetlerinin sunumunu ve hizmetten yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen nedenlerdendir.

E.1.4: Ailelerin Nüfus ve Çalışma Durumları Tartışması

Çocuklar çok küçük yaşlardan itibaren çalıştırılmaya başlanmaktadır. Altı yaştan küçük çocukların % 3.3'ü, yedi ile on yaş arası çocukların % 6.0'ı çalıştırılmamaktadır. Onbir-ondört yaş grubunda % 39.4'ü, onbeş-onsekiz yaş arası % 100'ü çalışmaktadır (Şekil 12).



Şekil 12: Çalışanların Yaşa Dağılımı

E.5: Ailelerin Ekonomik Durumları Tartışması

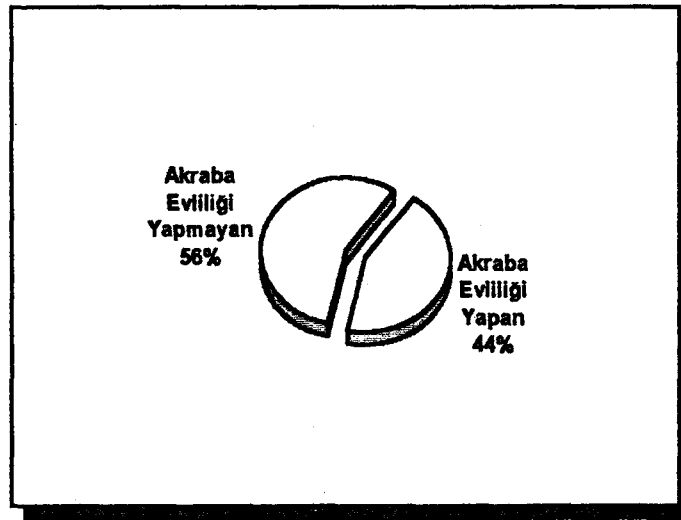
Mevsimlik tarım işçilerinin bir ayda, yada bir yılda kaç gün çalıştıkları, ne kadar kazandıkları tam olarak bilinmemekle birlikte ekonomik durumları oldukça düşük görülmektedir. Sosyal güvenceleri yoktur. Haftalarca iş bulamadıkları olmaktadır. Çalışmadığı günler de için herhangi bir ödeme yapılmamaktadır. Çalıştıkları günler için, kişi başına günlük gelir 13 bin lira ile 153 bin lira arasında değişmektedir. Çapa yaparken kişi her kişi için günlük 133 bin TL, pamuk toplarken toplanan pamuğun kilogramı üzerinden ödeme yapılmaktadır.

E.6: Akraba Evlilikleri Durumu Tartışması

Akraba evlilikleri yaygın olarak görülmektedir. Evliliklerin % 43.8'inde akrabalık var % 56'sında akrabalık yoktur (Şekil 13). Türkiye genelinde akraba evlilikleri görülme sıklığı % 20-30 arasında değişmektedir⁽³⁸⁾.

Akraba evliliklerinde sosyo-ekonomik ve kültürel birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Araştırma topluluğunda akraba evliliklerinin yüksek olmasında, düşük sosyo-ekonomik düzey, kapalı bir toplumsal yaşam biçimi, eğitim düzeyindeki düşüklük gibi etkenler vardır.

Akraba evlilikleri otozomal resesif kalıtımla geçen hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır.



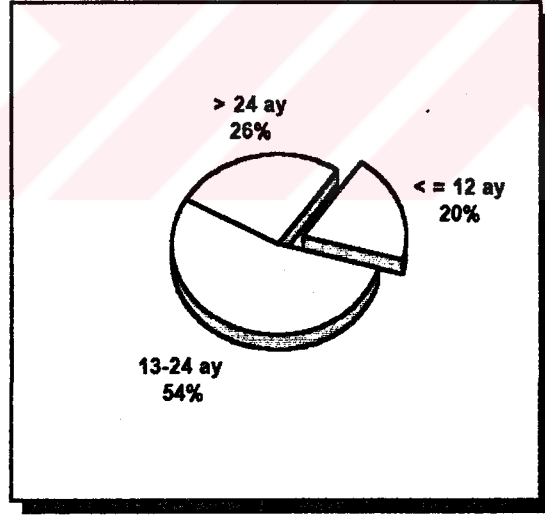
Şekil 13: Evliliklerin Akrabalık Durumuna Göre Dağılımı

E.: Ana Çocuk Sağlığı Bulguları Tartışması

E.2.1: Son İki Gebelik Arası Süre

Son iki gebelik arasındaki süreler incelendiğinde, % 73.8'si (121) anne ve çocuk sağlığı açısından riskli olduğu kabul edilen 24 aylık süreden daha kısadır (Şekil 14). Türkiye genelinde ise 24 aydan daha kısa sürede yeniden doğum yapanların hızı ise % 30'dur. Anne-babanın eğitim düzeyinin düşüklüğü, sağlık hizmetlerinin iyi sunulmaması, yüksek bebek ve çocuk ölüm hızı, ailenin çok çocuk istemesi gibi birçok neden bu durumda etkili olabilir.

Doğum aralıklarının çok kısa olması, anne ve çocuk sağlığını ciddi biçimde olumsuz olarak etkilediği kabul edilmektedir. Doğum aralığının 24 aydan kısa olması düşük doğum ağırlıklı bebek ve bebek ölümlerini önemli ölçüde artırmaktadır ^(1,38). Annenin genel durumu düzelmeden, besin depolarını doldurmadan ikinci kez gebe kalması gebeliğe bağlı komplikasyonların daha çok görülmesine yol açar. Kanamalara bağlı anne ölümü, enfeksiyon artabilir.



Şekil 14: Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Son İki Gebelik Arasındaki Süreye Göre Dağılımı

