

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

**TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ ÇOCUK
KLİNİĞİNE PNÖMONİ TANISI İLE YATIRILAN
ÇOCUKLARA HASTANEYE YATIRILMADAN ÖNCE
EVDE YAPILAN GİRİŞİMLER VE ANNELERİN
İÇİNDE BULUNDUĞU ZORLANMA DÜZEYİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

BENGÜL CANLI

EDİRNE-2009

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

**TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ ÇOCUK
KLİNİĞİNE PNÖMONİ TANISI İLE YATIRILAN
ÇOCUKLARA HASTANEYE YATIRILMADAN ÖNCE
EVDE YAPILAN GİRİŞİMLER VE ANNELERİN
İÇİNDE BULUNDUĞU ZORLANMA DÜZEYİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

BENGÜL CANLI

Destekleyen Kurum:

Tez No:

EDİRNE-2009

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve İlknur Dindar danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Bengül Canlı tarafından tez başlığı “Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk Kliniğine Pnömoni Tanısı İle Yatırılan Çocuklara Hastaneye Yatırılmadan Önce Evde Yapılan Girişimler ve Annelerin İçinde Bulunduğu Zorlanma Düzeyi” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 13/07/2009 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.

İmza
Ünvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI

Yrd. Doç. Dr. Burcu TOKUÇ

İmza
Ünvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

İmza
Ünvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖRLER

Yüksek Lisans eğitimin süresince ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim danıőmanım Yrd. Doç. Dr. İlknur Dindar'a, ęalıőmanın istatistiğinde emeği geçen Doç. Dr. Necdet Süt'e, ęalıőmanın ęeőitli aőamalarında yardımları olan Tekirdağ Sağlık Müdürlüğü ve Tekirdağ Devlet Hastanesi ęalıőanlarına, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, arkadaşlarıma, meslektaşlarıma, eğitime katkısı olan herkese içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
TANIM.....	4
ETYOLOJİ EPİDEMİYOLOJİ.....	5
PNÖMONİLERİN SINIFLANDIRILMASI.....	8
Tipik Pnömoniler.....	8
Pnömonokokkal pnömoni	8
Haemophilus influenzae pnömonisi.....	9
Staphylococcus aureus pnömonisi.....	10
Streptococcus pyogenes pnömonisi.....	11
Atipik Pnömoniler.....	11
Viral pnömoniler.....	11
Mikoplazma pnömonisi.....	11
Chlamydia pnömonisi.....	12
Chlamydia trachomatis pnömonisi.....	13
RİSK FAKTÖRLERİ.....	13
BELİRTİ VE BULGULAR.....	15
TANI.....	20
TEDAVİ.....	23
KORUNMA.....	29
GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
BULGULAR.....	39
TARTIŞMA.....	84
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
TÜRKÇE ÖZET.....	99
İNGİLİZCE ÖZET.....	101
KAYNAKLAR.....	103
RESİMLEMELER LİSTESİ.....	110
ÖZGEÇMİŞ.....	113
EKLER	114

KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ASYE:	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları
AIDS:	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
CRP:	C Reaktif Protein
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DEPR:	Depresyon
DÜŞMA:	Düşmanlık
ESH:	Eritrosit Sedimentasyon Hızı
FOKA:	Fobik Kaygı
GSI:	Global Symptom İndeks
HIV:	Human İmonodeficiency Virüs
HIB:	Haemophilus İnflüenza Tip B
KADU:	Kişilerarası Duyarlılık
OBKO:	Obsesif Kompulsif
PADÜ:	Paranoid Düşünce
PSDI:	Positive Symptom Distress İndeks
PST:	Positive Symptom Total
PSİK:	Psikotizm
RSV:	Respiratuar Sinsisyal Virüs
SCL-90-R:	Symptom Check List –90–R
SOMA:	Somatizasyon
UNICEF:	United Nations International Children’s Emergency Fund
ÜSYE:	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
YUP:	Yeme Uyku Problemleri

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1999 yılı verilerine göre dünyada her yıl beş yaşın altında 10.5 milyon çocuk önlenabilir ve tedavi edilebilir sadece beş hastalık (pnömoni, diyare, malarya, kızamık, Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)) nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin %28'inden solunum yolu enfeksiyonları sorumludur. Bu solunum yolu enfeksiyonlarının yaklaşık %75'ini pnömoniler oluşturur (1,2,3,4,5). Yaşamın ilk yılında, alt solunum yolu enfeksiyonlarının (ASYE) insidansı yılda 100 çocuk başına 30-35 olgudur ve bunun tahminen %10'unu pnömoniler oluştururken, pnömoni insidansı ikinci ve üçüncü yıllarda doruk düzeye çıkarak yılda 100 çocuk başına dört, beş olguya ulaşır. On yaş üzerinde ise insidans yılda 100 çocuk başına bir olgudur. Pediatrik yaş grubunda ayakta tedavi edilen hastaların %23'ü pnömoni tanısı almaktadır. ASYE nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklarda, pnömoniler bir yaşındakilerde %33-50 oranında yer alırken, tüm pediatrik yaş grubunda oran % 29-38'dir (1,2).

0-2 yaş arası bebeklerde, özellikle süt çocuklarında gelişen ASYE'lerde pnömoni daha çok bakteriyel ve viral etkenlerle oluşmakta olup nonenfeksiyöz ajanlar tarafından oluşturulan pnömoniler daha az görülmektedir (1).

Pnömonokok hastalıkları, dünyada 5 yaş altında en fazla ölüme sebep olan aşı ile önlenabilir hastalıklardır. DSÖ, her yıl 800 bin ilâ 1 milyon 5 yaş altı çocuğun pnömonokokun sebep olduğu hastalıklar sebebiyle öldüğünü tahmin etmektedir. Pnömonokok zatürresine bağlı ölümlerin % 90'nı geliştirmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (6,7,8,9).

UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)'in 2004 verilerine göre 5 yaşından küçüklerde pnömoniye bağlı ölüm sayısı 7000'dir (10).

Gelişmiş ülkelerde beş yaş altı çocuklardaki pnömoni atak hızı 34-40/1000'dir. Bu atak hızı yetmiş beş yaşa kadarki tüm yaşlar içinde en yüksek olanıdır. Gelişmekte olan ülkelerde

ise atak hızı gelişmiş ülkelere göre 3-6 kat fazladır. Kimi yerlerde her dört çocuktan biri yılda en az bir kez pnömoni geçirmektedir (4).

Akut ASYE'ler gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu ülkelerde yıllık pnömoni insidansı %10'un üzerindedir ve beş yaş altı her yıl beş milyon çocuk bu nedenle kaybedilmektedir (11,12). Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde sosyoekonomik düzeyin ve beslenme yetersizliğinin ASYE insidansını daha da arttırdığı görülmektedir (1). Ancak tekrarlayan pnömonilerin gerçek insidansı henüz tam olarak bilinmemektedir. Prospektif toplumsal çalışmalarda, beş yaş altındaki çocuklarda yıllık insidans gelişmiş ülkelere % 2-4 iken, gelişmekte olan ülkelere %10-20 olarak bildirilmektedir. Çocuklarda malnütrisyon ve HIV enfeksiyonunun yüksek olduğu toplumlarda insidans %50'lere ulaşmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere hastalığın sık görülmesi yanında daha ağır formlarda görülmekte ve daha yüksek ölümlere yol açmaktadır. 1980'li yılların başlarında mortaliteyi önlemek amacıyla DSÖ, ASYE kontrol programları geliştirmiştir. DSÖ tarafından geliştirilen "ASYE'lerde vaka yönetimi" algoritması son yirmi yılda bir çok gelişmekte olan ülkede uygulanarak, hastalığın mortalitesinde belirgin azalmalar sağlanmıştır (13,14,15).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1998 yılı verilerine göre, 0-1 yaş grubunda bebek ölüm nedenlerinin %48.4'ünden pnömoniler sorumludur ve ilk sıradadır. 1-4 yaş grubunda bu oran %42,1'dir (16,17). DSÖ verilerine göre Türkiye'de 2000-2003 yılları arasında pnömoni 1 ay - 5 yaş grubunda %27 ile başta gelen ölüm nedenidir (18). Bu veriler ülkemizde de özellikle beş yaş altı çocuklarda pnömonilerin yüksek mortalite ve morbiditeye yol açan önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (2). Bu nedenle pnömonilerin ülkemizde çocukluk yaş grubunda epidemiyolojik özelliklerinin, doğal gelişiminin, klinik seyrinin, risk faktörlerinin, uygun tanı ve tedavisinin belirlenmesi ve etkin koruyucu önlemlerin alınması giderek daha fazla önem kazanmakta ve zorunlu hale gelmektedir (1).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1988 yılından itibaren akut solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı ölüm ve hastalıkları azaltmak amacıyla "Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü" programı uygulanmaktadır. Bu programda sağlık personeli eğitilmekte, aileler bilgilendirilmekte ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına antibiyotik (penisilin prokain) desteği sağlanmaktadır (2,17).

Bu araştırma, annelerin pnömoni enfeksiyonu geçiren 0-6 yaş çocuklarına evde yaptığı girişim ve uygulamaları belirlemek ve içinde buldukları zorlanma düzeylerini tespit etmek amacıyla planlanmıştır.

Elde edilecek sonuçların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere ve ailelere verilecek eğitimde rehber olması hedeflenmektedir.

GENEL BİLGİLER

TANIM

Pnömoni, infeksiyöz veya infeksiyöz olmayan ajanlar tarafından oluşturulan akciğer dokusu inflamasyonudur (2,12,19,20,21,22). Küçük bebeklerde pnömoninin akut bronşiolitten ayrımı güç olduğundan, bu iki hastalığı da kapsayan “akut solunum yolu infeksiyonu” terimi de kullanılır. Toplum kökenli pnömoni kişinin toplumda günlük yaşamı sırasında ortaya çıkan pnömonidir (2,4,19).

Anatomik olarak pnömoniler bir veya birkaç lobda konsolidasyon gösteriyorsa lobar pnömoni, önce bronşiol ve daha sonra çevre loblarda konsolidasyon oluturuyorsa bronkopnömoni veya lobüler pnömoni olarak adlandırılır (20,23).

İntertisyel olarak ve bronşioelleri ve alveoelleri içine alan pnömoni şeklinde ise intertisyel pnömoni veya pnömonitis adı verilir (12,20).

Pnömoniler anatomik tutulum dışında yaşa, etkene ve anatomik tutulumu göre de sınıflandırılır (20).

Tekrarlayan ASYE tanımı, yılda iki veya yaşamın bir döneminde 3 kezden fazla pnömoni geçiren çocuklar için kullanılır (19).

Yapılan çalışmalarda pnömoni için farklı tanımlar kullanılmaktadır. Bazı çalışmalar klinik ve akciğer grafisi bulgusu olanları pnömoni kabul ederken, DSÖ'nün sağlık rehberinde yalnızca inspeksiyon ve solunum hızı ile pnömoni tedavisine karar verilmektedir (4).

Pnömoni, akciğeri enfekte olmaktan koruyan normal savunma mekanizmalarının yetersiz olduğu durumlarda meydana gelir. Normal koşullar altında öksürük refleksi, aspire edilmiş olan cisimlerin retrograd mukosiliyer hareket ve müköz ile atımı, mikrop ve yabancı cisimlerin alveolar makrofajlar tarafından alımı, nötrofillerin hümorale ve hücre aracılı

bağışıklık sistemi olan ilişkileri, mikrop ve yabancı maddelerin akciğerden lenfatikler yoluyla uzaklaştırılması gibi pek çok mekanizma akciğeri enfekte olmaktan korumaktadır. En sık olarak bakteriler üst solunum yolunu kolonize etmektedir (12,24).

ETYOLOJİ / EPİDEMİYOLOJİ

Çocukluk çağında pnömoniye neden olan enfeksiyon etkenleri hastanın yaşı, çevresel koşullar, immün durumu ve mevsime bağlı olarak değişir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde prevalans çalışmalarında belirlenen sıklık benzerdir (25).

Çocukluk çağı pnömonilerinin en sık görülen nedenleri bakteriyel ve viral ajanlardır. İnsanlar solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan bakteriyel ve viral ajanlar için tek kaynaktır. Bulaş bir çok olguda damlacık enfeksiyonu yoluyla olur. Kapalı alanlarda kalabalık yaşam koşulları, enfekte damlacıkların inhalasyonu yoluyla oluşan doğrudan geçişi artırır (2).

Bakteriyel pnömoniler epidemiler oluşturmaz. Ancak hastalığın insidansı viral enfeksiyonların epidemik periyotları sırasında artar. Bakteriyel pnömoniler her mevsimde görülmesine karşın en sık kış ve ilkbahar aylarında görülür. Tüm yaş gruplarında bakteriyel pnömonilerden sorumlu olan en sık etken *Streptococcus pneumoniae*'dir. Pnömoniye neden olan diğer bakteriler ise *Haemophilus influenzae*, Grup A streptokoklar, Grup B streptokoklar ve *Staphylococcus aureus*'tur. *Mycoplasma pneumoniae* ve *Chlamydiae pneumoniae* büyük çocuklarda pnömoniye sıklıkla neden olan etkenlerdir (2,26,27).

Pnömoniye neden olan solunum virüslerinden sıklıkla görülenler; Respiratuar Sinsisyal Virüsler (RSV), parainflüenza tip 3, adenovirüs ve influenza A ve B, Varicella Zoster Virüs'dür. Kızamık ve su çiçeği aşıyla önlenilebilen, ciddi pnömoniye neden olabilenler diğer viral etkenlerdir (2,4,26,28). Hastalıkta genellikle tek bir virüs etkindir. Ancak %5-20 oranında birden fazla virüs izole edilebilir. Viral pnömoniler mevsimsel bir dağılım gösterir. Soğuk iklimlerde sonbahar ve erken kış döneminde, tropikal iklimlerde yağış dağılımı mevsimlerde salgınlara yol açar. Adenovirüs mevsimsel dağılım göstermez, yıl boyu görülebilir. RSV, bebeklerde ve okul öncesi çocuklarda pnömoninin en sık görülen nedenidir (2,27,29,30).

Pnömoniler anatomik, etyolojik, klinik seyir ve oluşturduğu yere göre dört farklı grupta tanımlanır (Tablo 1) (1):

Tablo1: Pnömonilerin Sınıflandırılması.

1. Anatmik Sınıflama a) Löber Pnömoni (Bronkopnömoni) b) Lobüler Pnömoni c) Segmental ve Subsegmental Pnömoni d) İntertisyel Pnömoni (prebronşiolit)
2. Etyolojik Sınıflama a) Enfeksiyana Bağlı Pnömoniler i. Bakteriyel Pnömoni ii. Viral Pnömoni iii. Fungal Pnömoni iv. Paraziter Pnömoni b) Aspirasyon Pnömonisi c) Löfler Pnömonisi d) Hipoplastik Pnömoni
3. Klinik Seyrine Göre Sınıflama a) Tipik Pnömoni b) Atipik Pnömoni
4. Oluştığı Yere Göre Sınıflama a) Toplum Kökenli Pnömoni b) Hastane Kökenli Pnömoni c) İmmüsuprese Olgulardaki Pnömoni

Yaşamın ilk beş yılı ASYE'nin en sık görüldüğü dönemdir. Erkek çocuklarda ASYE insidansı ilk on yaşta daha yüksek iken, adölesan dönemde oran eşitlenir (2,13).

Pnömoni görülen olguların %8-30'unda birden fazla etken söz konusudur ("mixed" infeksiyon). Genellikle viral ve bakteriyel infeksiyon birlikteliği görülmekle beraber son yıllarda iki bakteriyel infeksiyonların bildirimi (Streptococcus Pneumoniae ve Mycoplasma Pneumoniae gibi) artmıştır (2).

Etiyolojide farklı ajanların rol oynamasına rağmen, klinik bulgular, rutin laboratuvar testleri ve akciğer grafilerine dayanarak bakteriyel, viral ya da diğer ajanlara bağlı pnömonilerin ayırıcı tanısını yapmak zordur. Bu nedenle hastaya antibiyotik başlama kararının verilmesinde güçlük çekilmekte ve gereksiz yere antibiyotik kullanılabilir (15).

Akut solunum yolu enfeksiyonları beş yaş altı çocukların önemli ölüm nedenidir. Bu yaş grubundaki yıllık 11 milyon ölümün %25-30'undan akut solunum yolu enfeksiyonları sorumlu tutulmaktadır. Bu akut solunum yolu enfeksiyonlarının yaklaşık %75'ini pnömoniler oluşturur (4).

Çocukluk çağında toplum kökenli pnömonilerde yaş gruplarına göre etken mikroorganizmalar değişiklik gösterir (Tablo 2) (2,4,20).

Tablo 2: Çocukluk Çağı Pnömonilerinde Yaş Gruplarına Göre Etkenler.

Yenidoğan	Grup B Streptokoklar Gram Negatif Bakteriler (Escheria Coli, Klebsiella Pneumoniae) Listeria Monocytogenes Staphilococcus Aereus Clamidya Troachomatis Virüsler (Sitomegalovirüs, Herpes Simpleks Virüs) Anaerob Bakteriler
2 ay-59 ay	Virüsler (RSV, İnflüenza, Parainflüenza, Adenovirüs) Streptococcus Pneumoniae Haemophilus İnflüenza Staphilococcus Aureus Grup A streptekoklar Mikobakteriler Bordetella Pertusis
5-9 yaş	Streptecoccus Pneumoniae Mycoplasma Pneumoniae Clamidya Pneumoniae Staphilococcus Aureus Grup A Streptokoklar Virüsler Mikobakteriler
10 yaş ve üzeri	Mycoplazma Pneumoniae Clamidya Pneumoniae Streptecoccus Pneumoniae

Virusler özellikle respiratuar sinsityal, parainfluenza, influenza virüsleri pnömonili çocuklarda bakterilere göre daha sık izole edilir. Ancak bakteriler özellikle gelişmekte olan ülkelerde, ciddi ya da ölümcül seyreden çocukluk çağı pnömonilerinde daha önemli rol oynar. Gelişmekte olan ülkelerde toplum kaynaklı hastaneye yatış gerektiren ciddi pnömonilerin %50'sinden pnömoniler sorumludur. Haemophilus influenza ve streptococcus pneumoniae bu bakteriyel etkelerin %80'nini oluşturur (4).

Gelişmiş ülkelerde beş yaş altı çocuklardaki pnömoni atak hızı 34-40/1000'dir. Bu atak hızı yetmiş beş yaşa kadarki tüm yaşlar içinde en yüksek olanıdır. Gelişmekte olan ülkelerde ise atak hızı gelişmiş ülkelere göre 3-6 kat fazladır. Kimi yerlerde her dört çocuktan biri yılda en az bir kez pnömoni geçirmektedir (4).

Pnömoni dünyada her yıl yaklaşık iki milyon çocuğun ölümüne yol açar. Bir başka açıdan dünya da çocuk ölümlerinin %20'sine pnömoni neden olmaktadır (28).

PNÖMONİLERİN SINIFLANDIRILMASI

Tipik Pnömoniler

Pnömonokokal pnömoni

Streptococcus pneumoniae (pnömokok) doğum ile birlikte sağlıklı bireylerin üst solunum yollarına yerleşebilen bir bakteridir. 90 farklı çeşidi (serotipi) vardır. Sağlıklı yetişkinlerin %5 ilâ %30'unun, sağlıklı çocukların %20 ilâ %50'sinin boğazlarında yerleşiktir. İnsandan insana öksürme, hapşırma, öpüşme gibi yollardan bulaşır (31).

Bakteriyel pnömoninin en sık görülen şeklidir ve toplum kaynaklı pnömoni vakalarının büyük kısmından sorumlu olduğu gibi ölümle sonuçlanan toplum kökenli pnömoni olgularında ilk sırada yer almaktadır. Özellikle kalabalık yaşam koşullarında kolonizasyon daha kolay olmaktadır. Sporadik olabilir; ancak daha sıklıkla kışın görülür (9,20,32,33). Pnömoni sıklıkla üst solunum yolu hastalıklarını takiben meydana gelir. Yüksek ateş, titreme ve balgamlı öksürük ile birlikte göğüs ağrısı ve solunum güçlüğü ile karakterizedir. Pnömoniye bağlı mortalite oldukça yüksektir (%10 civarında). Mortalite özellikle bir yaşından küçük bebeklerde, yaşlı kişilerde ve risk faktörlerine sahip kişilerde yüksektir. İyi tedavi edilmeyen pnömoni veya antibiyotiklere dirençli pnömoni, enfeksiyonun akciğer dışına yayılımı ile komplike hale gelebilir (2).

Yenidoğan dönemi sonrasında her yaş grubunda en sık (%19-50) bakteriyel pnömoni etkeni *Streptococcus pneumoniae*'dir (13,27). En yüksek insidansı iki yaş altındaki bebeklerde dir. Klinik prezentasyonu bebeklerde sepsis, büyük çocuklarda lobar pnömonidir (27).

Streptococcus pneumoniae nazokomial bakterilerin %8'inde etkenken, toplum kaynaklı pnömonilerde bu oran %60'a çıkmaktadır (32).

Streptococcus pneumoniae, üst solunum yollarında kolonize olur ve bakteriyemi ve menenjit gibi invazif hastalıklara, pnömoni gibi alt solunum yolu ve otitis media, sinüzit gibi üst solunum yolu enfeksiyonlarına neden olur. Tüm dünyada çocuk ve erişkinlerde toplum kaynaklı pnömoni, bakteriyemi, sinüzit ve otitis media'nın en sık rastlanan etkenidir. Meningokoklarla beraber menenjitin ilk sırada görülen etkenidir. Ayrıca, osteomyelit, sepsis, septik artrit, endokardit, peritonit, perikardit ve beyin apselerinde en önemli etkenler arasındadır (9,31,32,34).

Avrupa'da çeşitli ülkelerde invaziv pnömokokal enfeksiyon hızı, bir yaş altı çocuklarda 100.000'de 26.5 ile 45.3, beş yaş altı çocuklarda ise 9.3 ile 24.2 arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinin (ABD) bazı bölgelerinde iki yaş altı çocuklarda bu oran 145'e dek çıkmaktadır. Antibiyotik öncesi dönemde pnömokokal bakteriyemi ile hastaneye yatırılan hastaların %70'ten fazlası kaybedilmekte idi. Tedavi olanaklarının gelişmesine karşın yüksek mortalite oranları ile önemi devam etmektedir (9).

Pnömokokun sebep olduğu menenjitle diğer bakterilerden daha fazla oranda ölüm ve sakatlıkla sonuçlanmaktadır. Pnömokok menenjite yakalanan her 100 kişiden 15'i ölmekte, 27'sinde işitme kaybı, 11'inde kalıcı sakatlık oluşmaktadır (35).

Pnömoniye başka bakteriler de neden olmakla birlikte pnömokok ağır ve ölümlü sonuçlanan zatürrelerin başta gelen sebebidir (10).

Haemophilus influenzae pnömonisi

Haemophilus influenzae tip b (Hib) ve tiplendirilemeyen *Haemophilus influenzae* suşlarının her ikisi de pnömoniye neden olur. Tiplendirilemeyen *Haemophilus influenzae* suşları ile oluşan pnömoniler etkenin üst solunum yollarından aspirasyonu sonucu gelişirken, Hib'e bağlı pnömoniler genellikle bakteriyemi sonucu oluşur. Kan veya plevral sıvıdan etkenin üretilmesi kesin tanıyı sağlar. Pnömoniye küçük çocuklarda sıklıkla menenjit, otitis media gibi vücudun başka bir yerindeki enfeksiyon eşlik eder. Klinik daha sinsidir. Belirtiler birkaç hafta öncesinden başlar. Hib en sık olarak altı ay ile iki yaş arasındaki çocuklarda invazif

enfeksiyonlara (menenjit vb) neden olur. Hib aşılmasının rutin olarak uygulandığı ülkelerde invazif Hib infeksiyonlarının görülme sıklığı %95 oranında azalmıştır. Hib pnömonisine sahip çocukların akciğer grafisinde bazen ampiyem ya da pnömosellerin eşlik ettiği lobar konsolidasyon bulguları görülebilir (2).

Gerçek insidans tam olarak bilinmemekle birlikte özellikle iki yaşından küçük çocuklarda pnömoninin en sık nedenlerinden biri olduğu kabul edilir. Pnömoni etyolojisinin lobar pnömonide akciğer ponksiyonu kültürü ile konulduğu olgularda tüm Hib influenzae pnömonilerinin ortalama %35'i (%16-63) Hib tarafından oluşturulur (20). Gambia'da yapılmış bir çalışmada aşı yapılan çocuklarda radyolojik olarak kanıtlanmış pnömoni insidansında %20'den fazla azalma saptanmıştır. Bu durum ciddi pnömoni etyolojisinde Hib'in 1/5 olgudan fazlasında sorumlu olduğunu düşündürmektedir (29).

Staphylococcus aureus pnömonisi

Staphylococcus aureus pnömonisi en sık altı ayın altındakiler olmak üzere %70'i bir yaşın altındaki çocuklarda, %30 olgu ise üç ayın altındadır ve erkek çocuklarda daha sık görülür (2,36). Malnütrisyonlu çocukların 1/3'ünde staphylococcus aureus pnömoni etkenidir. Staphylococcus aereus, sıklıkla kızamık, su çiçeği ve grip infeksiyonlarının seyri sırasında ortaya çıkan viral pnömonilerin ardından gelişen ateş, letarji, solunum güçlüğü bulguları ve siyanozla seyreden ağır pnömoniyeye neden olur. Birçok hastada başlangıçta abdominal distansiyon gibi gastrointestinal belirtiler ön plandadır. Ancak klinik tablo hızla ilerler, çocuklar toksik görünümde dirler. Hastaların ortalama %29'u bakteriyemiktir. Hastalığın başlangıcında akciğer grafisi normal ya da minimum fokal lobar konsolidasyon gösterirken, saatlerle tanımlanan hızlı ilerleme sonucu plevral efüzyon, pnömotoraks, ampiyem (%80), ampiyem ve pnömotoraks (piyopnömotoraks), apse ve pnömoseller (%40) saptanır (2,22,36).

Streptococcus pyogenes pnömonisi

Streptococcus pyogenes (Grup A streptokoklar) başta su çiçeği olmak üzere bazı viral infeksiyonlardan sonra görülen pnömoni etkenidir. Ampiyem ile komplike şiddetli pnömoniyeye neden olur. Uygun tedaviye rağmen uzun süren inatçı ateş klinik özelliğidir (2).

Atipik Pnömoniler

Viral pnömoniler

Viral pnömoniler, genellikle birkaç günlük rinit ve öksürükle karakterize viral üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) sonrası gelişir. Genellikle RSV, parainflüenza 1,2,3, influența virüs, adenovirüslara bağlıdır (12,27).

Yaşamın ilk yılında oluşan pnömonilerde etkenler %90 oranında viral iken, bu oran okul çağında %50'ye düşer. Viral nedenler yaşla azalmakla birlikte bağışıklık sistemi normal dokuz, on yaş ve üzerindeki çocuklarda hâlâ önemli bir neden olmaya devam eder. Viral pnömoniler, kış aylarında daha sık görülür, öncesinde nezle, hafif derecede ateş ve hafif öksürük vardır, daha sonra semptomlar giderek artar. Fizik muayenede tek bulgu taşipne olabileceği gibi, hışıltı, ronkuslar, retraksiyonlar, apne ve raller de saptanabilir. Bebeğin kliniği genelde iyi olmakla beraber ağır pnömonili hastalar siyanoz, letarji, dehidratasyon ve ağır solunum güçlüğü içinde olabilirler. Klinik tabloya otit, farenjit, konjonktivit eşlik edebilir. Lökosit sayısı değişken olmakla birlikte sıklıkla $15\ 000/\text{mm}^3$ ve daha altındadır. Periferik yaymada genellikle lenfosit hakimiyeti vardır. Radyolojik olarak havalanma artışı, perihiler peribronşiyal infiltrasyonlar, interstisyel infiltrasyonlar ve atelektaziler görülür. Konsolide alveoler veya difüz infiltrasyonlar, plevral efüzyonlar nadiren görülür. Risk faktörü taşımayan çocuklarda viral pnömoniler çoğunlukla özel bir tedaviye gerek kalmadan ve antibiyotik verilmeden iyileşir (2).

Bebeklerde ve çocuklarda viral enfeksiyonlar erişkinlerden daha sık görülür. Birçok viral enfeksiyon iyileştikten sonra kalıcı bağışıklığa neden olduğu için erişkin dönemde bu hastalıklara tekrar rastlanmaz. Viral pnömoniler bebek ve çocuklarda erişkinlerden daha sık görülmektedir. Bu iki dönemde etken olan virusların tipleri de farklılık göstermektedir. Bebek ve çocuklarda RSV en sık etken olurken, erişkinlerde influenza A en sık karşımıza çıkar (22,37).

Mikoplazma pnömonisi

Mikoplazma pnömonisi, okul çağındaki çocuklarda ve genç erişkinlerde respiratuar enfeksiyonların ana sebeplerinden biridir (12,13,36,38). Bu organizma 5-9 yaş ve 9-15 yaşındaki çocuklardaki tüm pnömonilerin sırası ile %33 ve %70'ini oluşturur; 3-4 yaşlarından önce nadirdir, hastalığın insidansı 10-15 yaşlar arasında zirveye ulaşır (12,13,28).

Genellikle beş yaş üzerindeki çocuklarda pnömoni etkenidir. Sıklıkla okul çağı çocukları ve genç erişkinlerde pnömoniye neden olur. Beş ilâ dokuz yaş arasındaki çocuklarda görülen tüm pnömonilerin %33'ünden sorumlu iken, 9-15 yaş grubunda bu oran %70'tir. Tüm çocukluk çağı pnömonilerinin ise %10-20'sinden sorumludur. Her mevsimde ve dünyanın her yerinde görülebilir (31). Başlangıç yavaş ve sinsidir, hafif ateş, baş ağrısı, halsizlik, fotofobi, miyalji ve kırıklıkla geçen birkaç günün ardından inatçı kuru bir öksürük başlar. Öksürük üç, dört haftaya kadar uzayabilir. Nezle yoktur. Çocuğun genel durumu iyidir. Akciğerlerde dinlemekle sıklıkla raller ve ronkuslar duyulur. Farenjit, servikal lenfadenopati, konjoktivit, büllöz mirinjit ve otitis media pnömoniye eşlik edebilir. Hastaların %10'unda deri döküntüsü saptanabilir. Radyolojik bulgular genel görünüm ve fizik muayenenin aksine daha çarpıcı olabilir. Sıklıkla her iki akciğerde parakardiyak kelebek tarzında infiltrasyonlar görülürken, bazı hastalarda lobar konsolidasyon da görülebilir. Plevral efüzyon vakaların sadece %5'inde görülür. Lökosit sayısı normal sınırlardadır, ancak eritrosit sedimentasyon hızı genellikle yüksektir. Hemolitik anemi, Steven Johnson sendromu veya meningoensefalit gibi akciğer dışı organ tutulumları bulunabilir. Orak hücreli anemisi, bağışıklık yetmezliği ve kronik kardiyorespiratuar hastalığı olan çocuklarda plevral efüzyonla birlikte ağır pnömonilere ve nadiren de ağır nekrotizan pnömoni ve Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS- Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu) tablolarına yol açabilir (2).

Chlamydia pnömonisi

Chlamydia pneumoniae, enfeksiyonunun solunum yolu sekresyonları ile insandan insana bulaştığı kabul edilmektedir. Chlamydia pneumoniae, çocukluğun geç dönemlerinde ve genç erişkinlerde daha sık olarak dünya genelinde görülür ancak, tropik ve az gelişmiş ve ılıman iklimli bölgelerle karşılaştırıldığında yaşamın daha erken dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Chlamydia pneumoniae çocukluk çağı pnömonilerinin % 6-10'undan sorumludur. Beş yaş üzerindeki çocuklarda klinik ve radyolojik olarak mikoplazmaya benzer pnömoniye yol açar. Hafif seyirlidir. Başlangıç belirtileri sıklıkla ciddi bir boğaz ağrısı ve ses kısıklığıdır. İnatçı kuru bir öksürük, bronkospazm, hışıltı, hafif ateş ve baş ağrısı bulunabilir. Fizik muayenede hışıltı, ronkus ve raller duyulabilir. Akciğer grafi bulguları subsegmental infiltrasyondan yaygın interstisyel infiltrasyona kadar çeşitlilik gösterir. Nadiren miyokardit ve eritema nodosum gibi akciğer dışı belirtiler görülür (2,12,28,31).

Chlamydia trachomatis pn6monisi

Chlamydia trachomatis pn6monisi, 2-19 haftalık 7ocuklarda g6r6len sinsi başlangı7lı, ateşsiz bir hastalıktır. Bu d6nemdeki pn6moni vakalarının 67te birine ulaşan kısımdan sorumludur. Chlamydia trachomatis yenidoğan d6neminde enfekte annenin doğum kanalından alınır, 3-13 hafta sonra klinik bulgu verir. Pn6moni gelişme riski %5-20'dir. Pn6moniyeye sıklıkla konjonktivit eşlik eder (%50). Bebeğin genel durumu iyidir. Tekrarlayıcı boğulur tarzda 6ks6r6k, taşıpne ve nazal konjesyon tipiktir. 6ks6r6k beslenme veya uyumayla kesilebilir. Fizik muayenede hafif retraksiyonlar, kreptan raller varken, hışıltı duyulmaz. Akciğer grafisinde her iki akciğerde havalanma artışı ve interstisyel infiltrasyon bulunur. L6kosit sayısı normal sınırlardadır, eozinofili (>400/mm³) hastaların %75'inde saptanan bir bulgudur (2,12,28,31).

RİSK FAKT6RLERİ

ASYE'nin 6nde gelen risk fakt6rleri i7erisinde 7ocuğun yaşı, kalabalık toplumlarda yaşama, cinsiyet, hava kirliliği veya pasif sigara i7iciliği, anatomik, metabolik, genetik, yapısal bazı hastalıklar, beslenme yetersizliği, anne s6t6 alıp almaması, ailenin sosyoekonomik durumu, 7ocuğun yuvaya veya kreşe gidip gitmemesi ve aşılanma durumları, yakın zaman da antibiyotik kullanımı 6nde gelen risk fakt6rleridir. ASYE beş yaş altı 7ocuklarda daha sık olduğunda da daha ağır seyreder. Kalabalık toplumlarda yaşama bulaşma riskini artırır. Erkek cinsiyette daha sık g6r6l6r. Malnutrisyon 6nde gelen risk fakt6r6d6r. Anne s6t6 ASYE'de koruyucudur. Anemisi, raşitizmi olan 7ocuklarda ASYE daha sık g6r6lmektedir. Kreşe giden 7ocuklarda 6zellikle ilk 1-2 yılda ASYE sıklığı y6ksektir. Bağışıklık sisteminde bozukluk olan, aşıları eksik olan 7ocuklarda da ASYE daha sıktır (13,25).

7evresel sigara dumanı akciğer gelişimini tamamlamış bir 7ocuğun ciğerlerini etkileyerek akut solunum yolu hastalıklarına zemin hazırlar. 7ocuğun 7evresel sigara dumanından etkilenmesinde anne babanın sigara i7mesi, 6zellikle annenin sigara i7iyor olması 6nemlidir. 7evresel sigara dumanından etkilenim sonucunda 7ocuklarda bronşit, bronşiolit, pn6moni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak enfeksiyonu, 6st solunum yolu irritasyonu, azalmış akciğer fonksiyonu ve astımlı 7ocuklarda artmış atak sayısı g6r6lmektedir. ABD infantlarda oluşan pn6moninin %50'sinin pasif sigara dumanından etkilenme sonucu olduğu saptanmıştır (25).

Çocuklarda ASYE'ye zemin hazırlayan risk faktörleri Tablo 3 ve 4'te verilmiştir (2,5,38).

Tablo 3: Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarına Zemin Hazırlayan Risk Faktörleri.

- *Yaş (iki yaşın altında olmak)
- *Düşük doğum ağırlığı
- *Prematürite
- *Anne sütü ile beslenememe
- *Malnütrisyon
- *D vitamini eksikliği
- *Düşük sosyo-ekonomik düzey
- *Kalabalık yaşam koşulları
- *Sağlık hizmetlerinden yararlanamama
- *Anne yaşı ve annenin eğitim durumu
- *Başta sigara olmak üzere ev içi ve ev dışı hava kirliliği
- *Altta yatan doğumsal rahatsızlığın olması (doğumsal kalp rahatsızlığı, diabetes mellitus vb.)
- *Yetersiz bağışıklama (kızamık ve boğmaca aşısının yapılmaması)
- *Kış mevsimi

Tablo 4: Özgül Etkenlerle Enfeksiyon Riskini Arttıran Faktörler.

<p>1. Penisiline dirençli pnömokok</p> <ul style="list-style-type: none">a. 6 yaşın altında olmab. Son iki ayda beta-laktam grubu antibiyotik kullanımıc. Altta yatan ya da ek hastalıkd. Kreş bakımıe. Bağışıklık sistemini baskılayan hastalık ve kortikosteroid kullanımı
<p>2. Staphylococcus Aereus</p> <ul style="list-style-type: none">a. 1 yaşın altında olmak (sıklıkla 6 ayın altında olmak)b. Ağır viral enfeksiyon varlığı (kızamık, grip, su çiçeği)c. Radyolojik olarak apse, pnömosel, piyopnömotoraks gibi komplikasyonların varlığı
<p>3. Haemophilus Influenza</p> <ul style="list-style-type: none">a. 6 ay- 2 yaşb. Altta yatan hastalık (doğumsal kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı vb.)c. Önceden hastaneye yatış öyküsüd. Hib aşısının yapılmadığı çocuklar

Pnömoni nedenleri hastanın bağışıklık durumuna göre ve diğer bazı hazırlayıcı faktörlere göre değişkenlik gösterebilir. HIV ile enfekte bebek ve çocuklar daha seyrek olarak görülen fırsatçı alt solunum yolu enfeksiyonlarına, tekrarlayan bakteriyel pnömonilere ve lenfoid interstiyel pnömonitise daha yatkındır. Lenfoid interstiyel pnömoniti, akciğerin aktif Epstein-Barr enfeksiyonu ile ilişkili olan yerel lenfoproliferatif bir hastalıdır. HIV ile enfekte çocuklarda görülen fırsatçı enfeksiyonlar arasında daha sık görülen respiratuar viral patojenlere ek olarak pneumocystis carini, sitomegalovirüs, mycobakterium avium intraseculare, aspergillus, mucor, adenovirüs, ve varisella sayılabilir (12).

BELİRTİ VE BULGULAR

Vakaların çoğunluğunu (%80) toplum kaynaklı, ağır klinik bulguları olmayan vakalar oluşturur. Yaşı küçükse, dispne varsa, kistik fibrozis, immün yetersizlik, vb. gibi altta yatan bir risk faktörü önemli hastalık varsa, hastane kaynaklı bir enfeksiyon ise vakalar ciddi olarak

sınıflandırılmalıdır. Dispne, pratikte ciddiyeti gösteren en önemli klinik bulgudur. Siyanoz varlığı ise yoğun bakım gerektirdiğinin bir göstergesi olarak algılanmalıdır (13).

Bakteriyel pnömonin beş kardinal bulgusu; öksürük, balgam çıkarma, plevratik göğüs ağrısı, titreme ve ateştir. Fizik muayene bulguları lokalize ya da yaygın konsolidasyon ve plevral efüzyonla uyumlu bulgular olup farklılıklar gösterebilmektedir (21).

Komplikasyonları; hipoksemi, solunum yetmezliği, plevral efüzyon, ampiyem, akciğer apsesi, bakteremi, menenjit, endokardit ve perikardit olabilir (21).

Fizik Muayene Bulguları

Çocukta öksürük ve ateş yakınmaları ile birlikte taşipne, göğüs duvarında çekilmeler, raller, ronküsler, solunum seslerinin azalması ve daha ağır vakalarda burun kanadı solunumu ve siyanozun da görülmesi pnömoni tanısını düşündürmelidir. Öksürük çok küçük ve ağır malnütrisyonu olan çocuklarda fark edilmeyebilir. Ateş sıklıkla vardır, ancak olmazsa olmaz bir bulgu değildir, malnütrisyonu olan çocuklarda ateş yoktur. Ve küçük çocuklarda ateş normal, hatta hipotermik olabilir (1,2,14,28,39).

Taşipne varlığı ASYE, üst solunum yolu infeksiyonlarından ayırmada en temel bulgudur. Taşipne ASYE'nin karakteristik bir bulgusudur. Süt çocuklarına göğüs alt duvarında çekilme ile birlikte solunum sayısının dakikada 50'nin üstünde olması radyolojik olarak bir pnömoniyi saptamada pozitif kestirim değeri %45, negatif kestirim değeri %83 olduğu saptanmıştır. DSÖ'nün yaşlara göre tanımladığı taşipne'nin radyolojik olarak kanıtlanmış bir pnömoniyi saptamada sensitivitesi %78, spesifitesi %79'dur. DSÖ'nün önerdiği yaşa göre normal solunum sayıları ve taşipne ölçütleri Tablo5'te gösterilmiştir (1,2,14,28,39).

Tablo 5: Dünya Sağlık Örgütü'nün Önerdiği Yaşa Göre Normal Solunum Sayıları ve Taşipne Ölçütleri.

Yaş	Normal Solunum Hızı (solunum hızı/dakika)	Taşipne Sınırı (Solunum hızı/dakika)
2 ay <	40-60	60
3-11 ay	25-40	50
1-5 yaş	20-30	40
5 yaş >	15-25	30

Solunum iş gücünün arttığı çok ağır pnömonili hastalarda taşipne olmayabilir (2,39).

Ağır vakalarda genellikle çocuk, sakinken nefes aldığı zaman göğüsün alt kısmında içe doğru çökme vardır. Göğüs alt kısmındaki çökme subkostal retraksiyon ile eş anlamlı değildir. Bununla birlikte interkostal retraksiyonun, özellikle normal de küçük çocuklarda hafif derecede olmasından ve başka nedenlere ya da olabileceğinden dolayı spesifitesi yoktur. Kuyucu'nun (14) yaptığı bir araştırmaya göre; Bangladeş'te yapılan çalışmalarda interkostal ve suprasternal retraksiyonun göğüs alt kısmındaki çekilme ile birlikte olduğunda ağır pnömoninin bir bulgusu olarak değerli olduğu bulunmuştur. Özellikle üç yaşından büyük çocuklarda solunum sayısının ve göğüste çekilme pnömoniyi saptamada sensitif bulgular değildir. Yapılan çalışmalarda gözlem bulgularının oskültasyon bulgularından daha değerli olduğu bulunmasına rağmen, solunum sayısı dakikada 40'ın altında olan çocuklarda krepitan ral ve bronşial solunum sesi daha sensitif (%75) ve spesifik (%57) bulgulardır. Krepitan raller özellikle bronkopnömonisi olan çocuklarda dağınıktır ve küçük çocuklarda üst hava yolundan kaynaklanan sesler ve ronkuslar nedeniyle duyulamayabilir. Solunum sayısı ve oskültasyon bulguları normal olan ve solunum güçlüğü olmayan çocuklarda akciğer grafi bulgularının pnömoni açısından pozitif olması pek muhtemel değildir (14,40).