E.2.2: Gebelik Döneminde Annenin Zararlı Alışkanlıklar Tartışması

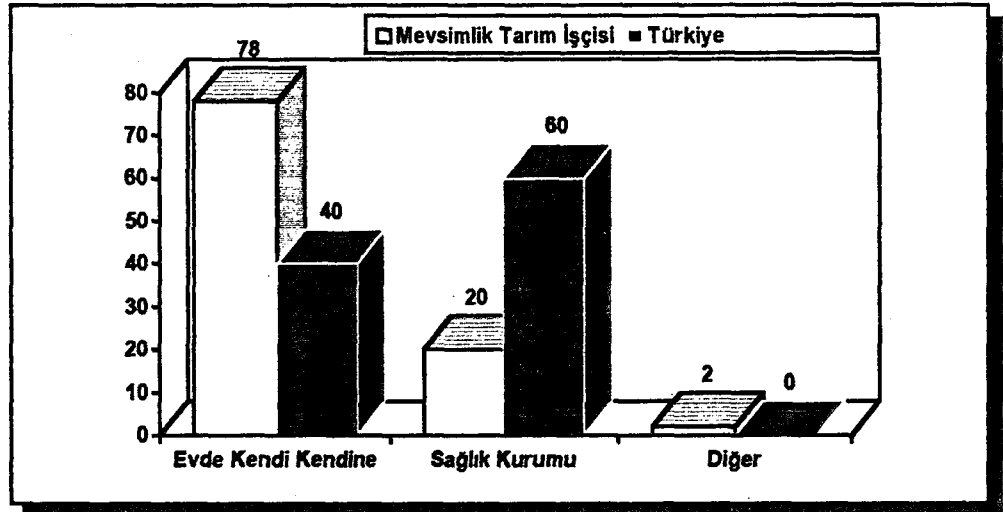
Gebelik dönemi annenin zararlı alışkanlıkları arasında ilk sırada (% 8.3) sigara içme, ikinci sırada pika (% 6.4) alışkanlığı olduğu bulundu. Gebelik döneminde hem sigara hem pika alışkanlığı olan kadın hızı % 2.5 idi. Kayseri'de 1983 yılında yapılan bir araştırmada pika sıklığı 15-44 yaş grubu kadınlarda binde 11.4 bulunmuştur⁽⁴²⁾.

Bilindiği gibi sigara içen annelerin çocuklarında intrauterin büyüme geriliği, sigara içmeyen anne çocuklarına oranla 1.8 kat artmaktadır. Oldukça düşük sosyo-ekonomik düzeyde yaşayan bu toplulukta, bir de annenin sigara içimi eklenirse çocuk sağlığı açısından durum daha da ağırlaşacaktır.

E.2.3: Doğumların Yapıldığı Yere Göre Dağılım Tartışması

Doğumların büyük çoğunluğunun (% 60.8) evde kendi kendine, sağlık personeli desteği almadan yapıldığı görülmektedir. 1993 TNSA kırsal kesimde doğumların % 59'unun, Türkiye genelinde ise tüm doğumların % 40'inin evde % 60'inin sağlık kurumunda yapıldığını bildirmektedir⁽¹⁾ (Şekil 15).

Eğitimsizlik ve sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü gibi etkenlerin yanısıra, mevsimlik tarım işçilerinin mobil (hareketli) olmaları sağlık hizmetinin sunumunda zorluklar yaratmaktadır. Bu nedenle mevsimlik tarım işçisi gebe ve 15-49 yaş grubu kadın izlemleri yeterli olarak yapılamamaktadır.



Şekil 15 : Mevsimlik Tarım İşçilerinde ve Türkiye'de Doğumların Yapıldığı Yere Göre Dağılımı

E.2.4: Canlı Doğum Durumunu Tartışması

Toplam canlı doğum sayısı 1219, ortalama canlı doğum sayısı 6.0 olarak elde edildi. Bu değer 3.0 olan 1993 yılı Türkiye genelinin iki katından daha yüksektir⁽¹⁾. Ortalama canlı doğum sayısı kente göre kırsal alanda daha yüksek, doğuda batıya göre yüksektir. Eğitim düzeyi düştükçe ortalama canlı doğum sayısı artmaktadır. Araştırmaya katılan ailelerin toplam nüfusu 1402 kişi olup, hane başına ortalama kişi sayısı 6.9'dur.

E.2.5: Düşük Sayısına Göre Dağılım Tartışması

Yüz kadında toplam düşük hızı % 71.9, Araştırmadaki 153 kadının yaptığı toplam düşük sayısı 110 olarak bulundu. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, yüz kadında toplam düşük hızı % 83.8 olarak verilmiştir⁽¹⁾. Bu durum mevsimlik tarım işçisi kadınlarda isteyerek yapılan düşüklerin Türkiye genelinin altında olma olasılığına bağlanabilir.

E.2.6: Memlekette Kalan Çocuklar Tartışması

Ailelerin % 76.0'ı çocuklarının tümünü beraberlerinde getiriyorlar, %24.0'ı çocuklarından bir kısmını memleketlerinde bırakıyorlardı (Tablo 14). Buraya gelen çocuklar okula devam etmiyorlardı. Ailelerin % 43.1'i en az bir çocuğunu ilkokuldan ayırarak beraberinde getiriyordu.

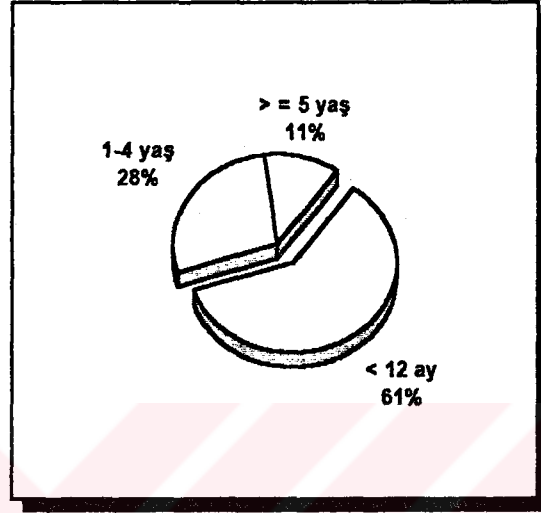
Memleketlerinde bıraktıkları çocukların sağlık, eğitim ve beslenme durumları araştırılmadı. Buraya gelenler kadar memleketlerinde kalanlarında önemli sorunları olması yüksek bir olasılıktır.

E.2.7: Çocuk Ölümlerinin Yaşa Dağılım Tartışması

Araştırmamızda çocuk ölümlerinin yarısından çoğu 12 ayını doldurmadan olduğu görülmektedir. Çocuk ölümleri 0-7 günde % 20.1, 8-28 günde % 6.7, 29-365 günde %33.6 , 1-4 yaş arasında % 28.2, 5-6 yaş arasında % 8.1, 7 yaş ve üzerinde ölenler % 3.4 sıklığında bulundu (Şekil 16). Toplam çocuk ölümü sayısı 149 idi.

Çocuk ölümlerinin % 60.4'ü (90 bebek) ilk 12 ay içinde olmuştur. Bu bulgunun çocuk bakım hizmetlerinin yetersiz olması, olumsuz fizik, biyolojik ve sosyal çevre koşullarına bağlı olabileceği kanısındayız.

Son yıllarda Türkiyede bebek ve çocuk ölüm hızlarında önemli bir düşme eğilimi göstererek, 1993 yılı bebek ölüm hızı % 52.6'ya inmiştir⁽¹⁾.



Şekil.16:Çocuk Ölümlerinin Yaşa Dağılımı

E.2.8: Çocuk Ölüm Nedenleri Tartışması

Ölüm nedenlerine göre dağılımında, ateşli bir hastalıktan ölenler % 47.1 ile ilk sırada yer almaktadır. “Aniden öldü” yanıtını verenler % 19.8, ishalden ölenler % 14.9, ur % 2.5, boğmaca % 1.7 ve diğer yanıtı % 14.0 olarak elde edildi.