Pnömonili bir çocukta hastalığın ağırlığını gösteren bulgular; solunum sayısının dakikada 70'in üstünde olması, göğüs alt kısmında çekilme, beslenememe, laterji veya bilinç kaybı, konvülsiyon, burun kanadı solunumu, başını geriye atma, ve santral siyanozdur. Bu bulgular hipoksemiye gösteren bulgulardır. Göğüs alt kısmında çekilme erken dönemde görülmesi ve sensivite ve spesifitesinin yüksek olması nedeniyle özellikle yararlı bulgulardır. Tek lob tutulumu total akciğer komliyanısını azaltmadığından göğüste çekilme görülmeyebilir (14).

Küçük bebeklerde herhangi bir hastalık halinde veya akut beslenme probleminde solunum sayılarına dikkat edilmelidir. Hızlı solunum ve göğüs retraksiyonu yanında, bu yaş grubunda sepsis ve menejit gibi diğer bulgular da çıkabilir. Konvülsiyon, bilinç değişiklikleri, laterji, beslenme güçlüğü (daha önce iyi beslenirken), 37.5⁰C'nin üstünde ateş veya hipotermi, apne nöbetleri ve gergin bir karın pnömonili bir bebekte rastlanabilecek diğer bulgulardandır (2,14).

Diğer fizik inceleme bulguları oldukça değişkendir ve normal olabilir. Bronşiyolitli çocuklarda hışıltı, larengotrakobronşitli çocuklarda stridor vardır. Belirgin hava tutulumu varsa, vurarak incelemede (perküzyon), titreşim (rezonans) artımı saptanır. Solunumda ya da vurarak incelemede seslerin azalımı lobar tutulum ya da atelektaziye gösterir. Yaygın ya da yerel olarak ince çıtırtı (krepitan) ralleri olabilir (28).

Duyumsanamayan (insensible) su kaybını arttıran ateş ve hızlı soluma ile yeme azlığı belirgin sıvı eksikliğine yol açabileceğinden, ilk muayenede hastanın hidrasyon durumunun değerlendirilmesi önemlidir (28).

Büyük çocuk ve ergenlerde virus nedenli ve atipik pnömonilerin genel özelliği erişkindekine benzer. Başlangıçta genellikle kırıklık, kas ağrısı, yeme isteksizliği ve ÜSYE bulguları vardır. Öksürük genellikle rahatsız edici (irritatif) ve balgamsızdır. Ateşin 39°C'yi aşması beklenmez. Taşipne, burun kanatlarının solunuma katılması ve çekilmeler olabilir, ancak daha az belirgindir. Fizik inceleme bulguları daha güvenilirdir. Vurarak incelemede donuk ses (matite), azalmış solunum sesleri, yerel ya da yaygın ince raller duyulur. Büyük hastalarda apne beklenmediğinden, siyanoz, gaz değişimi bozulmasının kötü bir belirtisi olarak önemsenmelidir. Sıklıkla hafif su yitimi (dehidratasyon) görülür, ancak muayenede belirgin değildir (28).

Pnömonisi olan ağır malnutrisyonu olan hastalarda solunum sayısında artış ve göğüste çekilmeler kas tonuslarının normal olmaması nedeniyle görülmeyebilir. Ayrıca pnömoni diğer lokalize ve sistemik enfeksiyonlarla birlikte olabilir. Malnütrisyonlu hastalarda DSÖ'nün pnömoni tanımı için, her yaş için dakikada beş daha az sayıların kabul edilmesini önermektedir (14).

Radyolojik Bulgular

Akciğer grafisi ASYE'lerin tanısında altın standart olarak düşünülmesine rağmen önemli sayılabilecek kısıtlamaları vardır. Öncelikle viral pnömoniden bakteriyel olanı ayırt ettirmez. Klinik olarak ağır olmayan pnömonilerde rutin akciğer grafisinin tanı koydurucu avantajının klinik sonucu ve iyileşme zamanını azaltmadığı bulunmuştur. Akciğer grafisinin DSÖ'nün pnömoni vaka tanımına uyan çocuklar içinde ilave bir yarar sağladığı bir subgrup belirlenememiştir. Bir araştırmada, 2 aydan büyük ve ayaktan takip edilecek çocuklarda akciğer grafisinin rutin çekilmesinin yararlı olmadığı bildirilmektedir (14).

Pnömoni tanısı fizik muayene bulguları ile konabilir. Radyolojik inceleme gerekli değildir, ancak aşağıdaki durumlardan birinin varlığında akciğer grafisi çekilmelidir (2,13):

- a. Düzelmeyen ve yineleyen klinik tablolar,
- b. Hastaneye yatış endikasyonunun varlığı ,
- c. Hastanın üç yaşından küçük, ateşin 39°C'nin üstünde ise ve nedeninin belli olmaması, beyaz küre sayısının $>15\ 000/\text{mm}^3$ ve üzerinde olması,
- d. Komplikasyon düşünülmesi.

Akciğer grafi bulguları etkeni kesin saptamamakla birlikte yardımcı olabilir. Etkene göre sıklıkla görülen grafi bulguları Tablo 6’da gösterilmiştir (2).

Tablo 6: Pnömonilerde Etkene Göre Sıklıkla Gözlenen Radyolojik Bulgular

Mikroorganizma	Radyolojik Bulgular
Streptococcus pneumoniae	Lober/segmental konsolidasyon, hava bronkogramı, plevral efüzyon
Haemophilus influenzae	Lober/segmental konsolidasyon, hava bronkogramı, Plevral efüzyon, bazen ampiyem ve pnömoseller
Atipik pnömoniler	Genellikle tek taraflı, difüz interstiyel veya bronkopnömonik infiltrasyonlar, hiperaerasyon hiler lenfadenopati, nadiren plevral efüzyon
Staphylococcus Aureus	Plevral efüzyon, ampiyem, pnömotoraks, piyopnömotoraks apseler, pnömoseller
Virüsler	Havalanma artışı, perihiler-peribronşial infiltrasyon, atelettaziler

Laboratuvar İncelemeleri

Akciğer grafi bulguları, lökosit sayısı, C-reaktif protein (CRP) düzeyi ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) pnömoninin bakteriyel ya da viral nedenlerle oluşup oluşmadığı hakkında ya da etken hakkında kesin bilgi veremez. Yüksek lökosit sayısı ($>15\ 000/\text{mm}^3$), sola kayma (%10 bant formu), yüksek ESH ve CRP düzeyleri bakteriyel pnömoni tanısını destekler (2,38,39).

On yaşın üstündeki çocuklarda balgam Gram boyaması ve kültürü tedavi başlamadan önce yapılmalıdır. Her küçük büyütmede 25’ten fazla lökosit ve 10’dan az epitel hücresi olan balgam örneği kültür ve gram boyama için kullanılabilir değerli bir örnektir (2).

Ayakta izlenen hastalar için rutin kan kültürü alınması önerilmez (bu hastalarda kültür pozitifliği oranı %5’ten azdır). Hastanede yatarak izlenmesi gereken ateşi olan pnömonili hastalarda kan kültürü tedavi başlamadan önce alınmalıdır (2,39).

Mycoplasma pneumoniae ve Chlamydia pneumoniae gibi bazı özgül etkenler için rutin olarak serolojik testler ya da kültür yapılması önerilmez (2).

Viral kültürler, viral antijen saptanması ancak elde edilecek sonuç tedaviyi değiştirecekse hastanede yatan hastalarda yapılmalıdır (2).

Tüberkülin deri testi tüberkülozlu erişkinle teması olan ya da uygulanan tedavi ile yanıt alınamayan çocuklara yapılmalıdır (2).

Öykü, fizik muayene, radyolojik bulgular ve laboratuvar sonuçları birbiriyle uyumlu değilse ve tedaviye yanıt yoksa veya hastalık yineliyorsa, tüberküloz, kistik fibroz, yabancı cisim aspirasyonu, bağışıklık yetmezliği gibi diğer durumlar araştırılmalıdır (2).

Hastaneye Sevk ve Yatış Ölçütleri

Çocuklarda hastaneye sevk ve yatış ölçütleri:

1. İki ayın altında pnömoni tanısı konma,
2. Her yaşta ağır ve çok ağır pnömoni bulguları (taşipne, siyanoz, dispne),
3. Pnömonisi olup, birinci basamakta verilen iki günlük tedavi ile klinik bulguları düzelmemesi, ilerleme göstermesi,
4. Altta yatan hastalığın olması (ağır malnütrisyon, doğumsal kalp hastalıkları, kronik solunum sistemi hastalıkları, diyabet, kronik böbrek hastalığı, kas sinir ve iskelet sistemi hastalıkları, metabolik hastalıklar ve bağışıklık sistemini baskılayan hastalıklar),
5. Birinci basamakta akciğer grafileri elde edilebilen çocuklarda birden fazla lobda tutulum, atelektazi, apse veya pnömosel, plevral efüzyon, hızlı radyolojik ilerleme,
6. Yineleyen pnömoniler,
7. Sosyal endikasyon; kimsesiz ve özel bakıma gereksinimi olma,
8. Plevral sıvı,
9. Stafilokok pnömonisi olasılığı,
10. Kusma ve oral ilaç alamamadır (2,12,14,20,36,38,39).

TANI

Klinik Tanı

Bakteriyel etkenlerin ayrılmasını sağlamak için yeni testler geliştirilmeye çalışılsa da tanı; ağırlıklı olarak yaşa, kliniğe ve bölgesel epidemiyolojiye dayanarak konmaktadır (4,27).

Öyküsünde ani ateş, öksürük, zorlu ve hızlı solunum olan çocuklarda pnömoniden şüphelenmek gerekir. Lokalize fizik muayene bulgusu bakteriyel enfeksiyonu düşündürür. Bu bulgular öncesi sıklıkla nonspesifik ÜSYE bulguları vardır. Sadece klinik bulgularla bakteriyel viral ayırımını yapmak sıklıkla mümkün olmaz (13,20).

Pnömonili çocuğun birincil sağlık hizmetleri koşullarında tanısının konabilmesi için en uygun tanım DSÖ'ün tanımıdır. DSÖ pnömoniyi diğer belirgin bir nedene bağlanamayan ateşli hastalık ile taşipne olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün önerdiği yaşa göre normal solunum sayıları ve taşipne ölçütleri tablo 5'te gösterilmektedir (12,27) Süt çocuğunda ateş ve taşipne pnömoninin en basit ve güvenilir iki bulgusudur. Pnömoni düşündürülen diğer klinik bulgular öksürük, ateş, solunum seslerinin azalması, kreptan raller, bronşial solunum sesi, burun kanadı solunumu, interkostal, supkostal, suprasternal retraksiyonlardır. Burun kanadı solunumu, retraksiyonlar ve siyanozun pnömoni tanısı için pozitif predikatif değeri yüksek olmasına karşın bu bulgular her pnömonili hastada değil, şiddetli pnömonili hastalarda raslanır. DSÖ tanımına göre burun kanadı solunumu ve retraksiyonlar varsa çok şiddetli pnömoni varlığı söz konusudur. Olanakların varlığında pnömoni radyolojik olarak kanıtlanmalı ve mikrobiyal etiyojoloji belirlenmelidir. Akciğer grafisi olayı destekler, kesinleştirir veya lokalize eder, bu nedenle sıklıkla kesin tanıyı sağlamak için kullanılır (20,27).

Taşipne varlığı ASYE'yi, ÜSYE'den ayırmada en temel bulgudur (2).

Fizik muayenede ral duyulması ve göğüste çekinti olması, solunum sayısı ile beraber düşünüldüğünde pnömoni tanısında duyarlılığı arttırmaktadır. Ancak özgülüğü düşüktür. Pnömoni tanısının özgülüğü akciğer grafisi ile beraber değerlendirilmesi durumunda yüksek olacaktır (12).

Mikrobiyolojik Tanı

Ağır klinik bulguları olan, riskli grupta yer alan, hastaneye yatışı gerektiren vakalarda, immun yetersizliği olanlarda, yüksek ateşi devam edenlerde mikrobiyolojik tetkikler istenebilir. Rutin değildir. Çünkü çocuklar erişkinler gibi değildir, balgam çıkartamazlar. Bizim ASYE'lerimizin çoğunluğu kuru öksürükle karakterizedir. Eğer balgamlı bir öksürük varsa mutlaka balgam kültürü ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Boğaz kültürünün bir anlamı yoktur. Bronkoalveolar yıkantı suyunda da mikrobiyolojik inceleme yapılabilir. Entübe hastalarda kolonizasyona dikkat edilmelidir. Ampiyem, abse vb. gibi lokalize enfeksiyon odakları varsa bu bölgelerden kültür gönderilmelidir. Çocuklarda pnömoni etkenleri hemokültürden de izole

edilebilir. İzole edilme oranı yüksek değildir (%3-12). Bakteriye antijenin saptanması tanıda yüksek duyarlılığa sahip değildir (13,39).

Ciddi olarak hasta çocuklarda ve ampirik antibiyotik tedavisine yanıt vermeyenlerde önemlidir. Spesifik patojene yönelik tedavi, gereksiz antibiyotik kullanımını ortadan kaldırarak antibiyotik direncinin artması ve yayılmasının önlenmesini ayrıca değişen antibiyotik duyarlılık kalıplarının ve epidemilerin izlenmesini sağlar. Bakteriye ve viral kültür mikrobiyolojik tanıda "altın standart"dır. Bakteriye kültür için klinik örnekler balgam, bronkoalveolar lavaj sıvısı akciğer aspiratıdır. İmmün sistemi sağlam olan toplum kökenli akut komplikasyonsuz pnömonili çocuklarda mikrobiyolojik tanı yöntemlerinin rutin kullanımı gerekli değildir. Hastaneye yatırılan pnömonili hastadan kan kültürü mutlaka alınmalıdır. Bakteriye pnömonide kan kültürü ile etkenin saptama olasılığı %10-33'dür. Plevral sıvısı varsa kültürü ve gram boyaması yapılır. Viral kültür için klinik örnekler nazofarengeal aspirat, nazofarengeal yıkantı, nazal sürüntüdür. Viral kültürlerin sonucu geç alınır, trasportla ilgili sorunlar nedeniyle virüsler canlılığını kaybedebilir ve genellikle rutin hastane laboratuvarlarında yapılmaz. Serolojik testler üretilmesi zor olan patojenler özellikle atipik pnömoni etkenleri için değerlidir. Serokonversiyonun saptanması , retrospektif tanı, spesifik İg M tek örnekle tanı olanağı sağlar. Antijen saptama testleri respiratuvar virüsler için değerlidir ayrıca chlamydia pneumoniae, chlamydia trachomatis ve pneumocystitis carini tanısında kullanılabilir. Antijen saptaması nazofarengeal sekresyonlarda enzim immünoassay (EIA), direk floresan antikor (DFA), immün flöresan antikor (IFA) yöntemleri ile yapılır (13,27).

Ayakta izlenen hastalar için rutin kan kültürü alınması önerilmez. Hastanede yatarak izlenmesi gereken ateşi olan pnömonili hastalarda kan kültürü tedavi başlamadan önce alınmalıdır (2).

Klinik bulgular, göğüs grafisinde infiltrasyon bulgusu, balgam yaymasında inflamatuvar hücre varlığı tanıyı destekler. Pulmoner infiltrasyon bulgusu olan hastalarda pozitif kan kültürü, izole edilen mikroorganizma ile meydana gelen pnömoniyi düşündürmelidir (21).

Plevral efüzyon varlığında biriken sıvı incelenerek etken mikroorganizma yönünden araştırılmalıdır. Nadir olarak trakeobronşial sekresyonların bronkoskopi ile alınarak yayma ve kültür için incelenmesi gerekli olabilmektedir (21).

TEDAVİ

Pnömoninin antibiyotikle tedavisi ampirik olarak yapılmaktadır. Vakaların neredeyse tümünde antibiyotik reçete edilmekte ancak büyük çoğunluğu viral olduğu için antibiyotik kullanılmasına gerek duyulmadan düzelmektedir (%80). Gereksiz antibiyotik kullanımı yüksektir. Vakalarda mutlaka seçici davranılmalıdır. Bakteriyel pnömonide etkenin izole edilmesi, antibiyogram yapılması ve buna göre antibiyotik seçimi tamamen uygulama dışındadır, teorik bilgi olmaktadır. Antibiyotik seçimi çocuğun yaşadığı bölgenin enfeksiyon özelliklerine, olası etkenlerin neler olabileceğine, antibiyotik direnç durumunun ne olabileceğine dikkat edilerek seçilmelidir (13).

Virus pnömonisinde antibiyotik kullanımı yararsızdır, tedavi destekleyicidir. Ancak, bakteri pnömonisi dışlanmadığından, hastaneye yatırılan çoğu olguda antibiyotik kullanılmaktadır. Bu durumda da antibiyotik seçimi hastanın yaşı ve koşulların olası kıldığı etkenlere yönelmelidir (28).

ASYE olan çocuklarda tanıda hangi parametrelerin kullanılacağı, viral-bakteriyel ayrımının güvenilir bir şekilde nasıl yapılacağı, antibiyotik verilir verilmeyeceği, hangi antibiyotiklerin kullanılacağı, antibiyotiklerin hangi yollarla kullanılacağı ve ne zaman oral tedaviye geçileceği ve ne kadar süre kullanılacağını gösteren büyük randomize kontrollü çalışmalar azdır. DSÖ'nün 1980'li yıllarda geliştirdiği tedavi algoritmaları özellikle pnömoninin çocukluk çağında mortalitenin önemli bir nedeni olduğu, kaynakların ve tanı imkanlarının kısıtlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde önerilmekte ve kullanılmaktadır. DSÖ algoritmasına göre pnömoni tanısı alan her çocuğun antibiyotikle tedavi edilmesi önerilmektedir. Bu önerinin temelinde gelişmekte olan ülkelerde etyoloji belirlemeye yönelik akciğer aspirasyonu ile yapılan çalışmalarda hastaların yarısında ya da 2/3'ünde bakterilerin tespit edilmesi, viral etkenlerle enfekte olduğu düşünülen çocuklarda aynı zamanda bakterilerin de saptanması ve genellikle bakteriyel ve viral pnömonilerin klinik ve radyolojik bulgularının örtüşmesi vardır. Bugünkü veriler, bakteriyel pnömoni nedeniyle antibiyotik gereksinimi bulunan her çocuğa ilaçları ulaştırılabilirse pnömoniyeye bağlı ölüm oranlarının %50-60 azaltılabileceği düşünülmektedir. Şüphesiz bu algoritmik yaklaşımda ihtiyacı olmayan bazı hastalarda da antibiyotik kullanılması söz konusudur. Diğer taraftan gelişmiş ülkelerde ASYE'de genellikle virüsler sorumludur. Bu nedenlerle DSÖ algoritmanın aynı şekilde her ülkede kullanılması antibiyotiklerin aşırı kullanımına ve direnç problemlerinin ortaya çıkmasına neden olacaktır (4,14,27).

Tedavi kararı tanı algoritma temelinde öncelikle çocuğun yaşına göre daha sonra klinik ve epidemiyolojik faktörlere, laboratuvar bulgularına ve en son olarak da akciğer grafi bulgularına göre verilmesi gerekir (2,13,14).

Hastalığın tedavisinde en önemli basamak hastanın ayakta mı yoksa hastane koşullarında mı tedavi edileceğidir. Hastaneye yatış koşulları taşımayan çocuklar ayakta tedavi edilmelidir (2,13).

Pnömonoklarda yüksek antibiyotik direnci ve Türkiye’de antibiyotik tüketiminin giderek artması söz konusudur. Türkiye’de penisiline dirençli pnömonokların oranı %36 ile %48 arasındadır (41,42).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ayakta tedavi;

1. Ateşi varsa soğuk uygulama yapılır, gerekirse antipiretikler verilir (2),

2. Bakteriyel neden düşünülüyorsa hastaya antibiyotik verilir; 3-59 ay arasında hastalar Streptococcus Pneumoniae, Hib en sık saptanan bakterilerdir. Bu yaş grubu çocuklarda akciğer grafisinde lobar konsolidasyon saptanırsa, ilk seçenek antibiyotik kas içi yoldan penisilin prokain olmalıdır. Oral ilaç seçilecekse amoksisilin seçilmelidir. Amoksisilin etkenin Haemophilus İnfluenza olduğu düşünüldüğünde, aşısız çocuklardaki pnömoniler için de iyi bir seçenektir. Penisiline alerjisi olan çocukta makrolidler ya da eritromisin tercih edilmelidir (2,12,14,36,39).

Mikoplazma, klamidya ve riketsiya pnömonilerinde makrolit (eritromisin, azitromisin, klaritromisin) ya da tetrasiklin kullanımı hastalık süresini kısaltır. Ancak, bakteri enfeksiyonlarından farklı olarak kısa sürede çarpıcı etkisi beklenmez (28).

Beş yaş üstü ayakta izlenen hastalarda en sık etkenler Streptococcus Pneumoniae, Mycoplasma Pneumoniae, Clamidya Pneumoniae olduğundan akciğer grafisinde lobar konsolidasyon bulunan olgularda ilk seçilecek antibiyotik kas içi yoldan penisilin prokaindir (2,14). Oral ilaç seçilecekse amoksisilin tercih edilebilir. Makrolid grubu antibiyotikler atipik pnömoni düşünülen olgularda ya da bu grup antibiyotiklerden klaritromisin Streptococcus Pneumoniae etkin olması nedeniyle tipik atipik ayrımının yapılamadığı olgularda tek başına tercih edilebilir. Makrolid ve tetrasiklinler mikoplazma hastalıklarının seyirini kısaltmada etkilidir (2,12,14).

3. Hışıltı varsa bronşiyolitteki tedavi ilkeleri uygulanır (2),

4. Aileye evde bakım kuralları ve dikkat edilmesi gereken noktalar anlatılır ve önerilerde bulunulur (2),

5. Tedaviye yanıt 48 saat sonra değerlendirilir;

a. Ağır hastalık bulguları gelişmişse hemen hastaneye sevk edilir,

b. İyileşme varsa tedaviye 7-10 gün devam edilir (2,20,36).