Bir araştırmada ülkemizde enfeksiyon hastalıkları çocuk ölümleri arasında ilk sırada gelmektedir. Pnömoniye bağlı ölümler bebeklerde 2.sırada, 1-4 yaş arası bebeklerde ilk sırada yer almaktadır⁽⁴¹⁾. Bulgularımız bu araştırmaya kısmen uymaktadır. Enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümler mevsimlik tarım işçisi çocuklarında çok önemli bir paya sahiptir.

İshaller tüm dünyada yılda 2-3 milyon çocuğun ölümüne yol açmaktadır. Ülkemizde ise 0 ve 1-4 yaş arası çocuk ölümleri nedenleri arasında ishale bağlı olanlar 3.sırada yer almaktadır. Etimesgut bölgesi 1960-1980 yılları arasında bebeklerde en sık ilk 5 ölüm nedeni sıklık sırasına göre; pnömoni, neonatal

dönemi hastalıklar, ishal, beslenme yetersizliği ve enfeksiyon hastalıkları, 1-4 yaş arası çocuklarda en sık ilk 5 ölüm nedeni sıklık sırası ile; pnömoni, kazalar, ishal, beslenme yetersizliği ve kızamık şeklinde sıralanmaktadır^(39,41).

E.2.9: Anne Sütü Verme Durumu Tartışması

Araştırmamızda anne sütü verme süresi incelendiğinde, % 91.2 sıklığında 7 ay ve daha uzun bir süre anne sütü almaktadır. Çocukların tümüne anne sütü başlanmış, ancak % 8.2'si 7. aydan önce anne sütünden kesilmişlerdir. Uzun süre, 25 ay ve üzeri anne sütü verenlerin sıklığı % 19.1 olarak elde edilmiştir.

E.2.10: Ek Besine Başlama Zamanı Tartışması

Araştırmamıza mevsimlik tarım işçisi annelerin ek besine başlama zamanındaki davranışları oldukça farklılık göstermektedir. Her üç çocuktan birine 6 aydan önce ek besin başlanırken, % 28.9'u bir yaşından sonra ek besin vermeye başlamıştır. Aynı yörede yerleşik halkta ilk 6 aydan önce ek besine başlama sıklığı ise % 86, 12 aydan sonra ek besine başlama sıklığı ise % 11'dir⁽¹⁴⁾.

Ülkemizde çocuk beslenmesi değerlendirildiğinde; büyük oranda anne sütü ile beslenmenin uygulandığı, ancak daha ilk aylardan başlayarak ek besin verme sıklığının yüksek olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Bu durum ise ishal olgularına ve bebek ölümlerine yol açan nedenlerden biridir. Bebeğe katı gıdaların başlama zamanında da önemli bilgi eksikliği olduğu görülmektedir. Bir kısım aileler (% 29) 4-5.aydan önce ek besine başlarken, emzirmeye devam edilen bebekler arasında % 50 oranında 12 ayını doldurduğu halde ek besine başlamadıkları bildirilmektedir. Bunun yanısıra çocuğa ilk besin olarak kolostrum yerine, şekerli su yada başka bir besin verme alışkanlığı, bebeği beslemek için 3 ezan sesi beklemek gerektiği gibi yanlış inanışlar vardır⁽¹⁾.

Bilindiği gibi, ek besine erken başlamak ishal vb. enfeksiyon hastalıklarının artmasına ve ölümlere neden olurken, geç başlamak, beslenme sorunları ve enfeksiyon hastalıklarında mortalite artışına neden olabilmektedir.

Bunun yanısıra ek besine erken başlamak besin allerjisi ve sindirim sistemi rahatsızlıklarına yol açar.

E.2.11: Çocukların En Sık Geçirdikleri Hastalıklar Tartışması

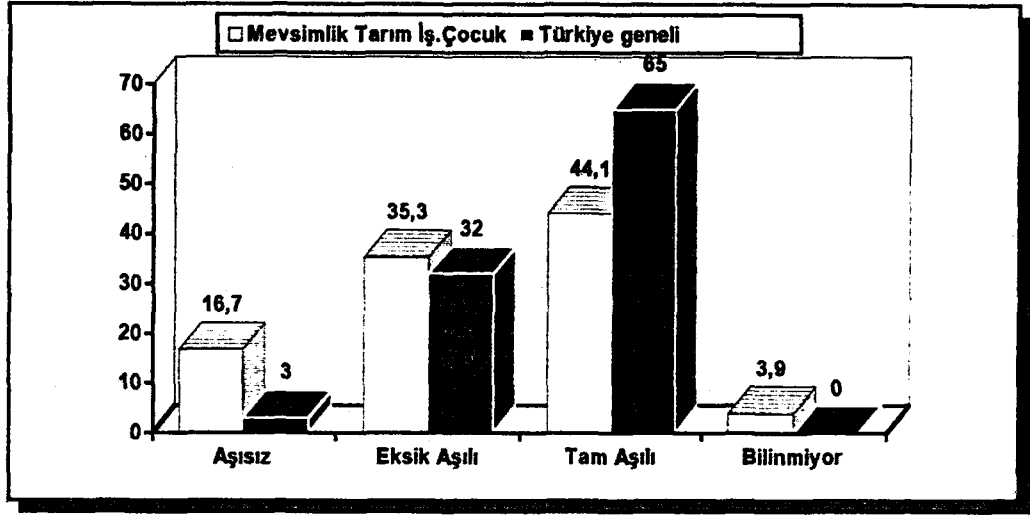
Araştırmamızda ailede eğitim düşüklüğü ve hastaları doktora götürme sıklığının azlığı nedeni ile, çocukların geçirdikleri hastalıklar hakkında birçoğundan ayrıntılı bilgi edinilemedi. Ancak az sayıda çocukta en sık geçirilen hastalığın akut solunum yolu hastalıkları, ikinci sırada ishaller olduğu öğrenildi.

Etimesgut bölgesi 1975-1980 dönemi arasında, 0-4 yaş grubu sağlık ocağına başvuran çocuklarda en sık görülen hastalıklar: Akut solunum yolu hastalıkları, ishal, pnömoni deri hastalıkları, otitis media ve beslenme yetersizlikliği olduğu saptanmıştır ⁽⁴¹⁾. Araştırmamız kısmen bu araştırma bulgularına uymaktadır.

E.2.12: Çocukların Bağışıklama Durumu Tartışması

Araştırmaya alınan çocukların bağışıklama oranları oldukça düşük düzeyde idi. Tam aşılı çocukların oranı yalnızca % 44.1 idi. Bir yaşını bitirmesine karşın çocukların % 16.7'sine hiç aşı yapılmamıştır.

Türkiye genelinde anneleri hiç eğitim görmemiş çocuklar arasında tam aşılı olma oranı % 48.0'dır. Mevsimlik tarım işçilerinin çoğunluğunun geldiği Güneydoğu Anadolu bölgesinde aşılama oranı ise % 81.0'dır. En düşük aşılama oranı Doğu Anadolu olup % 41.0'dır. (Şekil 17). Araştırma bulguları Doğu Anadolu bölgesi bulgularına en yakındır. Bunun nedeni araştırmaya katılanların çoğunluğunun Güneydoğu ve Doğu Anadoludan gelmiş olmaları olabilir.



Şekil 17: Araştırmaya Alınan Çocuklarda ve Türkiye’de Bağışıklama Durumu

E.3: Fizik Muayene Bulguları Tartışması

E.3.1: Antropometrik Ölçümler

Araştırma bulgularımıza göre manutrisyon sıklığı oldukça yüksektir. Bu durumun temel nedeni, mevsimlik tarım işçisi çocuklarında büyüme ve gelişmeyi olumsuz olarak etkileyen tüm fizik, biyolojik ve sosyo-kültürel çevre faktörlerinin etkisinde olmalarıdır.

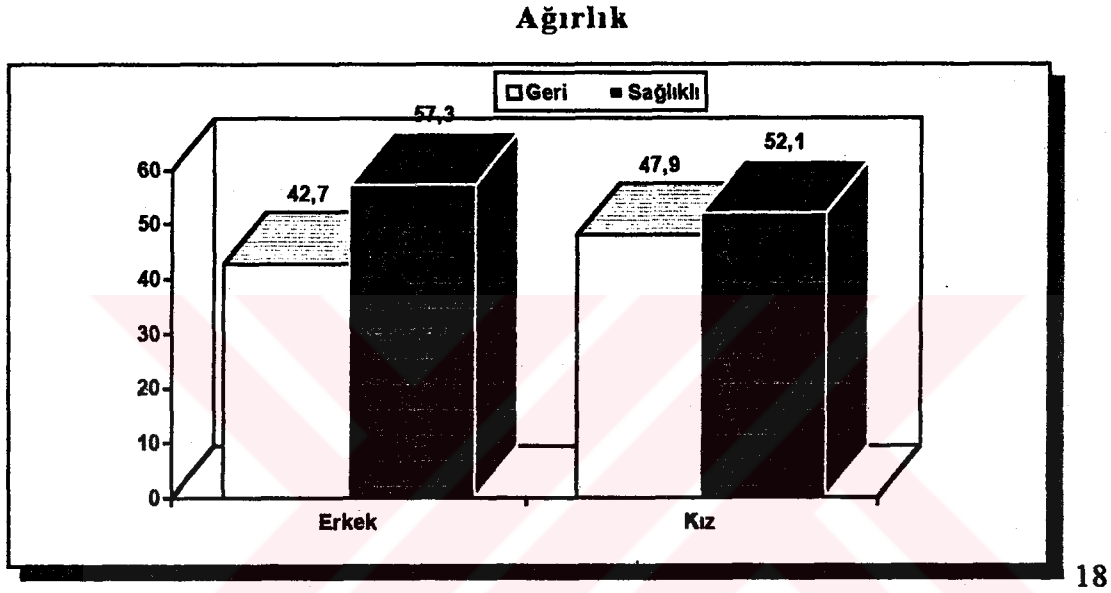
İnspeksiyonla kaşektik görünümü olan çocuk sıklığı ise yalnızca % 7.8 idi. Bu bulguya göre antropometrik ölçümler kullanılmadan yapılan muayenede, büyüme geriliği olguları kolaylıkla gözden kaçabilir.

E.3.1.1: Yaşa Göre Ağırlık Durumu Tartışması

Yaklaşık çocukların yarısı yaşına göre düşük ağırlıkta idi. NCHS/CDC standartlarına göre erkek çocukların % 42.7 ‘si, kız çocukların ise % 47.9’u yaşa göre ağırlık bakımından geridir (Şekil 18).

TNSA 1993 yılında, Türkiye genelinde 5 yaşına kadar olan çocukların % 11’inin yaşa göre ağırlık bakımından geri olduğunu belirtmektedir⁽¹⁾. Antalya kent merkezinde 1992 yılında, 0-59 aylık çocuklarda yapılan bir çalışmada yaşa göre ağırlık geriliği olan çocukların sıklığı % 3.8 olarak hesaplanmıştır⁽⁴⁰⁾.

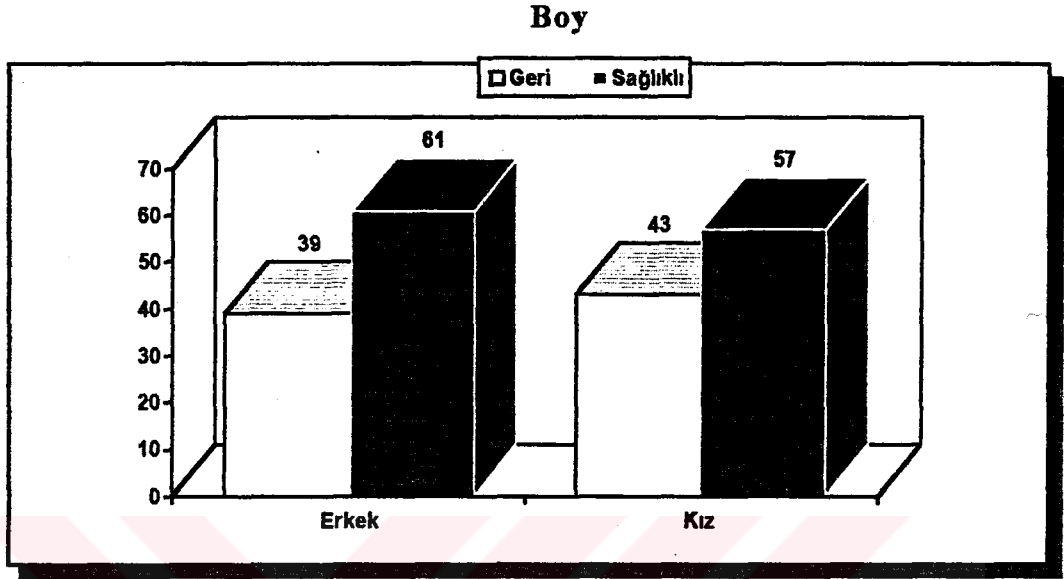
Köksal tarafından 1974 yılında Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada, okul öncesi çocuklarda % 17.6 oranında yetersiz ağırlık durmu (zayıflık), % 2.4 oranında ileri derecede büyüme geriliği (marasmus) saptanmıştır. Aynı çalışmada beslenme sorunları bölgelere ve kent yada köyde oturma durumuna göre önemli farklılıkların gösterdiği de bildirilmektedir. Kötü beslenme Ege, Marmara ve Trakya bölgesinde az, İç, Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgesinde yüksek düzeyde bulunmuştur. Ağırlık yönünden büyüme geriliği kentlerde % 10.5, köylerde % 22.6 düzeyindedir⁽³⁴⁾.