Tedaviye rağmen durumda bir değişiklik yok ise, antibiyotiğini hiç almıyor olabilir veya uygun şekilde verilmemiş olabilir, bu durumda aynı ilaç tekrar verilir. İlacın uygun şekilde kullanılmasına rağmen durum aynı ise antibiyotik değişikliği yapılır (2,36).

Tedavide diğer önemli bir konu ise hastalık risk etmenlerinin önlenmesidir. Bu risk etmenlerinin başında malnütrisyon, anemi, kalabalık yaşam ve sigaraya maruziyet gelmektedir ki bunların çoğu iyi bir mücadele ile önenebilir. Hastanın beslenme durumunun değerlendirilip düzenlenmesi demir eksikliği varsa tedavi edilmesi gerekir (36).

İkinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi;

1. İki aydan küçük tüm bebekler ve birinci basamakta tedaviden yarar görmeyen tüm hastalar ikinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilmelidir.

2. Bakteriyel pnömoni düşünülüyorsa hastaya paranteral antibiyotik verilir. İki aydan küçük bebeklerde en sık raslanan etken grup B streptokoklar ve Gram negatif bakterilerdir. Hasta sepsis ve menenjit birlikteliği açısından değerlendirilmelidir. Tedavide bir aminoglikozit (gentamisin, netilmisin, amikasin) ile bir arada ampisilin ya da antipsödomonas olmayan 3. kuşak sefalosporin (sefotaksim, seftriakson) ile beraber ampisilin kullanılır (2,14,20).

3-59 ay arasında olan çocuklarda, beta-laktam-beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonları (ampisilin-sulbaktam) ya da 2. kuşak sefalosporinler kullanılabilir. Hastada sepsis bulguları varsa veya plevral empiyem, pnömosel ve piyopnömotoraks varlığı söz konusu ise 3. kuşak sefalosporinler kullanılabilir (2,39).

Beş yaş üzerindeki çocuklarda etkenin pnömokok olduğu düşünülen ve tipik lobar konsolidasyon bulguları olan hastaların tedavisinde ilk seçilecek ilaç penisilin G ya da ampisilin olmalıdır. Türkiye’de yayımlanan çalışmalarda Streptococcus Pneumoniae’de

penisilin direnci düşüktür. Penisiline orta derecede bile yüksek doz penisilin tedavide etkili olur. Penisiline yüksek direnç varsa tedavide üçüncü kuşak sefolosporinler kullanılabilir. Eğer 3. kuşak sefalosporinlere de direnç varsa vankomisin ya da karbapenemler (imipenem, meropenem) tedaviye eklenmelidir (2,14,39,20,42).

Parental tedaviye 5-7 gün devam edildikten sonra oral tedavi yapılır ve süre 14 güne tamamlanır (39).

Lösemili çocuklarda su çiçeği pnömonisi gibi, bazı ölümcül seyirli virüs pnömonilerinde asiklovir kullanımı yaşam kurtarıcıdır. Ancak bu hastaların hemen yarısında bakteri enfeksiyonunun da eşlik edeceği unutulmamalıdır (28).

İmmün sorunlu hastalarda sitomegalovirüs pnömonisi gansiklovir ve hiperimmün globülinle tedavi edilir. İnfluenza virüsü pnömonisi olasılığında oseltamivir, zanamivir, influenza A enfeksiyonunda ayrıca amantadin, rimantadin kullanılabilir (28).

Bronş genişleticiler hışıltısı olan virüs pnömonili çocuklarda sıklıkla kullanılmaktadır. Bazı çalışmalar solutma yoluyla adrenerjik kullanımının klinik düzelmede etkin olduğunu göstermiştir. Rasemik epinefrin, olasılıklı bronş daralımı yanı sıra hava yolu yangısını azatlığından salbutamolden daha etklidir (28).

3. Tedaviye yanıt için hastalar 48 saat sonra değerlendirilir;

a. Genellikle 48 saat sonra yanıt alınır

- * Genel durum düzelir,
- * Ateş 2-4 günde düşer,
- * Beyaz küre ilk haftada normale döner,
- * Fizik muayene bulguları ilk hafta da düzelmeyebilir,
- * Radyolojik bulguların düzelmesi dört haftadan uzun sürebilir.

b. Klinik yanıt alınamamışsa hastalar aşağıdaki açılardan değerlendirilmelidir;

- * Komplikasyonlar (ampiyem, apse, perikardit, pnömosel, pnömotoraks, sepsis, miyokardit),
- * Tedavi yetmezliği,
- * Altta yatan nedenler (yabancı cisim, anatomik defektler, kistik fibröz, immotil silia sendromu, bağışıklık yetmezliği vb.) (2).

Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında tedavi;

İkinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan tedaviye yeterli yanıt vermemiş olan ya da yoğun bakım koşullarında izlemi gerekli olan hastalar üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında (mümkünse yoğun bakım birimlerinde) tedavi edilmelidir. Bu durumda tedaviye yanısızlıkta; uygun olmayan antibiyotik seçimi, gelişen komplikasyonlar veya altta yatan bir faktör (bağışıklık yetmezliği, anatomik defektler, kalıtsal hastalıklar gibi) düşünölmelidir. Etyolojik ajan açısından laboratuvar olanakları yeniden değerlendirilip, antibiyotik tedavisi dirençli suşlar göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenir (2).

Destek tedavide hipoksi için nemli oksijen tedavisi, solunum yetmezliği için mekanik ventilasyon, yüksek kalorili diyet ve yeterli sıvı alımı, yatak istirahati, plevratik göğüs ağrısını azaltmak için analjezik kullanımı gereklidir (21).

Destekleyici Tedavi

Bahsedildiği gibi bu tür enfeksiyonlarda önde gelen ajanlar virüslerdir. Bu nedenle direk etkinlik gösterecek antiviral bir ajanımız bulunmamaktadır. Destek tedavisi yapılmalıdır (13).

Pozisyon; hastanın başı 10-30 derece destekli kaldırılmalıdır (27).

Hipoksi için nemli oksijen verilmesi tedavinin temelidir. Mekanik ventilasyon gerekli olabilir. Pulse-oksimetre ile monitarizasyon yapılmalı oksijen satürasyonu %95'in altında ise ya da solunum sıkıntısı artarsa arteriyel kan gazı ölçölmelidir. PaCO₂ normal ise yeterli ventilasyon, PaO₂ normal ise yeterli oksijenasyon söz konusudur. Normalin dışındaki değerler mekanik ventiletör tedavisi endikasyonları yönünden değerlendirilmeli ve izlenmelidir. Solunum salgılarının uzaklaştırılması önemlidir (13,26,27,28).

Bronkodilatatör tedavi; nebuluze albuterol, salbutamol (B2 adrenerjik respötör agonistleri), nebulize ipratropium bromid (antikolinergik), nebuluze metaprorolol (B1 adreno reseptör antagonisti), rasemik epinefrin (alfa ve beta reseptör agonisti) kullanılabilir. İnhale beta-2-agonist ilaçlar ve inhale kortikosteroidler yaygın olarak nebulizatörle kullanılmaktadır. Yan etkileri; taşikardi, hipertansiyon, öksürükte artma, hiperaktivite ve tremordur (13,27).

Buhar tedavisi broşiyolitte refleks bronkospazma neden olabilir (27). Buhar çadırı izlemi engellediği ve buharın doğrudan tedavi edici etkisi çok az olduğundan kullanımını

yitirmiştir. Ancak oksijen tedavisinin kurutucu etkisini önlemek için yüksek düzeyde nem gerekir (28).

Mukolitik ajanlar prodüktif öksürüğü olan büyük çocuklarda kullanılabilir (27).

Başlangıçta sıklıkla ateş, artmış solunum sayısı, yeme isteksizliği sonucunda gelişen duyumsanamayan sıvı kaybının artması kaynaklı hafif su yitimi (dehidratasyon) vardır. Ve kayıp hastalığın akut döneminde sürebilir. Bu nedenle kaybın yerine konması ve sıvı alımının sürdürülmesi gerekir. Ateşin her bir santigrad derecede artışının sıvı gereksinimini %12 arttırdığı , hızlı solumanın da ek bir %15'lik artışa yol açtığı bilinmelidir (28).

Hidrasyon ve elektrolit desteği sağlanırken beslenme güçlüğü ve taşipne olan kayıplar dikkete alınmalıdır. Hem yetersiz alım, hem de uygun olmayan antidiüretik hormon salınımı (IADHS) nedeniyle hiponatremi gelişebilir ve iki durumun tedavisi farklı olduğu için doğru bir biçimde ayrılması önemlidir. Yetersiz alımda sıvı arttırılırken, antidiüretik hormon salınımı yetersizliğinde sıvı kısıtlanır. Pulmoner ödeme yol açabileceğinden aşırı hidrasyondan kaçınılmalıdır (13,21,27,28).

Antipretiklerle ateşin düzeltilmesi taşipnenin kontrolüne neden olur (13,27). Ateş için parasetamol, ibuprofen ya da ketoprofen kullanılmalıdır (28). Yüksek ateşte ilkyardımanın ilkesi, vücut ısısının düşürülmesidir. Bir başka deyişle; ısının vücut dışı ortama aktarılmasıdır (42).

Ateş, vücut ısısının anormal derecede, genellikle 37.5⁰C'nin üzerinde yüksek olmasıdır. Normal vücut sıcaklığı, koltuk altından yapılan bir ölçümde 36.5 ⁰C'dir. Vücut sıcaklığı sıcak havada bir miktar yüksek, soğukta düşük, egzersiz sırasında dinlenme esnasındakilere kıyasla daha yüksek olmaya eğilimlidir. Küçük çocuklarda, erişkinlerde olduğundan daha değişkendir ve daha fazla bireysel farklılıklar gösterir. Yüksek ateş bebekleri, küçük çocukları ve yaşlıları genç yetişkinlere ve büyük çocuklara göre daha hızlı olarak ve daha fazla etkiler (42).

Ateş için parasetamol, ibuprofen ya da ketoprofen kullanılmalıdır, antipretiklerle ateşin düzeltilmesi taşipnenin kontrolüne neden olur (27,28).

Bir hastada yüksek ateşin düşürülmesi için şu uygulamalar yapılabilir (42, 43):

*Oda ısısı ayarlanmalıdır (20-21 derece),

*Hasta yataktaysa üstüne çok şey örtülmemelidir, örtüler kaldırılmalıdır,

*Hastanın fazla giysileri çıkarılmalıdır. Küçük bebekler tamamıyla soyulabilir,

*Koltuk altları ve kasıklar gibi büyük atardamarların yüzeysel olarak geçtikleri yerlere ılık suyla ıslatılmış büyük pamuk parçaları ya da bezler yerleştirilir. Su, olağan vücut sıcaklığında olmalıdır. Ne daha soğuk ne de daha sıcak olmalıdır. Soğuk suyla ıslatılmış pamuk ya da bezlerin uygulanması özellikle küçük çocuklarda ve bebeklerde titreme oluşturabilir; bu da ateşi yükseltir,

*Bunun için hastanın yeterince sıvı alması gerekir. Çocuklara sulandırılmış meyve suyu, sulu meyveler, su, koyu olmayan çorbalar verilebilir,

*Hareket azaltılmalıdır,

*Ateş kalori gereksinmesini artıracak için, hastanın genel durumu bozulmadıkça gıda almaya devam etmesi gerekir.

Mukolitik ajanlar prodüktif öksürüğü olan büyük çocuklarda kullanılabilir (27).

KORUNMA

Pnömonilerdeki etyolojik ajanı saptamaya yönelik tanısal güçlükler ve sağlık ekibine geç başvuru tedaviyi zorlaştırmaktadır. Yapılan çalışmalar pnömonilere bağlı ölümleri azaltabilmek için 9 önlem saptamıştır (3,10,45,46);

1. Kapalı alanlardaki hava kirliliğinin azaltılması,
2. Düşük doğum ağırlıklı doğumların azaltılması,
3. İlk 4-6 ay boyunca bebeklerin yalnızca anne sütü ile beslenmesi,
4. A vitamini ve çinko eksikliğinin azaltılması, yeterli beslenme,
5. Kızamık aşısı uygulaması,
6. Haemophilus influenzae tip b aşısı uygulaması,
7. Streptococcus pneumoniae aşısı uygulaması,
8. RSV aşısı uygulaması,
9. El yıkama.

1. Kapalı alanlardaki hava kirliliğinin temel nedeni katı yakıtların kullanımı ve sigara kullanımınıdır. Dünya nüfusunun halen %50'si katı yakıt (kömür, odun, gübre, tarım ürünü artıkları) kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmaların verileri kapalı alanlardaki hava kirliliğinin çocukların pnömoni geçirme olasılıklarını en az 2-3 kat arttırdığını göstermektedir. Çocuklar erişkinlere göre yaşamlarının daha büyük kısmını evde geçirdikleri ve ev havasındaki zararlı gazlar sokağa göre çok daha yoğun olduğu için erişkinlere göre daha fazla risk altında kabul edilmektedir (2,3,10,13).

2. Düşük doğum ağırlığı pnömoniye bağlı ölüm riskini 1.5-3 kat arttırmaktadır. Bu nedenle anne adaylarının iki gebelik arasında en az 2 yıl süre bırakması, gebelik sırasında sigaraya maruz kalmaması ve uygun şekilde beslenmesinin daha sonra doğacak olan çocuğu koruyabileceği bildirilmektedir. Düşük doğum ağırlıklarının bir kısmını prematürelere oluşturduğu için bu bebeklerde pnömoni ve akciğer hastalıklarına yatkınlık gestasyonel yaşa ve akciğerin matüritesine bağlı olarak gözlenebilir. Ayrıca düşük doğum ağırlıklılar, malnütrisyon açısından önemli bir risk faktörü ile birlikte doğarlar. Kısaca düşük doğum ağırlığı, intrauterin dönemdeki etkilenimler, erken doğum, süt çocukluğu döneminde malnütrisyonu yatkınlık gibi pek çok neden pnömoniye eğilimi artırır (3).

3. Uzmanlar sadece anne sütü verilen çocuklarda mikroplara bağlı hastalıkların daha az görüldüğünü ve bu bebeklerde, sadece anne sütü verilmeyenlere kıyasla, daha az ciddi hastalık geliştiğini belirtmektedirler. İlk 4-6 ay boyunca anne sütüyle beslenmemenin ilk bir yaş içinde görülen pnömoni sıklığını 2-4 kat artırdığı bilinmektedir. Anne sütü ile beslenme hem pasif bağışıklık transferi hem de immünomodülatör etkisi nedeniyle pnömoni sıklığını azaltmaktadır. Anne sütü çocuğun sağ kalması, gelişimi ve bağışıklık sisteminin düzgün çalışması için gerekli besinleri, antioksidanları, hormonları ve antikorları içerir. Anne sütüyle beslenmeyen altı aylıktan küçük bebekler, yaşamın ilk altı ayında sadece anne sütüyle beslenen bebeklere kıyasla, zatürre nedeniyle ölüm açısından beş kat yüksek risk altındadır (4,10,46).

4. A vitamini eksikliği pek çok hastalığın birincil ya da yandaş nedeni olarak ortaya çıkabilir. Vitamin A desteği ile tüm çocuk ölümlerinin %23, kızamığa bağlı ölümlerin %50 oranında azalacağı düşünülmektedir. Pnömoni teşhisi konmuş çocuklara çinko verilmesinin hastalığın iyileşme sürecini hızlandırdığı görülmüştür (3,46,48).

Yetersiz ve yanlış beslenen çocuklar hastalıklara yakalanma ve bunun sonucunda çocuk ölümleri ve sakatlıklar bakımından daha yüksek risk altındadırlar. Kötü beslenme çocuklarda

zatürre geliştirme riskini iki şekilde artırır (10,45). Birincisi, bağışıklık sisteminin düzgün çalışması için yeterli miktarda protein ve enerji alınması gereklidir. Kötü beslenme çocuğun bağışıklık sistemini zayıflamasına sebep olur. İkincisi, kötü beslenen çocuğun solunum kasları daha güçsüzdür, bu nedenle solunum yollarındaki salgıları gerektiği kadar iyi temizleyemez (43).

Yeterli miktarda çinko minerali almayan çocuklar zatürre gelişme ve buna bağlı ölüm açısından daha fazla risk altındadır. Beslenme yoluyla yeterli miktarda çinko alınması zatürre görülme sıklığının ve hastalık şiddetinin azaltılmasına yardımcı olur (46,49).

5. Kızamık aşısı neredeyse 50 yıldan beri kullanımda olan canlı viral aşıdır. 2000 yılında dünyada 770.000 çocuk kızamık nedeniyle ölmüştür. Kızamığın kendisi viral hastalık olmasına karşın ölümlerin büyük kısmından, hastalık ardından ortaya çıkan diyare ve ikincil bakteriyel enfeksiyonlar sonucu gelişen pnömoni sorumludur. Kızamığa bağlı ölümlerin çoğundan aşı başarısızlığı değil, bu çocukların hiç aşılanmamış olması sorumludur. Dolayısıyla kızamık aşılama oranlarının artırılması ikincil bakteriyel pnömonileri azaltacaktır (3,28,50).

6. Çocukluk çağının iki önemli patojeni Hib ve Streptococcus pneumoniae'dir. Bu patojenlerin kapsüler yapıları küçük yaş grubundaki patojeniteden sorumludur. Kapsüle yönelik antikorlar koruyucudur ancak oluşumları yaşa bağımlıdır. Kapsüllü mikroorganizmalarla oluşan invaziv hastalıklar özellikle yaşamın ilk 18 ayında sıktır. Bu aylarda polisakkaritlerin immünojeniteleri azdır ve yeterli antikor yanıtını uyaramazlar (3).

Küçük yaş grubunda etkin olmayan polisakkarit veya oligosakkarit antijenleri protein taşıyıcıya bağlama işleminden sonra süt çocukluğu döneminde de etkin olabilen konjuge Hib ve Streptococcus Pneumoniae aşuları üretilebilmiştir (3,28).

Hib aşısı olan bir çocukta invaziv Hib enfeksiyonu beklenmez. Hib aşısının rutine girdiği ülkelerde Hib'e bağlı invaziv enfeksiyonların neredeyse erdike edilmesine karşın aşının kullanımda olmadığı ülkelerde son 10 yılda 450.000 çocuk Hib'e bağlı nedenlerle yaşamını kaybetmiştir (3,20).

7. Aktif Bağışıklamada iki pnömokok aşısı çocuklarda kulamım için onaylanmıştır. Bir difteri proteinine (CRM 197) konjuge olan 7 serotipin (4, 6B, 9V, 14, 18C 19F ve 23F) pürifiye kapsüler polisakkaritlerinden elde edilen PCV7 (Prevenar) ve 23 serotipin pürifiye kapsüler polisakkaritlerinden elde edilen 23 valanlı polisakkarit pnömokok aşısı PPV23 (Pneumovax)) (9).

Konjuge Pnömonokok Aşısı

İlk konjuge polisakkarit pnömonokok aşısı CRM-197 (difteri toksoid varyantı) taşıyıcı proteini ile konjuge 7 ayrı serotipinin kapsüller antijenlerini içermektedir. Bu serotipler 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F ve 23F'dir. Aşının içindeki serotipler Avrupa ve Amerika'da prevalans olanlardır. Gelişmekte olan ülkelerde sık raslanan serotip 1 ve 5 gibi farklı serotipleri içermemesi aşının gelişmekte olan ülkelerdeki etkinliğini azaltmaktadır. Bu nedenle 9 ve 11 valanlı aşı üretim çalışmaları başlatılmıştır (3,34).

Küçük çocuklarda pnömonokokal hastalığın ağır yükü ve bu yaş grubunda KPA-7 (7 Valanlı Konjuge Pnömonokok Aşısı) aşısının güvenirliliği ve etkinliğini göz önüne alarak, DSÖ özellikle 5 yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı 50/1000 üzerinde olan ya da yılda 50 000 üzerinde çocuk ölümü olan ülkelerde bu aşının ulusal bağışıklama programında öncelik oluşturması gerektiğini düşünmektedir (10).

Konjuge pnömonokok aşısı, bebek ve çocukları zatürre, menenjit, kan iltihabı, orta kulak iltihabı ve sinüzit gibi pnömonokok hastalıklarına karşı korumak amacıyla üretilmiştir. Konjuge pnömonokok aşısı bizim ülkemizde arasında olduğu 18 ülkede rutin aşı takviminde olup devlet tarafından ücretsiz uygulanmaktadır. DSÖ konjuge pnömonokok aşısının dünyada beş yaş altı ölümlerin azaltılmasında önemli bir katkısı olduğunu kabul etmekte, tüm ülkelerde rutin aşı takvimine alınmasını öncelikle tavsiye etmektedir (10).

Uygulamadaki şekli:

Konjugasyon teknolojisi ile üretilen aşı vücutta hafıza hücreleri oluşturulmasına yol açarak uzun süreli koruma sağlar. Taşıyıcılığı önlediği için "toplumsal bağışıklık" (aşı olmayan bireylerde de hastalık görülme sıklığının azalması) sağlar. Konjuge pnömonokok aşısının, 6 hafta (1.5 ay) ile 9 yaş arasındaki tüm bebek ve çocuklarda uygulanması önerilmektedir. Bebeklerde 2. aydan başlayarak en az bir ay ara ile 3 kez ve 12. 15. aylar arasında bir doz daha olmak üzere toplam 4 doz uygulanır. Diğer yaş grupları için de farklı bir aşılama programı bulunmaktadır. Konjuge pnömonokok aşısı diğer çocukluk çağı aşılarıyla birlikte uygulanabilmektedir (31,45). 2000 yılında kullanıma sunulan ve 2 aylıktan itibaren herkesin kullanabildiği konjuge pnömonokok aşısı, aşılanan kişilerde invaziv pnömonokok enfeksiyonlarının insidansı %80, aşı ve aşı bağımlı serotiplerin neden olduğu enfeksiyonlarda yaklaşık %90 oranında azalma sağlanmıştır (31,32).