Şekil 18: Mevsimlik Tarım İşçisi Çocukların Yaşa ve Cinsine Göre Ağırlık Dağılımları

E.3.1.2: Yaşa Göre Boy Durumu Tartışması

Erkek çocukların % 39'u, kız çocuklarının % 43'ü yaşa göre boy bakımından geri bulunmuştur (Şekil 19).



Şekil 19: Mevsimlik Tarım İşçisi Çocukların Yaşa ve Cinsine Göre Boy Dağılımı

Türkiye genelinde ise 5 yaşına gelen her beş çocuktan birinin (% 20) yaşına göre boyunun kısa olduğu bildirilmektedir⁽¹⁾.

E.3.1.3 : Kol Çevresine Göre Büyüme Durumu Tartışması

Çocuklarda 1-5 yaş arasında üst kol kol çevresi orta çevresi uzunluğunun pek değişmediği, ve doğum tarihi kesin saptanamayan çocuklarda kullanılabileceği bildirilmektedir. Kol çevresi sonuçlarına göre 21.1 ağır derece , % 22.1 hafif-orta derece olmak üzere toplam % 43.2 hızında malnütrisyon belirlendi. Bu sonuç yaşa göre ağırlık, ve yaşa göre boy değerlendirilmesi ile de uyumlu gözükmektedir.

E.3.2: Hematokrit Ölçümleri

Araştırmaya alınan çocuklardan 152'sinden kan alındı. Bunlardan % 6.6'sında hematokrit 30'un, % 53.3'ünde hematokrit düzeyi 36'nın altında bulundu. Hematokrit düzeylerine göre anemi sıklığı yüksek gözükmemektedir. Bu durum beklentilerimize uygun çıkmamıştır. Kanların pipetlere alındıktan sonra birkaç saat bekletilmesi bu duruma yol açabilir. Anemi sıklığının bu yaş grubunda % 60'ara kadar çıktığını belirten yayınlar vardır⁽⁴³⁾.

Köksal'ın aynı çalışmasında okul öncesi çocukların hemoglobin düzeyleri çok düşük (7.9 gram ve daha az) olanlar % 14.4-17.3 olarak, hafif ve orta derecede hemoglobini düşük olanlar % 33.0 oranında bulunmuştur.

E.3.3 : Fizik Muayene İle Saptanan En Sık On Hastalık

Mevsimlik tarım işçisi çocuklarında en sık görülen on hastalığın hemen hepsinde çevresel etkenlerin önemi çok fazladır. En sık görülen 10 hastalıktan 5'i enfesiyon hastalığıdır. Çocuklar uzun süre doğrudan güneşe maruz kalmaktadır. Aşırı sıcakların ve temizliğe önem verilmemesinin sonucu isilik sık görülen hastalıklar arasındadır. Çocukların toz, toprak ve kirli sularla çok yakın teması, buşon, rinit, konjiktivit ve otitis media olgularının sık görülmesinde etkili olabilir.

Bunların yanısıra çocuklar hastalandığında kızgın bir metal parçası ile vücudun dağlanması yaygın olarak görülmektedir. Her üç çocuktan birisinde karın ön duvarı yada sırtta bu şekilde yanık skarı saptanmıştır.

Mevsimlik tarım işçisi çocuklarında hastalık sıklığının yüksek bulunması fizik ve biyolojik çevre koşullarına bağlanabilir.

E.4: Gözlem Bulgusu Tartışması

Mevsimlik tarım işçilerinin oturdukları çevre koşulları oldukça sağlıksızdır. Helası olmayanlar % 73.5 ve helası sağlıksız olanlar % 17.2 sıklığında idi. İçme kullanma sularını, çoğunlukla (% 41.6) taşıma ((su tankı) ile yada (% 40.2) çeşmeden sağlıyorlardı. Çöplük kulanma alışkanlıkları yoktu. Çöpleri rastgele çadırların yakınlarına döküyorlar idi.

F.SONUÇ

1-Araştırmaya katılanların çoğunluğu Doğu ve Güney Doğu Anadolu illerinden gelmektedir. Sıklık sırası ile Şanlıurfa, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep ve Hatay, Adana sıralanmaktadır.

2-Çok erken ve çok ileri yaşlarda doğumlar seyrek değildir. Annelerin % 19'u 19 yaş altında, % 15'i 40 yaş üzerindedir.

3-Mevsimlik tarım işçilerinin -özellikle kadınların- eğitim düzeyleri çok düşüktür.

4-Babaların eğitim durumlarına annelere göre daha iyi olmakla birlikte % 36'sının okur-yazarlığı yoktur.

5- Anne ve babaların bir kısmı türkçe bilmemektedir. Bu sıklık erkeklerde % 4 iken kadınlarda % 34'tür.

6-Çocuklar çok küçük yaşlardan itibaren çalıştırılmaya başlanmaktadır. Okulların açık olduğu dönemlerde geldikleri için, çalışan bu çocuklar eğitime devam edememektedir.

7-Mevsimlik tarım işçilerinin gelir düzeyleri hakkında kesin bir gösterge elde etmek güçtür. Çalıştıkları günler için, kişi başına günlük gelir 13 bin lira ile 153 bin lira arasında değişirken dağılımın ortanca değeri 56 bin liradır. Çapa işi yaparken bir kişi günlük 133 bin lira yevmiye alırken, pamuk toplama sırasında toplanan pamuğun kilosu başına ücret almaktadırlar.

8-Mevsimlik tarım işçilerinde akraba evlilikleri yaygın olarak görülmektedir. Evliliklerin % 44'ünde uzak yada yakın akrabalık bulunmaktadır.

9- Mevsimlik tarım işçilerinde doğumlar arasında 2 yıldan daha az olan kadın hızı çok yüksektir.

10-Gebelik döneminde zararlı alışkanlıklar ilk sırada sigara içme, ikinci sırada pika, üçüncü sırada hem sigara hemde pika alışkanlığı bulundu.

11-Mevsimlik tarım işçilerinde doğumların çoğunluğu evde, sağlık personeli desteği almadan olmaktadır.

12-Mevsimlik tarım işçisi kadınlarda canlı doğum sayısı yüksektir. 1993 yılı Türkiye ortalamasının 2 katıdır⁽¹⁾.

13- Mevsimlik tarım işçisi yüz kadında toplam düşük hızı Türkiye ortalamasının altındadır. Düşük hızındaki bu düşüklük, isteyerek yapılan düşüklerin azlığından kaynaklanabilir.

14- Mevsimlik tarım işçisi ailelerin % 76'sı çocuklarının tümünü beraberlerinde getiriyorlar, % 24.0'ı çocuklarından bir kısmını yada tamamını memleketlerinde bırakıyorlardı.

15- Mevsimlik tarım işçilerinde çocuk ölümlerinin yarısından çoğu (% 58) 12 ayını doldurmadan görülmektedir.

16- Mevsimlik tarım işçilerinde, çocuk ölümlerinin nedenlerine göre dağılımında, ateşli bir hastalıktan ölenler (% 47.1) ilk sırada yer almaktadır. Enfeksiyon hastalıkları ve ishaller en sık ölüm nedenidir.

17- Mevsimlik tarım işçisi annelerin tümü anne sütü ile beslemeye başlamış, ancak % 8.2'si 7 aydan daha kısa bir sürede süttten kesmiştir. Uzun süre, 25 ay ve üzeri anne sütü veren hızı % 19.1 olarak elde edilmiştir.

18- Mevsimlik tarım işçisi annelerin ek besine başlama zamanındaki davranışları oldukça farklılık göstermektedir. Her üç çocuktan birine 6 aydan

önce ek besin başlanırken, % 28.9'una bir yaşından sonra ek besin vermeye başlanmıştır.

19-Anket formundan elde edilen bilgilere göre; en sık görülen hastalık akut solunum yolu hastalıkları, ikinci sırada ishallerdir.

20-Araştırmaya alınan çocukların bağışıklama oranları düşüktür.

21-Erkek çocukların % 42.7'si, kız çocuklarının % 47.9'u yaşa göre ağırlık bakımından geridir.

22-Erkek çocuklarının % 39.1'i, kız çocuklarının % 43.6'sı yaşa göre boy bakımından geridir.

23-Üst kol orta kısım çevresi ölçümüne göre çocukları % 21.1'inin ileri derecede, % 22.1'inin ise hafif-orta derecede malnütrisyonlu olduğu sonucuna varılmıştır. Toplam malnütrisyonlu çocuk sayısı ise % 43.2 olarak bulunmuştur.

24- Fizik muayene sonuçlarına göre ilk on sırayı oluşturan hastalıklar; 1-insekt bite, 2-piyodermi, 3-rinit, 4-güneş yanığı, 5-isilik, 6-buşon, 7-konjiktivit, 8-otitis media, 9-ishal, 10-tonsillit şeklinde sıralanmaktadır.

25-Mevsimlik tarım işçileri belkide Türkiye'nin en düşük sosyo-ekonomik düzeyine sahip topluluklardan biridir. Sağlık düzeyi ölçütleri, Türkiye genelinin çok altında olduğu gibi sağlık ölçütleri en düşük bölgeleri olan Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerininin de çok altındadır.

26-Mevsimlik tarım işçilerinin fizik çevre koşulları oldukça sağlıksızdır.

G-ÖNERİLER

1-Beslenme politikası oluşturulmalı,

2-Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası anne ve çocuk izlemleri, yeterli sıklık ve yeterli kalitede tüm ülke düzeyinde yapılmalı,

3-Bu izlemlerde yalnızca ebeler değil, hekimler başta olmak üzere hemşire ve sağlık memurları da etkin olarak görev almalı,

4- Hekim ve yardımcı sağlık personeli ana-çocuk sağlığı konusunda eğitilmeli ve motive edilmeli,

5-Hizmet içi eğitim ve denetim daha sağlıklı biçimde yapılmalı,

6-Tüm gebe ve çocukların dengeli ve yeterli beslenmesi için gerekli önlemler alınmalı,

7-Beslenme ile ilgili 2000 yılı hedeflerine ulaşılmalıdır.

ÖZET

Doğankent, Solaklı ve Yüzbaşı Sağlık ocakları bölgesine gelen mevsimlik tarım işçilerinin, 1-6 yaş arası 204 çocuğu araştırma kapsamına alındı. Ailelerin sosyo-demografik ve ana-çocuk sağlığı durumunu belirlemek amacı ile bir sorukağıdı uygulandı ve fizik muayene yapıldı.

Mevsimlik tarım işçilerinin büyük çoğunluğu Güneydoğu ve Doğu Anadolu illerinden gelmekte idi. Mevsimlik Tarım İşçilerinin sosyo-demografik durumları Türkiye düzeyine göre çok düşük idi. Annelerin %92'sinin, babaların % 36'sının okur-yazarlığı yoktu. Babaların % 4'ü, annelerin % 34'ü Türkçe bilmiyordu. Akraba evliliği yapanların hızı % 44 idi. On yaşından küçük çocukların % 9.3'ü çalışmaktaydı. Bu çocuklar çalışmak için eğitimlerini yarıda kesmişlerdi. Ailelerden % 43.1'i en az bir çocuğuna okulunu bıraktırarak yanlarında getirmişti. Son iki doğum arasındaki sürenin 12 aydan kısa olduğu gebelikler % 15.7, 24 aydan kısa olanlar % 73.8 olarak elde edildi. Doğumların % 60.8'i evde kendi kendine, % 19.6'sı bir sağlık kurumunda yapılmış idi. Ortalama canlı doğum sayısı 6.1, yüz kadında toplam düşük hızı % 71.9 bulundu. Çocuk ölümlerinin %60.3'ü ilk 12 ay içinde olmuştu. Çocuk ölümü nedenleri arasında enfeksiyon hastalıkları ilk sırada yer almakta idi. Anne sütü verme süresi oldukça değişiklik gösteriyordu. % 19.1 sıklığında anne 25 ay ve daha uzun süre çocuğunu emziriyordu. Ek besine 7.aydan önce başlayanların sıklığı % 33.4, 12.aydan sonra başlayanların sıklığı ise 28.9 idi.

Çocuklarda en sık görülen hastalıklar sorusu ise akut solunum yolu hastalıkları, ishal, kızamık şeklinde yanıtlandı. Fizik muayene sonuçlarına göre ilk on sırada yer alan hastalıklar; 1-insekt bite, 2-piyodermi, 3-rinit, 4-güneş yanığı, 5-isilik, 6-buşon, 7-konjiktivit, 8-otitis media, 9-ishal, 10-tonsillit şeklindedir. Tam aşılı çocuk sıklığı % 44.1, eksik aşılı çocuk sıklığı % 35.3, hiç aşı yapılmamış çocuk sıklığı 16.7 bulundu.

Yaşa göre ağırlık bakımından erkek çocukların % 42.7'si, kız çocuklarının % 47.9'u geri, yaşa göre boy bakımından erkeklerin % 39.1'i kız çocukların % 43.6'sı geri bulundu. Üst kol çevresi ölçümlerine göre çocukların % 43.2'si malnütrisyonlu olarak değerlendirildi. İnspeksiyonda çocukların yalnızca % 7.8'i kaşektik görünümde idi.

SUMMARY

This study deals with 204 children aged 1 to 6 years of seasonal farm workers (SFWs) coming to the areas of Doğankent, Solaklı, and Yüzbaşı health centers. Physical examinations of the children were made and a questionnaire about family planning, social, and demographical conditions was applied to the parents.