Polisakkarit Pnömokok Aşısı

Pnömokok mikrobuna karşı geliştirilmiş bir diğer aşı polisakkarit pnömokok aşısıdır. Polisakkarit aşı ülkemizde 2 yaşından küçük bebekler için ruhsatlı olmayıp bu yaş grubunda koruma sağlamaz. Sadece 2 yaştan büyük ve risk grubunda bulunan kişilerde (kronik hastalığı bulunan çocuklar ve erişkinlerde) kullanılan bu aşı, 5 yılda bir tekrarlanmalıdır (51).

Aşı öncesi dönemde, ABD’de her yıl 3000 menenjit, 50000 bakteriyemi, 50000 pnömoni ve 15 milyon otit olgusu görülmekte; 40 000 kişi pnömokok enfeksiyonu nedeniyle ölmekteydi. Pnömokok enfeksiyonun maliyeti 3,5 milyar dolar civarındaydı. Hastalığın sık görülmesinin yanı sıra, etkeni olduğu invazif enfeksiyonlar ölüme de neden olmaktadır. Dünya genelinde aşı ile korunabilir hastalıklar arasında pnömokok hastalığı yılda 1 609 000 ölümlle birinci sırayı almaktadır. Diğer menenjit etkenleri ile karşılaştırıldığında, Streptococcus pneumoniae daha yüksek ölüm oranı ile seyrederek. Örneğin, Streptococcus pneumoniae menenjiti için %21 olan ölüm oranı, Neisseria meningitidis için %3, Hib için %6 olarak verilmektedir. Yine sekel oranı diğer menenjitlere örneğin Hib menenjitine göre daha yüksektir (9).

İnvazif pnömokok hastalığı en sık 6-11 ayda görüldüğü göz önüne alınırsa, etkili bir koruma sağlamak için aşılanmanın mümkün olduğunca erken başlanması ve 6. aya kadar birincil aşı serisinin tamamlanması gerekir. DSÖ, gelişmekte olan ülkeler için 6, 10 ve 14. haftada aşılamayı önermektedir. Bu şekilde yapılan birincil aşılanmanın 2, 4 ve 6. ayda yapılan aşılamaya kadar immünojen olduğu gösterilmiştir. 12-15. ayda yapılan rapel doz immün yanıtı güçlendirir, bu tekrar doz özellikle nazofarengeal taşıyıcılık üzerine etkilidir (51).

2 yaşından küçük bebekler için kullanılan tek aşı, konjuge aşı olan ve 7 serotip içeren (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F ve 23F) aşısıdır. Bu serotipler ABD’de küçük çocukların invazif enfeksiyonlarının %80’ini temsil etmektedir. İlk aşılamada gerekli olan 3 dozu olan çocuklarda aşının etkinliğinin %95’den fazla olduğu gösterilmiştir (9).

8. RSV Aşısı

RSV bronşiyolit ve pnömonisi, yüksek riskli sütçocuklarında edilgen bağışıklamayla önlenemez. Özellikle prematürel gibi yüksek riskli bebeklerde immün yetmezlikli olgulara yönelik pasif ve aktif immünizasyona yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. RSV’den korunmada iki tip gamaglobulin içeren preparat vardır: RSV intravenöz hiperimmünglobulin

(RSV- IV Ig:Respigam) ve intramuskuler uygulanan humanize monoklonal RSV spesifik antikor (Palivizumab: Synagis). Yüksek düzeyde koruyucu antikor içeren Iv gamaglobulin 24 aydan küçüklerde 750mg/kg/doz aylık infüzyon olarak önerilmektedir. 35 haftadan önce doğan prematürelere ve kronik akciğer hastalığı olan bebeklere RSV mevsiminde ve 24 ayın altındaki yaş grubuna önerilmektedir. Korunmada oldukça etkin bulunmuştur (28,29).

9. Bazı araştırmalar el yıkama ve ev içi hava kirliliğinin azaltılmasının da gelişmekte olan ülkelerde pnömokoklara bağlı ölümlerin azaltılmasında önemli bir role sahip olduğunu belirtmektedir . Pnömonokok hastalıklarından korunmak için çocuklara ellerini düzenli olarak su ve sabun ile yıkamaları öğretilmelidir . Ayrıca, solunumu olumsuz etkileyebilen ve çocukların hastalanma olasılığını artıran tozlu, sigara dumanlı ortamlardan uzak durulmalıdır (2,7).

Bu durumda korunma için ilk yapılacak basit ama etkin bazı adımların atılmasıdır. Bunlar yukarıdada bahsedildiği gibi; kişisel hijyene dikkat edilmesi, beslenmesinin düzenlenmesi, aşılarının yapılması, el yıkama alışkanlığı ve mendil kullanımı, sigara dumanından uzak durulması olarak sıralanabilir. Konjuge aşılarından Hib ve pnömokok aşısı da yararlıdır. Sık antibiyotik kullanılmamalıdır. Sık antibiyotik kullanımında bakterilerin direnç geliştirme oranı artmaktadır. Bu durumda bir sonraki enfeksiyonun tedavisinin daha güç olacağı unutulmamalıdır (2,10,13).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Araştırma, annelerin pnömoni enfeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına hastaneye getirmeden önce evde yaptıkları girişimleri ve içinde buldukları zorlanma düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak planlandı.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1: Pnömoni tanısı konmuş 0-6 yaş grubu çocuğa sahip anneler, çocuklarını hastaneye getirmeden önce geleneksel yöntemlere müracaat etmektedirler.

Hipotez 2: Pnömoni tanısı konmuş 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerde kaygı düzeyi yüksektir.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk Servisinde yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi, çalışma Eylül 2007- Mart 2008 tarihleri arasında pnömoni tanısı ile Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk Servisine yatırılan 0-6 yaş arası çocukların annelerinden ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 208 anne ile gerçekleştirildi.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veri Toplama Araçları

Anket formu

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak geliştirilen ve 43 sorudan oluşturulan anket formu kullanıldı. Anket formu araştırmacı tarafından annelerle yüzyüze görüşülerek dolduruldu. Her anne ile görüşme ortalama 20 dakika sürdü.

SCL-90-R (Symptom Check List –90–R=Psikiyatrik Belirti Tarama Listesi)

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik tarama aracı olup son şekline 1977 yılında L R.Derogatis tarafından geliştirilmiştir (52). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında İhsan Dağ tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin geliştirilmesinde 4 temel amaç belirtilmektedir (53,54,55):

- 1.Görünüşte “normal” kişilerdeki belirti düzeyini bulma,
- 2.Belirti düzeylerindeki değişimleri değerlendirme,
- 3.Klinik yorumlamalara yardımcı olma,
- 4.Psikiyatrik hastaları DSM-III-R tanı gruplarına yerleştirmede kolaylık sağlama.

Tüm ruhsal belirtileri taramak için hazırlanan ölçeğin çoğunlukla stresin neden olduğu olumsuz tepkilerin düzeyini belirlemek amacı ile büyük çaptaki “normal” örneklemelere uygulandığı gözlenmektedir. “Stresin neden olduğu olumsuz tepkiler” şeklinde tanımlanan zorlanmanın düzeyini ölçekle sayısal olarak göstermek başlıca ölçümdür (53,54,56).

Deneklerden son 15 gün içinde bu maddelerde yer alan belirtileri ne düzeyde yaşadıklarını 5 puanlık bir (0 ile 4 arasında; 0=hiç yok, 1=çok az, 2=orta derecede, 3= fazla, 4=ileri derecede) Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmeleri istenir. 90 maddeden ve 10 alt testten oluşmaktadır: somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler (54).

Ölçek alt grupları

- 1.Somatizasyon boyut / 12 madde: 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58.
- 2.Obsessif Kompulsif Bozukluk boyutu / 10 madde: 3,9,10,28,38,45,46,51,55, 65.
- 3.Kişilerarası duyarlılık boyutu / 9 madde: 6,21,34,37,41,61,69,73.
- 4.Depresyon boyutu / 13 madde: 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79.
- 5.Kaygı boyutu / 10 madde: 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86.
- 6.Düşmanlık boyutu / 6 madde: 11,24,63,67,74,81.
- 7.Fobik kaygı boyutu / 7 madde: 13,25,47,50,70,75,82.
8. Paranoid düşünce / 6 madde: 8,18,43,68,76,83.
9. Psikotizm / 10 madde: 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90.
10. Ek maddeler (Yeme ve uyku problemleri)/ 7 madde: 19,44,59,60,64,66,89.

Alt ölçek puanları, her boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının o boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilmekte ve böylece 0,00 ile 4,00 değerleri arasında olabilmektedir. Ancak, ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel göstergesi bulunmaktadır. Bunlar “Genel Belirti Düzeyi” (Global Symptom Index: GSI), “Pozitif Belirti Toplamı” (Positive Symptom Total: PST) ve “Pozitif Belirti Düzeyi” (Positive Symptom Distress Index: PSDI)’dir. GSI, boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalaması olup 0,00 ile 4,00 arasında değişen en önemli göstergedir. PST “hiç” seçeneği ile işaretlenenler hariç diğer ham sayı toplamı olup, 0 ile 90 değerleri arasında değişebilen ve kişinin kendisinde ne kadar çeşitli belirti algıladığını anlatan bir göstergedir. PSDI ise “hiç” olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin puanları (1-4) toplamının PST’ye bölünmesiyle elde edilen ortalama puan olup 0,00 ile 4,00 değerleri arasında değişir. Bu da kişinin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerin ağırlıklı bir ortalamasını oluşturmasıyla GSI’nın düzeltilmiş bir alternatifi olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin el kitabına göre (52), 18 maddeden fazlasına cevap verilmemiş olması genel göstergeleri geçersiz kılarken, bir alt ölçeğin maddelerinin en az %40’ına cevap verilmemiş olması o alt ölçeğin maddelerinin puanını geçersiz kılmaktadır (54,57,58).

Psikiyatrik tarama amaçlı bu ölçeğin kesim puanı olarak GSI=1.0 puan yaygınlıkla önerilmektedir, ancak bu puan her araştırmanın kendi spesifik amacına uygun olarak belirlenebilir. Özellikle de belli bir örneklemin kendi ortalama ve standart sapmaları bu puanın belirlenmesinde esas oluşturabilir. Her bir alt testen elde edilen puan 1 ve 1’in altında ise skor

normal olarak değerlendirilmekte, 1'in üstünde ise her bir alt testin özelliğine göre ölçtüğü özellik bakımından kişinin bu patolojiye eğilimli olduğu kabul edilmektedir. Bu çalışmada, ölçeğin kesim puanı olarak GSI =1.0 puanı baz alındı (58,59).

Ölçeğin orijinalinin güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında, psikiyatrik bir örneklem üzerinden toplanan verilere göre iç tutarlılığın çeşitli alt ölçekleri için 0.77 ile 0.90 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bir hafta arayla alınan test-tekrar test güvenilirliği ise yine çeşitli alt ölçekler için 0.78 ile 0.90 arasında değişmektedir. Böylece ölçek ölçtüğü boyutları tutarlı olarak ortaya koyabilmektedir (54,58).

Türkçe formun güvenilirlik çalışmalarında SCL-90-R'nin lise öğrencileri esas alınarak ve GSI puanları kullanılarak hesaplanan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bildirilirken, üniversite öğrencileri örnekleminde alt ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirliği 0.63 ile 0.84 arasında değiştiği ifade edilmiştir. GSI puanına göre Cronbach alfa iç tutarlığı 0.97 olarak hesaplanmıştır (54,58).

Bu çalışmada, ölçeğin 208 olguda cronbach alfa iç tutarlılığı 0,96 olarak bulundu ve alt ölçeklerin güvenilirliğinin 0,59 ile 0,81 arasında değiştiği saptandı (Ek 3).

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS 17.0 (Statistical Package of Social Science-Seri No:10094113) paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı, yüzdeler, ortalama, standart sapma ile değerlendirildi. Bu özellikler ile ilişki incelemesinde Ki-kare, Student T Testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü ANOVA, Kruskal Wallis varyans analizi, Sperman korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için sperman korelasyon tekniği ve iç tutarlılık analizi kullanıldı.

BULGULAR

ÇOCUK VE AİLEYİ TANITICI ÖZELLİKLER

Çocuk ve aileyi tanıtıcı özellikler olarak; çocukların yaş ortalaması, cinsiyetlere göre ve yaş gruplarına göre dağılımı, annelerin yaşları, eğitim düzeyleri ve iş durumu ile babaların eğitim düzeyleri ve iş durumları ele alındı.

Yaş Ortalaması

Çalışma grubundaki çocukların aylara göre yaş ortalaması 16.89 ± 16.75 ay (min: 1 ay, max: 76 ay), cinsiyete göre yaş ortalaması ise kızlarda 18.19 ± 17.49 (min: 1 ay, max: 76 ay), erkeklerde 15.19 ± 15.41 (min: 1 ay, max: 72 ay) idi.

Cinsiyet ve Yaş

Araştırma kapsamına alınan çocukların, yarısından çoğunun (%56.7) erkek ve yaş gruplarına göre de grubun yarısının (%50.5) 1-12 ay arasında olduğu bulundu (Tablo7).

Tablo 7: Çocukların Cinsiyetlere ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=208).

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	90	43.3
Erkek	118	56.7
Yaş		
1-12 ay	105	50.5
13-24 ay	58	27.9
25-36 ay	19	9.1
37-48 ay	13	6.3
49-72 ay	8	3.8
72 ay >	5	2.4

Annelerin yaş ortalaması 27.53 ± 5.91 (min:16, max:44) idi. Annelerin yarıya yakınının (%49.0) 24-34 yaş grubunda ve ilkokul mezunu (%47.1) olduğu görüldü. Annelerin çoğunluğunun ise (%87.5) ev hanımı olduğu bulundu (Tablo 8).

Babaların %38 (n=78)'i ilkokul mezunu iken, %9,6 (n=20)'sının üniversite mezunu ve çoğunluğunun (%85.6) bir işinin olduğu bulundu (Tablo 8).

Tablo 8: Annelerin ve Babaların Tanıtıcı Özellikleri (n=208).

Özellikler		n	%	
Anne	Yaş	16-24	74	35.6
		25-34	102	49.0
		35-44	32	15.4
	Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	23	11.1
		Okuryazar	8	3.8
		İlkokul	98	47.1
		Ortaokul	29	13.9
Lise		39	18.8	
Üniversite	11	5.3		
İş Durumu	Ev dışında çalışıyor	26	12.5	
	Ev hanımı	182	87.5	
Baba	Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	9	4.3
		Okuryazar	9	4.3
		İlkokul	79	38.0
		Ortaokul	34	16.4
		Lise	57	27.4
		Üniversite	20	9.6
	İş Durumu	Çalışıyor	178	85.6
İşsiz		30	14.4	

YAŞANILAN KONUTA AİT ÖZELLİKLER

Ailelerin yaşadıkları konuta ait özellikler olarak; ev tipi, evdeki oda sayısı, evin ısıtma sistemi, ev içinde tuvalet ve banyolarının olup olmadığı araştırıldı.

Ailelerin ev tipi özelliklerine bakıldığında; yarısından çoğunun (%54.3) apartman katında oturduğu tespit edildi. Ailelerin oturdukları konutta mutfak, tuvalet ve banyo dışında, salon dahil olmak üzere büyük çoğunluğunun (%44.7) üç odasının bulunduğu ve araştırma kapsamına alınan ailelerin yine büyük çoğunluğunun (%81.3) evlerinin sobalı olduğu saptandı (Tablo 3).

Ailelerin, yarısından çoğunun (%51.9) evinde yemek yiyecek büyüklükte mutfaklarının olduğu ve yine büyük çoğunluğunun ev içinde tuvalet ve banyolarının olduğu tespit edildi (sırasıyla % 84.1, %91.8) (Tablo 9).

Tablo 9: Araştırma Grubunun Yaşadığı Konuta Ait Bazı Özellikler (n=208).

Özellikler		n	%
Ev Tipi	Müstakil ev	52	25.0
	Apartman katı	113	54.3
	Bodrum katı	12	5.8
	Gecekondu	31	14.9
Evdeki Oda Sayısı	Bir oda	18	8.7
	İki oda	36	17.3
	Üç oda	93	44.7
	Dört oda	57	27.4
	Beş ve daha fazla	4	1.9
Evin Isıtma Sistemi	Sobalı	169	81.2
	Kaloriferli	39	18.8
Yemek Yiyecek Büyüklükte Mutfak	Var	108	51.9
	Yok	100	48.1
Yemek Pişirilecek Büyüklükte Mutfak	Var	100	48.1
	Yok	108	51.9
Ev İçinde Tuvalet	Var	175	84.1
	Yok	33	15.9
Ev İçinde Banyo	Var	191	91.8
	Yok	17	8.2
Banyoda Duş	Var	71	34.1
	Yok	137	65.9

PNÖMONİ OLUŞUMUNA ZEMİN HAZIRLAYABİLECEK FAKTÖRLER

Sosyodemografik Özellikler

Çalışma grubundaki ailelerin yapısal özelliğine bakıldığında, ailelerin büyük çoğunluğunun (%76,4) çekirdek aile tipinde olduğu ve yine büyük çoğunluğunun (%63,0) ekonomik durumlarını “orta düzeyde” olarak ifade ettiği bulundu (Tablo 10).

Tablo 10: Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri (n=208).

Özellikler	n	%
Aile tipi		
Çekirdek aile	159	76.4
Geniş aile	43	20.7
Parçalanmış aile	6	2.9
Ekonomik Durum		
Çok İyi	3	1.4
İyi	43	20.7
Orta	131	63.0
Kötü	22	10.6
Çok Kötü	9	4.3

Çocuğa Ait Özellikler

Araştırma grubundaki ailelerde ortalama çocuk sayısı 1.79 ± 0.95 (min:1, max:6) idi ve araştırma grubunun yarıya yakınının (%49.0) birinci çocuk olduğu bulundu (Tablo 11).

Annelerin ifadelerine göre ailelerin yarısından çoğunun (%60.1) evinde sigara içilmekte idi ve çocukların %12'sinin kendi odası olduğu, %88'nin ise odalarını diğer aile fertleri ile paylaşmak zorunda olduğu ve yine büyük çoğunluğunun (%67.8) kendine ait yatağının olduğu tespit edildi (Tablo 11).

Annelerin neredeyse tamamına yakını (%95.2) çocuklarının aşı kartı olduğunu ifade etti (Tablo 12).

Ailelerin doğumdan itibaren çocuklarının yaşına uygun rutin aşı takvimini uygulattırma durumlarına bakıldığında; uydukları ve büyük çoğunluğunun (%90.2) çocuklarına karma aşısını yaptırdıkları görüldü (Tablo 12).

Kızamık ile aşılama durumunda da, rutin aşı takvimine uydukları ve büyük çoğunluğunun (%79.5) çocuklarına kızamık aşısını yaptırdığı görüldü (Tablo 12).

Ayrıca 14 çocuğun (%6.7) uygun yaşta olmaması medeniyle karma aşılarını ve 57 çocuğun da (%27.4) aynı nedenden dolayı kızamık aşılarını yaptırmadığı tespit edildi.

Tablo 11: Pnömoni Olan Çocukların Bazı Özellikleri (n=208).

Özellikler	n	%
Çocuk Sayısı		
Bir çocuk	94	45.2
İki çocuk	81	38.9
Üç çocuk	20	9.6
Dört çocuk	7	3.4
Beş çocuk ve üstü	6	2.9
Aile İçindeki Çocuk Sıralamasındaki Yeri		
Birinci	102	49.0
İkinci	78	37.5
Üçüncü	16	7.7
Dördüncü	7	3.4
Beşinci ve daha sonraki çocuk	5	2.4
Evde Sigara İçilme Durumu		
Var	125	60.1
Yok	83	39.9
Evde Yattıkları Yer		
Kendi Odasında	25	12.0
Anne-baba ile Aynı Odada	164	78.9
Aile Büyükleri İle Aynı Odada	5	2.4
Kardeşleri İle Aynı Odada	14	6.7
Kendine Ait Yatağa Sahip Olma Durumu		
Var	141	67.8
Yok	67	32.2

Tablo 12: Çocukların Karma ve Kızamık Aşısı İle Aşılama Durumları.

Özellikler	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aşı Kartı	198	95.2	10	4.8	208	100.0
Karma Aşısı	175	90.2	19	9.8	194	100.0
Kızamık Aşısı	120	79.5	31	20.5	151	100.0

PNÖMONİLİ ÇOCUĞA HASTANEYE YATMADAN ÖNCEKİ DÖNEMDE EVDE YAPILAN GİRİŞİMLER

İlaç Kullanımı

Annelerin büyük çoğunluğunun (%74.0) çocukları hastalandığında tedavi etmek amacıyla evde ilaç verdiği ve verdikleri ilaçlar arasında % 35,1 (n=87) ile antipiretiklerin birinci sırada, %32,2 (n=80) ile öksürük şurubunun ikinci sırada yer aldığı bulundu (Tablo 13).

Tablo 13. Annelerin Evde Çocuklarına İlaç Kullanımı ve İlaçların Etki Özelliklerine Göre Dağılımı.

Özellikler	n	%
İlaç kullanma		
Evet	154	74.0
Hayır	54	26.0
Toplam	208	100.0
İlaç Türü		
Antipiretikler	87	35.1
Öksürük Şurubu	80	32.2
Antibiyotik	60	24.2
Önceki reçetede ilaçlar	21	8.5
Toplam*	248	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Annelerin Hastalık Kriterleri

Annelerin çocuklarının hasta olduğunu belirlemedeki kriterleri arasında, öksürük (%31.6) ve ateş (%26.4) ilk iki sırada idi ve çocuğunun hasta olduğunu belirlemede ateşi kriter olarak kabul eden annelerin büyük çoğunluğu (%62.4) ateşi derece ile ölçtüğünü ifade etti (Tablo 14).

Annelerin kendi ifadelerine göre büyük çoğunluğun (%60.6) derece okumayı bildiği ve %88.7 (n=118)'sinin ateş ölçme yeri olarak koltuk altını tercih ettikleri tespit edildi (Tablo 14).

Koltuk altından derece ile ateş ölçen annelerin, yüksek ateş olarak kabul ettikleri en çok iki değer 38 °C ve üstü (%31.4) ve 37,5 °C ve üstü (%27.7) idi. Rektal yolla derece alan annelerin %36.4 (n=4)'ünün 39 °C ve üstünü yüksek ateş olarak kabul ettiği bulundu (Tablo 14).

Anneler çocuklarının ateşini belirlemede hem gözlemsel hem dokunsal yöntemleri kullanmışlardı. Dokunsal olarak alın ve göğse el koyarak ısı yüksekliğini hissetme %58.9 (n=109) ile başta gelmekte idi. Bunu sırasıyla, gözlemsel yöntemlerden görünüm (%12.4) ve yanaklarda kızarıklık (% 18.8) izlemekte idi (Tablo 15).

Anneler çocukları ateşlendiğinde ateşi düşürmek için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardı. Yapılan ilk girişimler sırasıyla ilaç verme (%38.0), soğuk uygulama yapma (%25.0) ve hastaneye (doktora) götürme (%24.4) idi (Tablo 15).

Çocuklarını emziren annelerin, büyük çoğunluğunun (%65.2) ateşlenme durumunda emzirmeye devam ettiği, çocuklarına su verdiği (%79.3) tespit edildi (Tablo 15).

Çocukları ateşlendiği zaman annelerin %88.5 (n=184)'inin çocuklarını soğuk tutacak uygulamalar yaptığı ve çocuklarını soğuk tutmak için yaptıkları uygulamalar arasında, çocuğun giysileri kısmen çıkarmanın (%39.6) ve soğuk uygulama yapmanın (%33.6) en çok yapılan iki uygulama arasında yer aldığı bulundu (Tablo 15).

Çocukların öksürüğü, hızlı solunumu ve kusması olduğu zaman, annelerin yarısından çoğu çocuğunu doktora götürdüğünü ifade etti (sırasıyla %57.9, % 55.0, %56.6) (Tablo 16).

Çocukların burnu tıkanıdığı zaman ise annelerin yarısından çoğu (%52.7) çocuğun burnuna serum fizyolojik damlattığını ifade etti (Tablo 16).

Tablo 14: Annelerin Çocuklarının Hasta Olduğunu Belirlemedeki Kriterleri ve Yüksek Ateş Durumunda Yapılan Uygulamalar.

Özellikler	n	%
Kriterler		
Ateş	125	25.4
Öksürük	156	31.6
Hızlı Solunum	71	14.4
İştahsızlık	47	9.5
Huzursuzluk ve Ağlama	65	13.2
Havale geçirme	9	1.8
Diğer (ishal, kusma, dudaklarda morarma, halsizlik vb.)	20	4.1
Toplam*	493	100.0
Ateşi Derece İle Ölçme		
Evet	78	62.4
Hayır	47	37.6
Toplam	125	100.0
Derece Okumayı Bilme		
Evet	126	60.6
Hayır	82	39.4
Toplam	208	100.0
Derece Ölçümünün Yapıldığı Yer		
Aksillar	118	88.7
Rektal	11	8.3
Timpanik	3	2.3
Oral	1	0.8
Toplam	133	100.0
Aksillar Ateşin Yüksek Ateş Kabul Edilme Sınırı		
37 °C ve üstü	17	14.4
37,5 °C ve üstü	32	27.1
38 °C ve üstü	37	31.4
38,5 °C ve üstü	28	23.7
Diğer (39 °C ve üstü)	4	3.4
Toplam	118	100.0
Rektal Ateşin Yüksek Ateş Kabul Edilme Sınırı		
37,5 °C ve üstü	2	18.2
38 °C ve üstü	2	18.2
38,5 °C ve üstü	2	18.2
39 °C ve üstü	4	36.4
39,5 °C ve üstü	1	9.0
Toplam	11	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 15: Derece Kullanmayan Annelerin Çocuklarının Ateşlenmesi Durumundaki Davranışları.

Özellikler	n	%
Yöntemler		
Alın ve göğüse el koyma	109	58.9
Yanaklarda kızarıklık	39	21.1
Görünüm	23	12.4
İştahsızlık	5	2.7
Dalgınlık	4	2.2
Diğer (halsizlik, el ve ayakların soğuk olması vs.)	5	2.7
Toplam*	185	100.0
İlk Yapılan Girişimler		
Doktora danışmadan ilaç verme	120	38.0
Soğuk uygulama	79	25.0
Hastahaneye(doktora) götürme	77	24.4
Bol su verme	26	8.2
Aile büyüklerine danışma	4	1.3
Üşümemesi için üstünü örtme	1	0.3
Diğer (sirkeli su ile vücudunu ovma, ılık duş aldırma)	9	2.8
Toplam*	316	100.0
Ateşlenme Durumunda Emzirme		
Evet	105	65.2
Hayır	56	34.8
Toplam	161	100.0
Çocuğu Soğuk Tutma		
Evet	184	88.5
Hayır	24	11.5
Toplam	208	100.0
Soğuk Tutma Yöntemleri		
Giysilerini Kısmen Çıkarma	111	39.6
Soğuk Kompres Uygulama	94	33.6
Tüm giysilerini çıkarma	42	15.0
Battaniyesini açma	23	8.2
Başlık ve patiğini çıkarma	10	3.6
Toplam*	280	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 16:Annelerin Çocuklarının Solunum Yolu Sorunlarındaki Girişimleri.

Özellikler	n	%
Öksürükte yapılan girişimler		
Doktora götürme	172	57.9
Öksürük şurubu verme	85	28.6
Viks ile sırtını ovma	16	5.4
Bol su verme	14	4.7
Daha önceki reçeteyi kullanma	3	1.0
Diğer (ıhlamur çayı, ballı süt içirme vb)	7	2.4
Toplam*	297	100.0
Kusmada yapılan girişimler		
Doktora götürme	141	56.6
Nane limon kaynatma	35	14.1
Sulu yiyecekler verme	23	9.2
Hiçbirşey yapmama	16	6.4
Diğer (Emedur fitil (suppozituar), yemek yemesi için zorlamadım, kusması olmadı)	34	13.7
Toplam *	249	100.0
Burun tıkanıklığında yapılan girişimler		
Burna serum fizyolojik damlatma	138	52.7
Doktora götürme	94	35.9
Burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme	14	5.3
Burnunu Çöple Açtım	7	2.7
Diğer (burnuna süt koyma, burnu par ile temizleme)	9	3.4
Toplam*	262	100.0
Hızlı solunumda yapılan girişimler		
Doktora götürme	171	55.0
Odasını sık sık havalandırma	40	12.9
Burnu tıkalı ise açma	40	12.9
Yatarken sırtına destek koyma	32	10.3
Büyüklerine danışma	15	4.8
Diğer (Hızlı solunumu olmadı, hiçbirşey yapmadım, sırtına viks sürdüm)	13	4.1
Toplam*	311	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

EVDE YAPILAN GİRİŞİMLERE ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ VE AİLE TİPİNİN ETKİSİ

Annelerin eğitim düzeyi ile evde sigara içilme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Ortaokul ve üstü eğitimi olan annelerin evde sigara içme oranı diğer gruba göre daha yüksekti (Tablo 17).

Tablo 17: Evde Sigara İçilme Durumunun Annelerin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (n=208).

Annelerin Eğitim Düzeyi	Evde Sigara İçilme Durumu				X^2, p
	İçiliyor (n=125)		İçilmiyor (n=83)		
	n	%	n	%	
Okur yazar değil (n=23)	14	60.9	9	39.1	12.07, 0.03
Okur yazar (n=8)	3	37.5	5	62.5	
İlkokul (n=98)	52	53.1	46	46.9	
Ortaokul (n=29)	25	86.2	4	13.8	
Lise (n=39)	24	61.5	15	38.5	
Üniversite (n=11)	7	63.6	4	36.4	

Eğitim düzeyi ortaokul (%100.0) ve üstü (lise %97.4, üniversite %100.0) olan grupta aşı kart tutma oranının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 18: Annelerin Aşı Kartı Tutma Durumunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (n=208).

Annelerin Eğitim Düzeyi	Aşı Kartı Tutma Durumu				X^2, p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Okur yazar değil (n=23)	22	95.7	1	4.3	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
Okur yazar (n=8)	7	87.5	1	12.5	
İlkokul (n=98)	91	92.9	7	7.1	
Ortaokul (n=29)	29	100.0	0	0.0	
Lise (n=39)	38	97.4	1	2.6	
Üniversite (n=11)	11	100.0	0	0.0	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Ortaokul (%96.2) ve üstü (lise %94.7, üniversite %90.9) eğitime sahip annelerin karma aşı aşılama oranlarının yüksek olduğu tespit edildi. Yine lise (%88.9) ve üniversite (%75.0) mezunu annelerin kızamık aşısı aşılama oranlarının da yüksek olduğu tespit edildi (Tablo19).

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarına evde ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 20).

Annelerin derece okumayı bilme durumu eğitim yüksekliğine paralel olarak ileri derecede anlamlılık gösterdi ($p<0.001$). Annelerin eğitim düzeyi arttıkça, derece okumayı bilme düzeyi artmakta idi. Üniversite mezunu annelerin % 90.9 (n=10)'u derece okumayı bilirken, okur yazar olmayan annelerin sadece % 8.7 (n=2)'si derece okumayı biliyordu (Tablo 20).

Tablo 19: Annelerin Çocuklarına Karma Aşı ve Kızamık Aşısını Yaptırma Durumunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.

Annelerin Eğitim Düzeyi	Karma Aşı				X ² , p	Kızamık Aşısı				X ² , p
	Yaptıran (n=175)		Yaptırmayan (n=19)			Yaptıran (n=120)		Yaptırmayan (n=31)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Okur yazar değil	15	75.0	5	25.0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*	11	73.3	4	26.7	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
Okur yazar	6	75.0	2	25.0		3	50.0	3	50.0	
İlkokul	83	91.2	8	8.8		59	79.7	15	20.3	
Ortaokul	25	96.2	1	3.8		17	81.0	4	19.0	
Lise	36	94.7	2	5.3		24	88.9	3	11.1	
Üniversite	10	90.9	1	9.1		6	75.0	2	25.0	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Tablo 20: Annelerin Çocuklarına İlaç Verme ve Derece Okumayı Bilme Durumunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (n=208).

Annelerin Eğitim Düzeyi	İlaç Verme				X ² , p	Derece Okuma				X ² , p
	Veren (n=154)		Vermeyen (n=54)			Bilen (n=126)		Bilmeyen (n=82)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Okur yazar değil (n=23)	13	56.5	10	43.5	6.47, 0.26	2	8.7	21	91.3	40.34, 0.00
Okur yazar (n=8)	7	87.5	1	12.5		3	37.5	5	62.5	
İlkokul (n=98)	73	74.5	25	25.5		59	60.2	39	39.8	
Ortaokul (n=29)	20	69.0	9	31.0		20	69.0	9	31.0	
Lise (n=39)	32	82.1	7	17.9		32	82.1	7	17.9	
Üniversite (n=11)	9	81.8	2	18.2		10	90.9	1	9.1	

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının ateşlenme durumunda emzirmeye devam etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21: Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Ateşlenme Durumunda Emzirmeye Devam Etme Durumları.

Annelerin Eğitim Düzeyi	Emzirmeye Devam				X^2, p
	Eden (n=105)		Etmeyen (n=56)		
	n	%	n	%	
Okur yazar değil (n=23)	12	57.1	9	42.9	3.32, 0.65
Okur yazar (n=89)	6	75.0	2	25.0	
İlkokul (n=87)	50	64.9	27	35.1	
Ortaokul (n=20)	14	70.0	6	30.0	
Lise (n=27)	16	59.3	11	40.7	
Üniversite (n=8)	7	87.5	1	12.5	

Annelerin eğitim düzeyi çocukları ateşlendiği zaman yapılan girişimlerden doktora danışmadan ilaç verme ve soğuk uygulama yapma, doktora götürme girişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 22).

Anne eğitim düzeyi ile çocuklarının öksürüğü olduğu zaman yapılan girişimlerden doktora götürme ve öksürük şurubu verme girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 23).

Anne eğitim düzeyi ile çocuğun burnu tıkanıdığı zaman yapılan girişimlerden burna serum fizyolojik damlatma, doktora götürme girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 24).

Tablo 22: Çocuklar Ateşlendiğinde İlk Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.

Anne Eğitim Düzeyi			Okur yazar değil (n=23)	Okur yazar (n=8)	İlk okul (n=98)	Orta okul (n=29)	Lise (n=39)	Üniversite (n=11)	X ² , p
Yapılan Girişimler									
Doktora danışmadan ilaç verme	Evet (n=120)	n	8	6	56	15	28	7	9.70, 0,08
		%	6.7	5.0	46.7	12.5	23.3	5.8	
	Hayır (n=88)	n	15	2	42	14	11	4	
		%	17.1	2.3	47.7	15.9	12.5	4.5	
Soğuk uygulama yapma	Evet (n=79)	n	9	3	33	10	18	6	3.32, 0.65
		%	11.4	3.8	41.8	12.6	22.8	7.6	
	Hayır (n=129)	n	14	5	65	19	21	5	
		%	10.8	3.9	50.4	14.7	16.3	3.9	
Doktora götürme	Evet (n=78)	n	8	3	43	8	12	4	3.75, 0.59
		%	10.3	3.8	55.1	10.3	15.4	5.1	
	Hayır (n=130)	n	15	5	55	21	27	7	
		%	11.5	3,8	42.3	16.2	20.8	5.4	
Bol su verme	Evet (n=26)	n	2	2	10	2	9	1	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	7.7	7.7	38.5	7.7	34.6	3.8	
	Hayır (n=182)	n	21	6	88	27	30	10	
		%	11.5	3.3	48.4	14.8	16.5	5.5	
Aile büyüklerine danışma	Evet (n=4)	n	0	0	1	0	3	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	25,0	0.0	75,0	0.0	
	Hayır (n=204)	n	23	8	97	29	36	11	
		%	11.3	3.9	47.6	14.2	17.6	5.4	
Üşümemesi için üstünü örtme	Evet (n=1)	n	0	0	0	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=207)	n	23	8	98	28	39	11	
		%	11.1	3.9	47.3	13.5	18.9	5.3	
Ateşin olmaması	Evet (n=2)	n	0	0	0	1	1	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	23	8	98	28	38	11	
		%	11.2	3.9	47.6	13.6	18.4	5.3	
Sirkeli su ile ıslatma	Evet (n=3)	n	0	0	2	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0	
	Hayır (n=205)	n	23	8	96	28	39	11	
		%	11.2	3.9	46.8	13.7	19.0	5.4	
Ilık duş aldırma	Evet (n=2)	n	0	0	1	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	23	8	97	28	39	11	
		%	11.2	3.9	47.1	13.6	18.9	5.3	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Tablo 23: Çocukların Öksürüğü Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.

Anne Eğitim Düzeyi		Okur yazar değil (n=23)	Okur yazar (n=8)	İlk okul (n=98)	Orta okul (n=29)	Lise (n=39)	Üniver site (n=11)	X ² , p	
									Yapılan Girişimler
Doktora götürme	Evet (n=172)	n	21	6	80	23	32	10	2.36, 0.80
		%	12.2	3.5	46.5	13.4	18.6	5.8	
	Hayır (n=36)	n	2	2	18	6	7	1	
		%	5.6	5.5	50.0	16.7	19.4	2.8	
Öksürük şurubu verme	Evet (n=85)	n	10	5	34	13	19	4	4.44, 0.49
		%	11.8	5.9	40.0	15.3	22.3	4.7	
	Hayır (n=123)	n	13	3	64	16	20	7	
		%	10.6	2.4	52.0	13.0	16.3	5.7	
Daha önceki reçeteyi kullanma	Evet (n=3)	n	1	0	2	0	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	33.3	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=205)	n	22	8	96	29	39	11	
		%	10.7	3.9	46.8	14.2	19.0	5.4	
Viks ile sırtını ovma	Evet (n=16)	n	0	0	12	1	2	1	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	75.0	6.3	12.5	6.2	
	Hayır (n=192)	n	23	8	86	28	37	10	
		%	12.0	4.1	44.8	14.6	19.3	5.2	
Bol su verme	Evet (n=14)	n	1	3	6	0	4	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	7.1	21.4	42.9	0.0	28.6	0.0	
	Hayır (n=194)	n	22	5	92	29	35	11	
		%	11.3	2.6	47.4	14.9	18.1	5.7	
Ballı süt verme	Evet (n=2)	n	0	0	2	0	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	23	8	96	29	39	11	
		%	11.2	3.9	46.6	14.1	18.9	5.3	
Ihlamur çayı içirme	Evet (n=3)	n	0	0	2	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0	
	Hayır (n=205)	n	23	8	96	28	39	11	
		%	11.2	3.9	46.8	13.7	19.0	5.4	
Öksürüğü nün olmaması	Evet (n=1)	n	0	0	1	0	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=207)	n	23	8	97	29	39	11	
		%	11.1	3.9	46.9	14.0	18.8	5.3	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Tablo 24: Çocukların Burnu Tıkanığı Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.

Anne Eğitim Düzeyi		Okur yazar değil (n=23)	Okur yazar (n=8)	İlk okul (n=98)	Orta okul (n=29)	Lise (n=39)	Üniver site (n=11)	X ² , p	
									Yapılan Girişimler
Burna serum fizyolojik damlatma	Evet (n=138)	n	15	4	58	20	33	8	9.34, 0.10
		%	10.9	2.9	42.0	14.5	23.9	5.8	
Doktora götürme	Hayır (n=70)	n	8	4	40	9	6	3	6.15, 0.29
		%	11.4	5.7	57.1	12.9	8.6	4.3	
Burnu çöple açma	Evet (n=94)	n	7	5	50	14	14	4	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	7.4	5.3	53.2	14.9	14.9	4.3	
Burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme	Hayır (n=114)	n	16	3	48	15	25	7	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	14.01	2.6	42.1	13.2	21.9	6.2	
Burnu puar ile temizleme	Evet (n=7)	n	1	1	4	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	14.3	14.3	57.1	14.3	0.0	0.0	
Burna süt koyma	Hayır (n=201)	n	22	7	94	28	39	11	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	10.9	3.5	46.8	13.9	19.4	5.5	
Burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme	Evet (n=14)	n	2	1	7	2	2	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	14.3	7.1	50.0	14.3	14.3	0.0	
Burnu puar ile temizleme	Hayır (n=194)	n	21	7	91	27	37	11	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	10.8	3.6	46.9	13.9	19.1	5.7	
Burnu puar ile temizleme	Evet (n=5)	n	0	0	1	0	3	1	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	20.0	0.0	60.0	20.0	
Burna süt koyma	Hayır (n=203)	n	23	8	97	29	36	10	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	11.3	4.0	47.8	14.3	17.7	4.9	
Burna süt koyma	Evet (n=1)	n	0	0	1	0	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
Burna süt koyma	Hayır (n=207)	n	23	8	97	29	39	11	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	11.1	3.9	46.9	14.0	18.8	5.3	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının hızlı solunumu olduğunda yapılan, burnu tıkalı ise açma girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Burnu tıkalı ise açtım diyen annelerin ise üçte biri (%37.5) ilkokul diğer üçte biri (37.5) lise mezunu annelerden oluşmakta idi. Annelerin eğitim düzeyi ile doktora götürme ve odayı sık sık havalandırma girişimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 25).

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının kusması olduğu zaman yapılan girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 25: Çocukların Hızlı Solunumu Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.

Anne Eğitim Düzeyi		Okur yazar değil (n=23)	Okur yazar (n=8)	İlk okul (n=96)	Orta Okul (n=29)	Lise (n=39)	Üniver site (n=11)	X ² , p	
									Yapılan Girişimler
Doktora götürme	Evet (n=171)	n	20	6	82	21	33	2.84, 0.73	
		%	11.7	3.5	47.9	12.3	19.3		5.3
	Hayır (n=37)	n	3	2	16	8	6		2
		%	8.1	5.4	43.3	21.6	16.2		5.4
Yatarken sırtına destek koyma	Evet (n=32)	n	1	3	10	4	9	İstatistiksel analiz yapılamadı.*	
		%	3.1	9.4	31.2	12.5	28.1		15.6
	Hayır (n=176)	n	22	5	88	25	30		6
		%	12.5	2.9	50.0	14.2	17.0		3.4
Odasını sık sık havalandırma	Evet (n=40)	n	3	3	17	3	11	6.46, 0.26	
		%	7.5	7.5	42.5	7.5	27.5		7.5
	Hayır (n=168)	n	20	5	81	26	28		8
		%	11.9	2.9	48.2	15.5	16.7		4,8
Burnu tıkalı ise açma	Evet (n=40)	n	1	0	15	6	15	15.94, 0.01	
		%	2,5	0.0	37.5	15.0	37.5		7.5
	Hayır (n=168)	n	22	8	83	23	24		8
		%	13.1	4.8	49.4	13.7	14.3		4.7
Büyüklerine danışma	Evet (n=15)	n	2	1	10	1	1	İstatistiksel analiz yapılamadı.*	
		%	13.3	6.7	66.7	6.7	6.6		0.0
	Hayır (n=193)	n	21	7	88	28	38		11
		%	10.9	3.6	45.6	14.5	19.7		5.7
Hiçbirşey Yapmama	Evet (n=8)	n	2	0	2	4	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*	
		%	25.0	0.0	25.0	50.0	0.0		0.0
	Hayır (n=200)	n	21	8	96	25	39		11
		%	10.5	4.0	48.0	12.5	19.5		5.5
Hızlı solunumunun olmaması	Evet (n=4)	n	0	0	1	0	2	İstatistiksel analiz yapılamadı.*	
		%	0.0	0.0	25.0	0.0	50.0		25.0
	Hayır (n=204)	n	23	8	97	29	37		10
		%	11.3	3.9	47.6	14.2	18.1		4.9
Sırtına viks sürme	Evet (n=3)	n	0	0	1	0	2	İstatistiksel analiz yapılamadı.*	
		%	0.0	0.0	33.3	0.0	66.7		0.0
	Hayır (n=205)	n	23	8	97	29	37		11
		%	11.2	3.9	47.3	14.1	18.1		5.4

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Tablo 26: Çocukların Kusması Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.