Most of SFWs had come from Southern and South-Eastern Anatolia, and the social and demographical level of SFWs were very low compared with Turkey's. 92 % of mothers and 36 % of fathers were illiterate. Kinship marriage rate was 44 %. 9.3 % of children under 10 years of age were farming workers. These children had ended their education. 43.1 % of all the families had at least one child who had ended education.

The rate of mothers having less than 12 months birthspacing was 15.7 %, and this rate was 73.8 % for 24 months.

60.8 % of mothers had given birth to their last child without health service benefit, only 19.6 % of mothers had been supplied by health service during childbirth. The mean number of live births was 6.6, and abortion rate per 100 mothers was 71.9 %. The rate of infant deaths occurring at the first 12 months was 60.3 %. The most common cause of child deaths was infectious diseases. The extension of breast-feeding was different. All of the mothers had started to feed their babies with breast-feeding. 28.9 % of them had started supplement feeding after 12 month.

The most common diseases among children was acute respiratory illness, diarrhea, and measles. The immunization coverage percentages for children were complete for 44.1 %, incomplete for 35.3 % and absent for 16.7 %.

The prevalence of underweight children was 42.7 % for males, and 47.9 % for females. The prevalence of stunted children was 39.1 % for males and 43.0 % for females.

According to the upper arm circle measures, 43.2 of all child were malnourished.

DOĞANKENT S.E.A. BÖLGESİ MEVSİMLİK TARIM
İŞÇİLERİNİN 1-6 YAŞ ÇOCUKLARINDA MALNUTRİSYON
DURUMU VE ETKİLİ FAKTÖRLER

AİLELERE İLİŞKİN

Adı Soyadı :.....		
1-Aile sıra no:.....	1-3	
2-Geldiği yer:.....	4-5	
3-Anketi yanıtlayan : 1-Anne 2-Baba 3-Büyük Kardeş Diğer	6	
4-Annenin yaşı:.....	7-8	
5-Babanın yaşı:.....	9-10	
6-Annenin eğitim düzeyi:.....	11	
<u>Eğitim düzeyi</u>		
1-Okur yazar değil		
2-İlkokul terk		
3-İlkokul		
4-Ortaöğretim		
5- Yüksek okul		
7-Babanın Eğitim Düzeyi:.....	12	
8-Anne türkçe biliyor mu ? 1-Evet 2-Hayır 3-Yetersiz.....	13	
9-Baba türkçe biliyor mu ? 1-Evet 2-Hayır 3-Yetersiz.....	14	
10-Anne-baba akrabalığı:.....	15	
0-)Yok 1-)1.derece akraba 2-)2.derece akraba 3-)Diğer		
11-Canlı doğum sayısı:.....	16	
12-Ölü doğum sayısı :	17	
13-Düşük sayısı:.....	18	
14-Ölen çocuklar:		
Yaşı:		
1-)0-7 günlük	2-)8-28 günlük	3-)29-365 günlük
4-)1-4 yaş	5-) 5-6 yaş	6-) 7 yaş ve üzeri

<u>Ölen çocuk sırası</u>	<u>Yaşı:</u>	<u>Ölüm nedeni</u>
1.çocuk.....	(19)	.....(20)
2.çocuk.....	(21)	.....(22)
3.çocuk.....	(23)	.....(24)
4.çocuk.....	(25)	.....(26)
5.çocuk.....	(27)	.....(28)
6.çocuk.....	(29)	.....(30)

15-Ailenin ortalama günlük geliri ne kadar ?Bin TL...3 1-33

16- Ailenin nüfus durumu:

<u>Yaşı</u>	<u>Toplam sayı</u>	<u>Çalışan sayısı</u>
< 6 yaş	(34)	.....(35)
7-10 yaş	(36)	.....(37)
11-14 yaş	(38)	.....(39)
15-18 yaş	(40)	.....(41)
19 ve üzeri yaş	(42)	.....(43)

17-Memlekette kalan çocuk sayısı:.....44

18- İlkokulu bırakarak buraya gelen çocuk sayısı.....45

GÖZLEM

1-Yerleşim yeri özellikleri.....	46
.....	
2-Çadır sayısı.....	47-48
3- Hela durumu.....	49
4-Aydınlanma durumu:.....	50
5-Çöp:.....	51
6-Yemek yeme alışkanlıkları.....	52
7-İçme kullanma suyu:.....	53
8-Yiyeceklerin bekletildiği yerler.....	54

ÇOCUGA İLİŞKİN

Annenin adı soyadı :.....

Çocuğun adı soyadı:.....

- 1-Sıra no:..... 1-3
- 2-Ailenin kaçınıcı çocuğu..... 4
- 3-Cinsiyeti: 1-Erkek 2-Kadın..... 5
- 4- Doğum tarihi : (gün/ay/yıl)..... 6-9
- 5-Önceki kardeşi ile arasındaki süre(ay)..... 10-11
- 6-Bu çocuğa gebe iken annenin geçirdiği hastalıklar:..... 12-13
- 1-..... 2-.....
- 7-Annenin gebelik dönemi alışkanlıkları..... 14-15
- 8-Bu çocuğu isteyerek mi yaptınız?.. 1-Evet 2-Hayır 16
- 9-Hayır ise nedeni:..... 17
- 10-Çocuğun doğumu nerede oldu:..... 18
- 1-Evde kendi kendine
- 2-Evde ebe yardımı ile
- 3-Sağlık ocağında ebe yardımı ile
- 4-Hastanede
- 5-Diğer
- 11-Gebeliğin süresi hakkında ne söyleyebilirsiniz? 19
- 1-Erken 2-Zamanında 3-Geç
- 12-Doğum ağırlığı hakkında ne söyleyebilirsiniz?.....20
- 13-Kaç ay anne sütü verdiniz ?.....21-22
- 14-Ek besine kaç aylık iken başladınız ?.....23-24
- 15- Son iki gündür yediği besinler ?.....25-30
- 1-Yumurta(25) 2-Yogurt-süt(26) 3-Peynir(27)
- 4-Et (28) 5- Sebze meyve 6-Diğer
- 16- Çocuğun geçirdiği önemli hastalıklar.....31-32
- 1-.....
- 2-.....
- 17-Aşı durumu:.....33
- 1-Aşısız 2-Eksik aşıllı 3-Gününe göre tam aşıllı
- 4-Tam aşıllı 5-Diğer

- 18- Toprak, kağıt, kil, kömür gibi değişik şeyleryiyor mu ?34
19- Gece körlüğü (Tavuk karası) var mı ?35
1-Evet 2-Hayır

FİZİK MUAYENE

- Ağırlık(gram).....(36-38) Boy.....(39-41)
Kol çevresi(42-44)
Alt/üst segment uzunluğu.....(45-46)
Cilt kalınlığı.....mm(57-48)

Genel Durum.....49

- 1-Canlı 2-Soluk 3-Uykuya eğimli
4-Kaşektik 5-Yaşlı yüz görünümü 6-Huzursuz
7-Diğer