Anne Eğitim Düzeyi		Okur yazar değil (n=23)	Okur yazar (n=8)	İlk okul (n=98)	Orta okul (n=29)	Lise (n=39)	Üniversite (n=11)	X ² , p	
									Yapılan Girişimler
Doktora götürme	Evet (n=141)	n	17	3	69	17	27	8	5.34, 0.38
		%	12.1	2.1	48.9	12.1	19.1	5.7	
	Hayır (n=67)	n	6	5	29	12	12	3	
		%	9.0	7.5	43.3	17.9	17.9	4.5	
Nane limon kaynatma	Evet (n=35)	n	3	1	22	6	3	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	8.6	2.9	62.8	17.1	8.6	0.0	
	Hayır (n=173)	n	20	7	76	23	36	11	
		%	11.6	4.0	43.9	13.3	20.8	6.4	
Sulu yiyecekler verme	Evet (n=23)	n	1	2	9	3	6	2	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	4.3	8.7	39.1	13.1	26.1	8.7	
	Hayır (n=185)	n	22	6	89	26	33	9	
		%	11.9	3.2	48.1	14.1	17.8	4.9	
Hiçbirşey yapmama	Evet (n=16)	n	4	1	9	2	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	25.0	6.3	56.2	12.5	0.0	0.0	
	Hayır (n=192)	n	19	7	89	27	39	11	
		%	9.9	3.6	46.4	14.1	20.3	5.7	
Kusmasının olmaması	Evet (n=31)	n	1	2	11	5	10	2	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	3.2	6.5	35.5	16.1	32.3	6.4	
	Hayır (n=177)	n	22	6	87	24	29	9	
		%	12.4	3.4	49.2	13.5	16.4	5.1	
Emedur fitil verme	Evet (n=2)	n	0	0	2	0	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı
		%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	23	8	96	29	39	11	
		%	11.2	3.9	46.6	14.1	18.9	5.3	
Yemesi için zorlamama	Evet (n=1)	n	0	0	1	0	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=207)	n	23	8	97	29	39	11	
		%	11.1	3.9	46.9	14.0	18.8	5.3	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Çekirdek aile tipine sahip çocukların kendi odalarında yatma (%80.0) ve kendine ait yatağa sahip olmama oranı (%82.3) diğer aile tiplerine göre daha yüksek bulundu (Tablo 27).

Tablo 27: Çocukların Evde Yattığı Yer ve Kendilerine Ait Yatağının Olma Durumunun Aile Tipine Göre Dağılımı.

Aile Tipi	Çekirdek Aile (n=159)		Geniş Aile (n=43)		Parçalanmış Aile (n=6)		X ² , p
	n	%	n	%	n	%	
Özellikler							
Çocuğun Yattığı Yer							İstatistiksel analiz yapılamadı.*
Kendi Odasında (n=25)	20	80.0	4	16.0	1	4.0	
Anne-baba ile Aynı Odada (n=164)	128	78.1	32	19.5	4	2.4	
Aile Büyükleri İle Aynı Odada (n=5)	2	40.0	3	60.0	0	0.0	
Kardeşleri İle Aynı Odada (n=14)	9	64.3	4	28.6	1	7.1	
Çocuğun Kendine Ait Yatağının Olma Durumu							İstatistiksel analiz yapılamadı.*
Var (n=67)	43	64.2	18	26.9	6	8.9	
Yok (n=141)	116	82.3	25	17.7	0	0.0	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Parçalanmış aile tipinde olan ailelerin yarısından çoğunun (%66.7) evinde sigara içildiği yine tamamının (%100) doktora danışmadan çocuğuna ilaç verdiği tespit edildi (Tablo 28).

Tablo 28: Evde Sigara İçme ve İlaç Verme Durumunun Aile Tipine Göre Dağılımı (n=208).

Aile tipi	Evde Sigara İçme Durumu				X ² , p	İlaç Verme Durumu				X ² , p
	İçiliyor (n=125)		İçilmiyor (n=83)			Veren (n=154)		Vermeyen (n=54)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Çekirdek Aile (n=159)	93	58.5	66	41.5	İstatistiksel analiz yapılamadı.*	115	72.3	44	27.7	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
Geniş Aile (n=43)	28	65.1	15	34.9		33	76.7	10	23.3	
Parçalanmış Aile (n=6)	4	66.7	2	33.3		6	100.0	0	0.0	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Çocukların öksürüğü olduğu zaman yapılan girişimlerden doktora götürme (%76.2), öksürük şurubu verme (%77.6), daha önceki reçeteyi kullanma (%66.2), viks ile sırtını ovma (%93.8), bol su verme (%64.3), ballı süt verme (%100.0), ıhlamur çayı içirme (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunu çekirdek aile tipine sahip aileler oluşturmakta idi (Tablo 29).

Çocukların burnu tıkanıdığı zaman yapılan girişimlerden burna serum fizyolojik damlatma (%78.3), doktora götürme (%73.4), burnu çöple açma (%100.0), burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme (%100.0), burnu puar ile temizleme (%100.0), burna süt koyma (%100.0) girişilerini yapan ailelerin çoğunluğunun çekirdek aile tipinde olduğu görüldü (Tablo 30).

Çocukların hızlı solunumu olduğu zaman yapılan girişimlerden doktora götürme (%76.5), yatarken sırtına destek koyma(%84.4), odasını sık sık havalandırma (%65.0), burnu tıkalı ise açma (%92.5), büyüklerine danışma (%66.7), sırtına viks sürme (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunu çekirdek aile tipine sahip aileler oluşturmakta idi (Tablo 31).

Çocukların kusması olduğu zaman doktora götürme (%78.7), nane-limon aynatma (%74.3), sulu yiyecekler verme (%73.9), emedur fitil verme (%100.0), yemek yememesi için zorlamama (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunun çekirdek aile tipinde olduğu görüldü (Tablo 32).

Tablo 29: Çocukların Öksürüğü Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.

Aile Tipi			Çekirdek Aile (n=159)	Geniş Aile (n=43)	Parçalanmış Aile (n=6)	X ² , p
Doktora götürme	Evet (n=172)	n	131	36	5	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	76.2	20.9	2.9	
	Hayır (n=36)	n	28	7	1	
		%	77.8	19.4	2.8	
Öksürük şurubu verme	Evet (n=85)	n	66	15	4	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	77.6	17.7	4.7	
	Hayır (n=123)	n	93	28	2	
		%	75.6	22.8	1.6	
Daha önceki reçeteyi kullanma	Evet (n=3)	n	2	1	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	66.7	33.3	0.0	
	Hayır (n=205)	n	157	42	6	
		%	76.6	20.5	2.9	
Viks ile sırtını ovma	Evet (n=16)	n	15	1	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	93.8	6.2	0.0	
	Hayır (n=192)	n	144	42	6	
		%	75.0	21.9	3.1	
Bol su verme	Evet (n=14)	n	9	5	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	64.3	35.7	0.0	
	Hayır (n=194)	n	150	38	6	
		%	77.3	19.6	3.1	
Ballı süt verme	Evet (n=2)	n	2	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	157	43	6	
		%	76.2	20.9	2.9	
İhlamur çayı içirme	Evet (n=3)	n	3	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=205)	n	156	43	6	
		%	76.1	21.0	2.9	
Öksürüğünün olmaması	Evet (n=2)	n	2	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	157	43	6	
		%	76.2	20.9	2.9	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Tablo 30: Çocukların Burnu Tıkandığı Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.

Aile Tipi			Çekirdek Aile (n=159)	Geniş Aile (n=43)	Parçalanmış Aile (n=6)	X ² , p
Burnuna Serum Fizyolojik damlatma	Evet (n=138)	n	108	26	4	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	78.3	18.8	2.9	
	Hayır (n=70)	n	51	17	2	
		%	72.9	24.3	2.8	
Doktora götürme	Evet (n=94)	n	69	22	3	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	73.4	23.4	3.2	
	Hayır (n=114)	n	90	21	3	
		%	78.9	18.4	2.7	
Burnunu çöple açma	Evet (n=7)	n	7	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=201)	n	152	43	6	
		%	75.6	21.4	3.0	
Burnunu kağıt mendille fitil yaparak temizleme	Evet (n=14)	n	12	2	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	85.7	14.3	0.0	
	Hayır (n=194)	n	147	41	6	
		%	75.8	21.1	3.1	
Burnunun tıkanmaması	Evet (n=1)	n	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=207)	n	158	43	6	
		%	76.3	20.8	2.9	
Hiçbirşey yapmama	Evet (n=2)	n	1	1	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	50.0	50.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	158	42	6	
		%	76.7	20.4	2.9	
Burnunu puar ile temizleme	Evet (n=5)	n	5	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=203)	n	154	43	6	
		%	75.9	21.2	2.9	
Burnuna süt koyma	Evet (n=1)	n	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=207)	n	158	43	6	
		%	76.3	20.8	2.9	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Tablo 31: Çocukların Hızlı Solunumu Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.

Aile Tipi			Çekirdek Aile (n=159)	Geniş Aile (n=43)	Parçalanmış Aile (n=6)	X ² , p
Doktora götürme	Evet (n=166)	n	127	39	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	76.5	23.5	0.0	
	Hayır (n=42)	n	32	4	6	
		%	76.2	9.5	14.3	
Yatarken sırtına destek koyma	Evet (n=32)	n	27	5	0	1.87, 0.39
		%	84.4	15.6	0.0	
	Hayır (n=176)	n	132	38	6	
		%	75.0	21.6	3.4	
Odasını sık sık havalandırma	Evet (n=40)	n	26	12	2	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	65,0	30,0	5,0	
	Hayır (n=168)	n	133	31	4	
		%	79.2	18.4	2.4	
Burnu tıkalı ise açma	Evet (n=40)	n	37	3	0	İstatistiksel analiz yapılamadı
		%	92.5	7.5	0.0	
	Hayır (n=168)	n	122	40	6	
		%	72.6	23.8	3.6	
Büyüklerime danışma	Evet (n=15)	n	10	2	3	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	66.7	13.3	20.0	
	Hayır (n=193)	n	149	41	3	
		%	77.2	21.2	1.6	
Hiçbirşey yapmama	Evet (n=8)	n	7	1	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	87.5	12.5	0.0	
	Hayır (n=200)	n	152	42	6	
		%	76.0	21.0	3.0	
Hızlı solunumunun olmaması	Evet (n=4)	n	4	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=204)	n	155	43	6	
		%	76.0	21.1	2.9	
Sırtına viks sürme	Evet (n=1)	n	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=207)	n	158	43	6	
		%	76.3	20.8	2.9	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

Tablo 32: Çocukların Kusması Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.

Aile Tipi			Çekirdek Aile (n=159)	Geniş Aile (n=43)	Parçalanmış Aile (n=6)	X ² , p
Doktora götüme	Evet (n=136)	n	107	29	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	78.7	21.3	0.0	
	Hayır (n=72)	n	52	14	6	
		%	72.2	19.4	8.4	
Nane-limon kaynatma	Evet (n=35)	n	26	6	3	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	74.3	17.1	8.6	
	Hayır (n=173)	n	133	37	3	
		%	76.9	21.4	1.7	
Sulu yiyecekler verme	Evet (n=23)	n	17	5	1	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	73.9	21.7	4.4	
	Hayır (n=185)	n	142	38	5	
		%	76.8	20.5	2.7	
Hiçbirşey yapmama	Evet (n=16)	n	13	3	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	81.2	18.8	0.0	
	Hayır (n=192)	n	146	40	6	
		%	76.0	20.9	3,1	
Kusmanın olmaması	Evet (n=31)	n	26	5	0	1.68, 0.43
		%	83.9	16.1	0.0	
	Hayır (n=177)	n	133	38	6	
		%	75.1	21.5	3.4	
Emedur fitil verme	Evet (n=2)	n	2	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=206)	n	157	43	6	
		%	76.2	20.9	2.9	
Yemek yemesi için zorlamama	Evet (n=1)	n	1	0	0	İstatistiksel analiz yapılamadı.*
		%	100.0	0.0	0.0	
	Hayır (n=207)	n	158	43	6	
		%	76.3	20.8	2.9	

* Hücrelerde %25'in üstünde 5 ve altında değer mevcut.

ANNELERE AİT ÖZELLİKLERİN SCL-90-R (SYMPTOM CHECK LİST-90-R=BELİRTİ TARAMA LİSTESİ)'NE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 30'da SCL-90-R'nin GSI, PST, PSDI ve alt ölçeklere göre puanlarının ortalama değerleri alınarak annelerin psikiyatrik belirtileri gözden geçirildi.

SCL-90-R'den alınan puanlara ve alt grup puanlarına bakıldığında somatizasyon (SOMA), depresyon (DEPR), kaygı ve ek maddeler (yeme ve uyku problemleri= YUP) 1 ve üstünde bulundu (Tablo 33).

Çalışmamızda annelerin GSI ortalamasının 0.94±0.54 olup alt ölçeklerden aldıkları ortalama değerlerin 0.50±0.49 ile 1.61±0.52 arasında değiştiği saptandı (Tablo 33).

Tablo 33: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanlar (n=208).

	Minimum	Maximum	Median	Ort±SD
SCL-90-R GSI	0.11	2.73	0.80	0.94±0.54
SCL-90-R PST	6.00	89.00	42.50	43.87±19.72
SCL-90-R PSDI	1.14	3.35	1.77	1.84±0.42
SCL-1 Somatizasyon	0.00	3.50	0.91	1.04±0.76
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.00	3.30	0.75	0.93±0.71
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.00	3.11	0.66	0.82±0.71
SCL-4 Depresyon	0.00	3.54	0.84	1.03±0.73
SCL-5 Kaygı	0.20	3.40	1.60	1.61±0.52
SCL-6 Düşmanlık	0.00	3.33	0.66	0.75±0.66
SCL-7 Fobik Kaygı	0.00	2.86	0.42	0.63±0.42
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.00	2.83	0.50	0.67±0.50
SCL-9 Psikotizm	0.00	2.50	0.30	0.50±0.49
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	0.00	3.71	1.00	1.03±0.73

Annelerin SCL-90-R den aldıkları puanlar ile çocuklarının cinsiyetleri karşılaştırıldığında; alt puanlardan düşmanlık alt grubu ile çocukların cinsiyeti arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Erkek çocuğa sahip annelerde düşmanlık (DÜŞMA) semptomunun daha fazla görüldüğü saptandı. Diğer alt gruplar ile çocukların cinsiyeti arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo34).

Annelerin SCL-90-R den aldıkları puanlar ile çocukların yaşları karşılaştırıldığında; alt puanlardan düşmanlık alt grubu ile çocukların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). 72 ay ve üstü çocuğa sahip annelerde düşmanlık semptomunun daha

fazla görüldüğü tespit edildi. Diğer alt gruplar ile çocukların yaşları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo35).

Tablo 34: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Çocukların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (n=208).

Çocukların Cinsiyeti	Erkek (n=118)	Kız (n=90)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	t*	p
SCL-90-R Alt Puanları				
SCL 90-R GSI	0.96±0.54	0.89±0.54	4849.00	0.28
SCL-90-R PST	45.44±19.58	41.82±19.82	4753.50	0.20
SCL-90-R PSDI	1.82±0.40	1.85±0.44	5300.00	0.98
SCL-1 Somatizasyon	1.06±0.76	1.01±0.77	5020.50	0.50
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.97±0.72	0.89±0.69	5000.50	0.47
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.87±0.73	0.77±0.69	4903.50	0.34
SCL-4 Depresyon	1.08±0.72	0.97±0.74	4771.00	0.21
SCL-5 Kaygı	1.61±0.48	1.61±0.57	5194.00	0.79
SCL-6 Düşmanlık	0.83±0.69	0.66±0.60	4460.50	0.05
SCL-7 Fobik Kaygı	0.64±0.54	0.62±0.57	5094.50	0.61
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.71±0.62	0.61±0.57	4798.50	0.23
SCL-9 Psikotizm	0.49±0.48	0.50±0.50	5302.50	0.99
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.09±0.77	0.94±0.66	4788.00	0.22

* Student T Testi

Tablo 35: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Çocukların Yaşlarına Göre Dağılımı (n=208).

Çocukların Yaşları	1-12 ay (n=105)	12-24 ay (n=58)	24-36 ay (n=19)	37- 48 ay (n=13)	49-72 ay (n=8)	72 ay ve üstü (n=5)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları								
SCL 90-R GSI	0.95±0.55	0.99±0.54	0.69±0.39	0.82±0.58	0.77±0.64	1.24±0.32	9.28	0.10
SCL-90-R PST	45.65±20.09	44.31±19.15	35.21±17.31	40.00±18.33	38.25±26.46	53.49±12.21	7.03	0.22
SCL-90-R PSDI	1.81±0.41	1.94±0.41	1.72±0.30	1.76±0.56	1.75±0.36	2.12±0.51	8.76	0.12
SCL-1 Somatizasyon	1.05±0.77	1.10±0.82	0.81±0.50	0.99±0.73	1.00±0.96	1.13±0.66	1.78	0.88
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.93±0.71	0.99±0.72	0.62±0.48	0.90±0.61	0.92±1.00	1.62±0.47	9.64	0.09
SCL3Kişilerarasıduyarlılık	0.86±0.71	0.91±0.78	0.56±0.56	0.58±0.57	0.56±0.77	1.08±0.49	7.98	0.16
SCL-4 Depresyon	1.04±0.70	1.12±0.77	0.75±0.56	1.02±1.01	0.71±0.66	1.33±0.55	7.49	0.19
SCL-5 Kaygı	1.62±0.54	1.72±0.44	1.47±0.48	1.41±0.70	1.33±0.45	1.78±0.54	8.74	0.12
SCL-6 Düşmanlık	0.84±0.73	0.74±0.57	0.40±0.41	0.60±0.62	0.47±0.52	1.33±0.40	15.17	0.01
SCL-7 Fobik Kaygı	0.65±0.58	0.62±0.55	0.58±0.50	0.47±0.45	0.58±0.71	0.85±0.30	3.87	0.57
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.71±0.62	0.74±0.64	0.37±0.41	0.46±0.37	0.52±0.61	0.90±0.25	10.57	0.06
SCL-9 Psikotizm	0.51±0.47	0.51±0.53	0.31±0.37	0.50±0.58	0.46±0.46	0.72±0.36	7.15	0.21
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.08±0.77	1.03±0.69	0.76±0.56	0.86±0.72	0.85±0.87	0.48±0.56	6.45	0.27

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin SCL-90-R den aldıkları puanlar ile annelerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 36).

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, ölçek alt gruplarından GSI ve PST, ölçek alt gruplarından depresyon, düşmanlık, fobik kaygı (FOKA) ve psikotizm (PSİK) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Ortaokul mezunu annelerin ölçek ve alt gruplarına ilişkin puanlarının yüksek olduğu tespit edildi. Diğer alt gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 37).

Tablo 36: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Annelerin Yaşlarına Göre Dağılımı (n=208).

Annelerin Yaşları	16-24 yaş (n=74)	25-34 yaş (n=102)	35-44 yaş (n=32)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları					
SCL 90-R GSI	0.92±0.47	0.94±0.56	0.91±0.61	0.28	0.87
SCL-90-R PST	43.60±17.57	45.29±21.02	39.96±20.18	1.73	0.42
SCL-90-R PSDI	1.84±0.39	1.82±0.43	1.93±0.43	1.85	0.40
SCL-1 Somatizasyon	1.01±0.71	1.05±0.78	1.06±0.84	0.05	0.97
SCL-2 Obsesif kompülsüf	0.81±0.62	0.97±0.72	1.08±0.82	2.79	0.25
SCL-3Kişilerarası duyarlılık	0.84±0.65	0.81±0.73	0.82±0.79	0.58	0.75
SCL-4 Depresyon	1.03±0.69	1.05±0.77	0.96±0.69	0.35	0.84
SCL-5 Kaygı	1.61±0.51	1.53±0.64	1.61±0.52	1.70	0.43
SCL-6 Düşmanlık	0.77±0.66	0.76±0.64	0.69 ±0.73	1.01	0.60
SCL-7 Fobik Kaygı	0.70±0.59	0.59±0.52	0.59±0.58	1.65	0.44
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.72±0.62	0.64±0.56	0.64±0.67	0.86	0.65
SCL-9 Psikotizm	0.43±0.38	0.55±0.53	0.46±0.54	2.58	0.28
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.01±0.66	1.07±0.78	0.94±0.75	0.59	0.75

*Tek yönlü ANOVA

Tablo 37: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n=208).