Cilt:.....50-52

Tonus:.....53

Baş:.....54-56

Göz:.....57-58

Göğüs:.....59

Karın :.....60

Ekstermite:.....61

Hematokrit:.....62-63

Kaynaklar

- 1- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana ve çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Demographic and Health Surveys Macro International Inc. Ankara-1994.
- 2- Tiryakioğlu B.: Çocukların Korunmalarına İlişkin Milletlerarası Sözleşmeler ve Türk Hukuku. Ankara-1991.
- 3 -Grant J.: Dünya Çocuklarının Durumu. Ankara-1990.
- 4- İnandı T., Akbaba M.: Mevsimlik Tarım İşçileri. Adana Sağlık Dergisi, sh. 21, sayı 2 , Adana-1994.
- 5- Adana İl Sağlık Müdürlüğü, Mevsimlik Tarım İşçileri Kayıtları. Adana-1994
- 6- İnandı , T., Apan E.,Tuncer A., Akbaba M., Kara Ömerlioğlu Ö., Tanır,F.: Doğan kent S.E.A. Tuzla Bölgesinde Mevsimlik Tarım İşçilerine Yönelik Poliklinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, sh. 487-489, Didim-1994.
- 7- Baysal A.:Genel Beslenme Bilgisi, S. 10-11. Ankara-1988.
- 8- Baysal A.: Temel Beslenme. Ankara-1983
- 9- Behrman R.E., Kliegman M.R., Nelson W.E., Vaughan V.C. : Nelson Textbook of Pediatrics , Fourteenth Edition , The United States Of America-1992
- 10- Dirican, R.: Toplum Hekimliği, S. 204-205 Ankara-1990.
- 11- Sencer E.: Beslenme ve Diyet, İstanbul-1991.

12- Arıncı Ü.: Hastalıklarda Beslenme, Ankara-1980.

13- Illing s , Sstephani S.(çeviri:Çetiner Y.) : : Klinik Klavuzu Pediatri, İstanbul-1993.

14-Raziye Göçük, Doğan kent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi Annelerin Çocuk Sağlığı ve Beslenmesi Yönünden “ Sütün Önemi ” ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Adana-1988.

15-Grant J.: Dünya Çocuklarının Durumu , UNCEF, Ankara-1995.

16- Ahmet Tunçer , Ders Notları. Adana-1994.

17- Grant J.:Dünya Çocuklarının Durumu, UNICEF, Ankara-1986.

18- Neyzi O.: Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. S. 129-188, İstanbul- 1994.

19-Benenson A., S., (Çeviri) Akyol M.,: İnsanda Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü, S. 81, 1981

20 - Neyzi O., Ertuğrul T.: Pediatri, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul- 1989.

21 -Tunçer A.: Sosyal Pediatri Aile Kliniği Ders Notları, Dönem-3, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği ile Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Ankara-1978.

22- Gail R., Goldberg, B.Sc. Andrew M.Prentice, Ph.D. : Maternal and Fetal Determinants of Adult Diseases. Nutrition Reviews, S. 191-200, vol 52, no. 6. 1994.

23- Uvin,P. The State of World Hunger, Nutrition Reviews, vol 52, no 5, 1994.

- 24-Akgün S.: “ Gizli Açlığa Son” Mikronutrient Malnutrition, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Ankara-1994.
- 25- Grant J.: Dünya Çocuklarının Durumu, S.16-26, UNICEF, Ankara-1994.
- 26- Lindsay H.A.: The Nutrition CRSP : What is the Marginal Nutrition, and Does It Affect Human Function ? Nutrition Reviews, S. 255-267, vol 51, no. 9. 1993.
- 27-Bertan M., Özcebe H.: Çocuk Nüfus Ve Politikalar. Halk Sağlığı Temel Bilgiler S.163. Ankara-1995
- 28-Bertan M. Güler Ç. : Halk Sağlığı Temel Bilgiler , Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara-1995.
- 29-Grant J.: Dünya Çocuklarının Durumu, S.61 UNICEF , Ankara-1992 .
- 30- Atilla S.: Toplumda Beslenme Sorunlarının Saptanmasında Yöntemler, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, S. 308-309, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara-1995
- 31- Betke K., Lampert F., Riegel K.: Temel Pediatri. New-York-1978.
- 32- Hayran, O.: Çocuklarda Beslenme ve Büyümenin Değerlendirilmesi Açısından Antropometrik Ölçümlerin Anlamı ve Yorumu. Beslenme Diyet Dergisi, S.238-243,. Ankara-1990.
- 33- Baysal A. Beslenme, Ankara-1993
- 34-Köksal O.: Türkiyede 1974 Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketim Araştırması Ankara-1977.

- 35- Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. T.C. Hükümeti-UNICEF İş Birliği Programı , Ankara-1991.
- 36- Akbaba M., İnandı T., Tanır F.: Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi Çalışma Raporu, Adana-1995.
- 37- Methodology of Nutritional Surveillance : Report of Joint FAO / UNICEF / WHO Expert Commite. WHO Tecnical Report Series, No 593, 1976.
- 38-Beyazova U., Egemen A.: Çocuk Sağlığında Risk Yaklaşımı, Katkı, Cilt 6, sayı 5, S. 351-360, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara-Mayıs 1985.
- 39- Özcebe H., Bertan M., Akın L., Akgün S.: Önemli Bazı Çocuk Sağlığı Sorunları, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. S. 173-185, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara-1995
- 40- Dönmez, L. Dedeoğlu N. Aktekin, M.: Antalya Kent Merkezinde Malnütrisyon Sıklığı. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, S. 378-383, Didim-1994.
- 41-Egemen A., Beyazova U.:Türkiye'de Çocuk Sağlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler. Katkı, cilt 6, sayı 8, S.572-575, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara- Agustos 1985.
- 42- Günay O. ve arkadaşları: Çocuklarda ve Kadınlarda Pika. Erciyes Üni. Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 5, Sayı 4, S. 473-482, Kayseri-1983
- 43- Çocuk Sağlığı El Kitabı.: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara-1992
- 44-World Declaration on Nutrition. Nutrition Reviews, Vol 51, No 2, S.41-43, February-1993.

45- Benefits of Breastfeeding, Breastfeeding Protecting a Natural Source, UNICEF/IPA/WHO, 1991.

46- Koçoğlu G., Egemen A.: Kırsal Bölgede Beslenme Eğitiminin Malnütrisyonun Önlenmesine ve Tedavisine Etkileri. Beslenme ve Diyet Dergisi, Vol.17, S. 7-15, 1988.

47- Ergin S., Bilir S.: Gecekondu Kesimlerinde Annelerin Sütçocuğu Beslenmesi Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Anadolu Tıp Dergisi, Çocuk Özel Sayısı, S. 35-45, 1980.

48- Aykent M., Öztürk Y., Ceyhan O., Günay O.: Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 3-36 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Durumu. Türkiye Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, Sayı: 44, No 2, S.223-239, 1987.