Annelerin Eğitim Durumu	Okuryazar değil (n=23)	Okuryazar (n=8)	İlkokul (n=98)	Ortaokul (n=29)	Lise (n=39)	Üniversite (n=11)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları								
SCL 90-R GSI	0.88±0.49	0.58±0.37	0.88±0.52	1.23±0.62	1.01±0.54	0.72±0.16	13.91	0.02
SCL-90-R PST	38.78±17.22	31.87±20.73	41.69±19.70	52.86±10.21	49.07±18.63	40.54±10.52	14.05	0.02
SCL-90-R PSDI	1.93±0.42	1.69±0.42	1.82±0.36	2.02±0.49	1.80 ±0.46	1.65±0.33	10.36	0.07
SCL-1 Somatizasyon	0.84±0.67	0.63±0.50	0.94±0.74	1.44±0.90	1.20±0.77	0.99±0.36	14.41	0.01
SCL-2 Obsesif kompülsif	0.82±0.61	0.46±0.34	0.85±0.74	1.24±0.76	1.13±0.67	0.73±0.22	15.35	0.08
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.86±0.84	0.34±0.46	0.83±0.72	1.05±0.73	0.82±0.65	0.49±0.40	9.68	0.09
SCL-4 Depresyon	1.01±0.68	0.59±0.38	0.93±0.69	1.47±0.92	1.10±0.71	0.86±0.37	12.27	0.03
SCL-5 Kaygı	1.64±0.52	1.40±0.52	1.60±0.47	1.75±0.53	1.62±0.62	1.40±0.49	5.63	0.34
SCL-6 Düşmanlık	0.73±0.72	0.39±0.40	0.64±0.53	1.20±0.92	0.84±0.66	0.56±0.34	12.39	0.03
SCL-7 Fobik Kaygı	0.59±0.43	0.35±0.26	0.65±0.58	0.91±0.69	0.56±0.49	0.27±0.26	12.61	0.03
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.72±0.65	0.47±0.42	0.61±0.58	0.94±0.71	0.71±0.59	0.33±0.27	9.83	0.08
SCL-9 Psikotizm	0.36±0.44	0.38±0.57	0.48±0.47	0.66±0.49	0.58±0.55	0.23±0.28	17.32	0.01
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	0.91±0.66	0.60±0.57	0.95±0.68	1.34±0.82	1.15±0.86	0.98±0.41	9.07	0.11

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar iş durumlarına göre karşılaştırıldığında, annelerin işinin olma durumu ile ölçek hesaplamalarından PSDI arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). İşi olmayan annelerin PSDI ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu. Diğer ölçek alt grupları ile annelerin iş durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 38).

Tablo 38: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Anne İş Durumlarına Göre Dağılımı.

Anne İş Durumları	Var (n=26)	Yok (n=182)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	t*	p
SCL-90-R Alt Puanları				
SCL 90-R GSI	0.93±0.59	0.93±0.53	2314.50	0.86
SCL-90-R PST	47.96±21.25	43.29±19.48	2049.00	0.27
SCL-90-R PSDI	1.70±0.49	1.86±0.40	1673.50	0.02
SCL-1 Somatizasyon	1.15±0.80	1.02±0.76	2127.50	0.41
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.97±0.64	0.93±0.72	2187.50	0.53
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.74±0.68	0.84±0.72	2188.50	0.54
SCL-4 Depresyon	1.07±0.75	1.02±0.73	2279.00	0.76
SCL-5 Kaygı	1.50±0.59	1.63±0.51	2105.00	0.36
SCL-6 Düşmanlık	0.73±0.60	0.76±0.67	2355.50	0.97
SCL-7 Fobik Kaygı	0.53±0.58	0.64±0.55	2000.00	0.20
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.68±0.59	0.68±0.59	2028.00	0.24
SCL-9 Psikotizm	0.56±0.60	0.49±0.47	2287.50	0.78
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.12±0.86	1.01±0.71	2253.50	0.69

* Student T Testi

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile babaların eğitim durumları karşılaştırıldığında ölçek hesaplamalarından PSDI, ölçek alt gruplarından somatizasyon, Obsesif kompulsif (OBKO), depresyon, düşmanlık, fobik kaygı ve psikotizm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Genel olarak eşleri ortaokul mezunu annelerin somatizasyon, depresyon, düşmanlık ve psikotizm boyutuna yönelik puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Diğer alt gruplar ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 39).

Tablo 39: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Babaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n=208).

Babaların Eğitim Durumu	Okuryazar değil (n= 9)	Okuryazar (n=9)	İlkokul (n=79)	Ortaokul (n=34)	Lise (n=57)	Üniversite (n=20)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F *	p
SCL-90-R Alt Puanları								
SCL 90-R GSI	0.72±0.51	0.80±0.42	0.89±0.51	1.04±0.64	0.98±0.53	0.92±0.51	13.91	0.02
SCL-90-R PST	32.55±16.06	38.00±18.26	42.10± 19.73	46.58±22.14	46.24±19.05	47.25±18.35	14.05	0.02
SCL-90-R PSDI	1.83±0.50	1.92±0.46	1.83±0.39	1.89±0.46	1.85±0.37	1.74±0.51	10.36	0.66
SCL-1 Somatizasyon	0.89±0.94	0.80±0.64	0.95±0.73	1.11±0.82	1.17±0.79	1.05±0.71	14.41	0.01
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.64±0.60	0.73±0.66	0.90±0.67	0.97±0.76	0.99±0.78	1.04±0.64	15.35	0.01
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.62±0.64	0.69±0.82	0.78±0.69	0.96±0.82	0.89±0.72	0.72±0.57	9.68	0.09
SCL-4 Depresyon	0.89±0.83	0.94±0.62	0.96±0.69	1.10±0.84	1.10±0.73	1.07±0.72	12.27	0.03
SCL-5 Kaygı	1.63±0.63	1.48±0.46	1.60±0.51	1.76±0.59	1.56±0.45	1.58±0.60	5.63	0.34
SCL-6 Düşmanlık	0.38±0.35	0.62±0.38	0.73±0.62	0.88±0.81	0.80±0.68	0.74±0.60	12.39	0.03
SCL-7 Fobik Kaygı	0.42±0.37	0.61±0.38	0.64±0.54	0.84±0.75	0.60±0.49	0.41±0.44	12.61	0.03
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.44±0.52	0.53±0.41	0.66±0.54	0.75±0.64	0.71±0.68	0.60±0.64	9.83	0.08
SCL-9 Psikotizm	0.14±0.12	0.52±0.56	0.47±0.46	0.63±0.62	0.49±0.44	0.52±0.49	17.32	0.01
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	0.71±0.65	0.84±0.64	0.96±0.67	1.10±0.88	1.13±0.70	1.12±0.82	9.07	0.11

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin SCL 90-R'den aldıkları puanlar ile babaların iş durumu karşılaştırıldığında. babaların işinin olma durumu ile ölçek hesaplamalarından PST, ölçek alt gruplarından obsesif kompulsif ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Eşleri bir işe sahip olan annelerin PST, obsesif kompulsif ve depresyon boyutuna yönelik puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Diğer alt boyutlar ile babaların iş durumları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 40).

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile Tekirdağ'ın yerlisi olma durumu arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 41).

Anneleri SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile oturdukları ev tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 42).

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile sahip oldukları çocuk sayısı arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte, beş ve üstü çocuğa sahip annelerde ölçek ve alt grup puanlarının daha fazla olduğu tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 43).

Tablo 40: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Babaların İş Durumlarına Göre Dağılımı (n=208).

Babaların İş Durumları	Var (n=178)	Yok (n=30)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	t*	p
SCL-90-R Alt Puanları				
SCL 90-R GSI	0.96±0.55	0.75±0.45	2079.50	0.05
SCL-90-R PST	45.12±19.91	36.46±17.02	2020.50	0.03
SCL-90-R PSDI	1.85±0.41	1.78±0.47	2322.00	0.25
SCL-1 Somatizasyon	1.07±0.77	0.85±0.72	2195.00	0.12
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.99±0.72	0.61±0.56	1783.00	0.00
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.85±0.72	0.67±0.66	2268.00	0.19
SCL-4 Depresyon	1.08±0.74	0.75±0.65	1923.50	0.01
SCL-5 Kaygı	1.62±0.52	1.53±0.49	2277.00	0.20
SCL-6 Düşmanlık	0.78±0.68	0.57±0.49	2247.00	0.16
SCL-7 Fobik Kaygı	0.63±0.55	0.60±0.57	2551.00	0.70
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.68±0.61	0.57±0.54	2379.50	0.34
SCL-9 Psikotizm	0.52±0.50	0.36±0.38	2125.00	0.07
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.06±0.74	0.83±0.62	2219.50	0.14

* Student T Testi

Tablo 41: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Tekirdağın Yerlisi Olma Durumuna Göre Dağılımı (n=208).

Tekirdağın Yerlisi Olma Durumu	Yerlisi (n=62)	Yerlisi Değil (n=146)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	t*	p
SCL-90-R Alt Puanları				
SCL 90-R GSI	0.90 ±0.54	0.94 ±0.54	4377.50	0.71
SCL-90-R PST	42.58±19.68	44.42±19.78	4294.50	0.56
SCL-90-R PSDI	1.85±0.43	1.84±0.41	4435.50	0.82
SCL-1 Somatizasyon	1.08±0.81	1.02± 0.75	4387.00	0.73
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.87±0.72	0.96±0.70	4139.50	0.33
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.78±0.76	0.84±0.69	4132.50	0.32
SCL-4 Depresyon	0.98±0.70	1.05±0.75	4283.00	0.54
SCL-5 Kaygı	1.63±0.58	1.60 ±0.49	4421.50	0.79
SCL-6 Düşmanlık	0.79 ±0.72	0.74±0.63	4396.50	0.74
SCL-7 Fobik Kaygı	0.59±0.52	0.65±0.57	4361.50	0.68
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.59±0.60	0.70±0.60	3953.00	0.15
SCL-9 Psikotizm	0.45±0.47	0.51±0.49	4154.50	0.35
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	0.98 ±0.68	1.05±0.75	4390.50	0.73

*Student T Testi

Tablo 42: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Ev Tipine Göre Dağılımı (n=208).

Ev Tipi	Müstakil Ev (n=52)	Apartman Katı (n=113)	Bodrum Katı (n=12)	Gecekondu (n=31)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları						
SCL 90-R GSI	1.00±0.55	0.94±0.53	0.82±0.68	0.83±0.46	3.11	0.37
SCL-90-R PST	44.90±20.68	45.74±19.68	37.50±24.26	37.80±14.95	5.99	0.11
SCL-90-R PSDI	1.94±0.42	1.79±0.38	1.82±0.42	1.90±0.50	4.49	0.21
SCL-1 Somatizasyon	1.04±0.76	1.07±0.74	0.95±1.12	0.94±0.71	2.36	0.50
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.96±0.71	1.00±0.71	0.74±0.78	0.74±0.65	6.01	0.11
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.91±0.72	0.83±0.73	0.59±0.60	0.74±0.64	2.33	0.51
SCL-4 Depresyon	1.12±0.80	1.04±0.68	0.83±0.75	0.91±0.77	3.31	0.35
SCL-5 Kaygı	1.64±0.53	1.59 ±0.52	1.49±0.49	1.69±0.50	2.42	0.49
SCL-6 Düşmanlık	0.87±0.69	0.73±0.65	0.63±0.69	0.68±0.60	3.04	0.39
SCL-7 Fobik Kaygı	0.64±0.57	0.60±0.53	0.88±0.81	0.61±0.50	1.57	0.67
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.77±0.63	0.65±0.60	0.62±0.67	0.58±0.51	2.29	0.51
SCL-9 Psikotizm	0.62±0.51	0.49±0.49	0.44±0.55	0.34±0.35	7.43	0.06
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.14±0.68	1.04±0.73	0.90±1.06	0.83±0.65	4.69	0.20

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 43: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (n=208).

Çocuk Sayısı	Bir Çocuk (n=94)	İki çocuk (n=81)	Üç çocuk (n=20)	Dört çocuk (n=7)	Beş çocuk ve üstü (n=6)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları							
SCL 90-R GSI	0.96 ±0.49	0.95±0.58	0.81±0.50	0.61±0.47	1.00±0.79	4.74	0.32
SCL-90-R PST	45.52±18.21	44.85±20.59	36.50±18.03	31.57±21.36	43.83±29.45	6.37	0.17
SCL-90-R PSDI	1.85±0.40	1.83±0.43	1.89±0.43	1.75±0.42	1.89±0.48	0.81	0.94
SCL-1 Somatizasyon	1.07±0.70	1.02±0.78	1.05±0.89	0.64 ±0.50	1.18±1.26	2.44	0.66
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.91 ±0.68	1.00±0.72	0.73±0.63	0.74±0.80	1.25±1.04	3.97	0.41
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.84±0.68	0.86±0.76	0.65±0.63	0.60±0.86	0.83±0.79	2.91	0.57
SCL-4 Depresyon	1.08±0.69	1.06±0.79	0.81±0.63	0.50±0.53	1.10±0.98	7.78	0.10
SCL-5 Kaygı	1.66±0.50	1.62±0.54	1.56±0.46	1.17±0.37	1.45±0.72	8.22	0.08
SCL-6 Düşmanlık	0.81±0.66	0.75±0.62	0.57±0.51	0.47±0.66	0.94±1.28	4.41	0.35
SCL-7 Fobik Kaygı	0.67±0.58	0.59±0.51	0.68±0.67	0.53±0.44	0.47±0.50	1.23	0.87
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.67±0.58	0.74±0.65	0.44±0.53	0.38±0.38	0.83±0.57	7.62	0.11
SCL-9 Psicotizm	0.49±0.47	0.52±0.52	0.45±0.43	0.22±0.23	0.66±0.60	3.35	0.50
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.06 ±0.63	1.06±0.80	0.82±0.87	0.81±0.67	0.95±0.86	3.85	0.43

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile hasta olan çocuğun çocuk sıralamasındaki yeri karşılaştırıldığında, ölçek ve alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte, beşinci ve daha sonraki çocuğu hastalanan annelerde kaygı ve fobik kaygı haricindeki ölçek puanlarının diğer gruplardaki puanlardan yüksek olduğu tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 44).

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile maddi durum karşılaştırıldığında, ölçek alt gruplarından fobik kaygı ile maddi durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Maddi durumu çok iyi olan annelerin ölçek ve alt gruplara ilişkin ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 45).

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile aile tipi karşılaştırıldığında aile tipi ile fobik kaygı ve psikotizm arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). Geniş aile tipine sahip annelerde puanların daha yüksek olduğu bulundu. Diğer alt gruplar ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 46).

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile evde sigara içme durumu karşılaştırıldığında, evde sigara içme durumu ile ölçek hesaplamalarından GSI ve PST, ölçek alt gruplarından somatizasyon, obsesif kompulsif, depresyon, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm, yeme ve uyku problemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Evde sigara içilen annelerin ölçek ve alt gruplarına ilişkin bütün ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 47).

SCL-90-R'nin tüm alt ölçekleri, birbirleriyle ve genel göstergelerle yüksek değerlere varan ve anlamlı korelasyonlar gösterdi. Korelasyonların 0.94 ile 0.31 değerleri arasında değiştiği görüldü. Böylece ölçeğin alt ölçeklerinin birbirleriyle aynı yönde ve çok benzer nitelikleri ölçtüğü tespit edildi (Tablo 48).

Tablo 44: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Aile İçindeki Çocuk Sıralamasına Göre Dağılımı (n=208).

Hastalanan Çocuk Kaçınıcı Çocuk	Birinci çocuk (n=102)	İkinci çocuk (n=78)	Üçüncü çocuk (n=16)	Dördüncü çocuk (n=7)	Beşinci ve daha sonraki çocuk (n=5)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları							
SCL 90-R GSI	0.94±0.50	0.94±0.59	0.83±0.42	0.72 ±0.63	1.14±0.80	2.40	0.66
SCL-90-R PST	45.20±18.91	43.70±20.01	39.25±17.71	33.71±25.11	48.40±30.45	3.40	0.49
SCL-90-R PSDI	1.83±0.39	1.84±0.45	1.88±0.39	1.83±0.42	1.99±0.16	1.03	0.91
SCL-1 Somatizasyon	1.03±0.70	1.06±0.83	1.02±0.68	0.75±0.71	1.41±1.25	1.44	0.84
SCL-2 Obsesif kompulsif	0.90±0.67	0.99±0.73	0.79±0.64	0.77±0.83	1.42±1.07	3.13	0.54
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.84±0.67	0.82±0.74	0.76±0.67	0.74 ±1.02	0.93±0.84	1.25	0.87
SCL-4 Depresyon	1.06±0.70	1.04±0.78	0.87±0.62	0.65±0.72	1.30±0.94	4.11	0.39
SCL-5 Kaygı	1.64±0.50	1.62±0.54	1.63±0.47	1.15±0.34	1.48±0.80	7.01	0.14
SCL-6 Düşmanlık	0.79±0.66	0.71±0.59	0.59±0.37	0.76 ±1.07	1.10±1.37	1.60	0.81
SCL-7 Fobik Kaygı	0.66±0.57	0.60±0.57	0.63±0.45	0.65±0.52	0.57±0.49	1.23	0.87
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.68±0.58	0.72±0.65	0.36±0.35	0.50±0.52	0.86±0.63	5.93	0.20
SCL-9 Psikotizm	0.49±0.47	0.52±0.52	0.43±0.43	0.32±0.43	0.74±0.64	2.51	0.64
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.04±0.65	1.05±0.83	0.86±0.74	0.85±0.73	1.14±0.81	1.48	0.83

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 45: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Sosyoekonomik Duruma Göre Dağılımı (n=208).

Sosyoekonomik Durum	Çok iyi (n=3)	İyi (n=43)	Orta (n=131)	Kötü (n=22)	Çok kötü (n=9)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları							
SCL 90-R GSI	1.50±0.80	0.90±0.39	0.91±0.55	1.02±0.63	1.00±0.55	3.16	0.53
SCL-90-R PST	50.33±16.07	46.11±17.48	42.96±20.66	44.45± 19.60	42.77±19.72	1.60	0.81
SCL-90-R PSDI	2.56±0.71	1.74±0.34	1.83±0.41	1.93±0.46	1.98±0.44	8.53	0.07
SCL-1 Somatizasyon	1.47±1.13	0.99±0.55	1.03±0.76	1.11±1.03	1.12±0.93	0.79	0.94
SCL-2 Obsesif kompulsif	1.30±0.85	1.00±0.62	0.90±0.74	0.88±0.71	1.04±0.67	3.09	0.54
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	1.11±0.50	0.82±0.65	0.80±0.72	0.87±0.84	1.03±0.70	2.36	0.67
SCL-4 Depresyon	1.82±1.54	0.98±0.52	0.99±0.74	1.12±0.82	1.31±0.91	2.63	0.62
SCL-5 Kaygı	2.16±0.90	1.51±0.44	1.58±0.51	1.86±0.51	1.76±0.63	7.72	0.10
SCL-6 Düşmanlık	1.38±0.75	0.77±0.52	0.73±0.70	0.86±0.64	0.53±0.56	6.01	0.20
SCL-7 Fobik Kaygı	1.38±0.50	0.46±0.40	0.62±0.54	0.93±0.77	0.55±0.43	10.94	0.03
SCL-8 Paranoid Düşünce	1.00±.60	0.59±0.45	0.66±0.63	0.75±0.62	0.92±0.75	2.95	0.57
SCL-9 Psicotizm	1.30±0.75	0.45±0.38	0.50±0.50	0.56±0.52	0.21±0.21	9.48	0.05
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.76±0.45	1.13±0.58	0.98±0.73	1.03±0.89	1.03±0.90	5.96	0.20

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 46: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Aile Tipine Göre Dağılımı (n=208).

Aile Tipi	Çekirdek Aile (n=159)	Geniş Aile (n=439)	Parçalanmış Aile (n=6)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	F*	p
SCL-90-R Alt Puanları					
SCL 90-R GSI	0.93+0.55	1.00+0.47	0.54+0.30	5.58	0.06
SCL-90-R PST	43.30+19.81	47.88+19.44	30.33+12.35	5.19	0.08
SCL-90-R PSDI	1.85+0.43	1.85+0.36	1.54+0.32	4.12	0.13
SCL-1 Somatizasyon	1.04+0.79	1.09+0.68	0.45+0.48	5.29	0.07
SCL-2 Obsesif kompülsüf	0.94+0.73	0.99+0.63	0.43+0.27	4.18	0.12
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.79+0.72	0.97+0.69	0.55+0.51	3.68	0.16
SCL-4 Depresyon	1.02+0.76	1.11+0.64	0.52+0.42	4.85	0.09
SCL-5 Kaygı	1.62+0.52	1.58+0.49	1.61+0.77	0.13	0.94
SCL-6 Düşmanlık	0.77+0.69	0.76+0.51	0.25+0.31	5.22	0.07
SCL-7 Fobik Kaygı	0.62+0.56	0.73+0.52	0.28+0.43	6.87	0.03
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.64+0.62	0.79+0.55	0.50+0.43	4.20	0.12
SCL-9 Psikotizm	0.48+0.49	0.60+0.49	0.15+0.13	7.34	0.03
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.03+0.76	1.12+0.62	0.42+0.33	5.66	0.06

*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 47: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Evde Sigara İçme Durumuna Göre dağılımı (n=208).

Evde Sigara İçme Durumu	Var (n=83)	Yok (n=125)	İstatistiksel Anlamlılık	
	Ort±SD	Ort±SD	t*	p
SCL-90-R Alt Puanları				
SCL 90-R GSI	1.01 ±0.55	0.80±0.49	3971.00	0.00
SCL-90-R PST	47.28±20.33	38.74±17.67	3878.50	0.00
SCL-90-R PSDI	1.87±0.43	1.80±0.39	4777.00	0.33
SCL-1 Somatizasyon	1.16±0.81	0.86±0.65	4057.00	0.01
SCL-2 Obsesif kompülsif	1.07±0.71	0.73±0.65	3606.50	0.00
SCL-3 Kişilerarası duyarlılık	0.89±0.72	0.73±0.69	4489.00	0.10
SCL-4 Depresyon	1.14±0.75	0.86±0.49	4051.00	0.01
SCL-5 Kaygı	1.62±0.54	1.59±0.49	4931.50	0.55
SCL-6 Düşmanlık	0.83±0.68	0.64±0.61	4242.00	0.03
SCL-7 Fobik Kaygı	0.69±0.59	0.53±0.49	4347.00	0.05
SCL-8 Paranoid Düşünce	0.75±0.63	0.55±0.53	4261.50	0.03
SCL-9 Psikotizm	0.54±0.49	0.42±0.47	4322.50	0.04
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	1.14±0.74	0.86±0.69	3976.00	0.00

* Student T Testi

Tablo 48: SCL-90-R Genel Gösterge ve Alt Ölçeklerinin Karşılıklı Korelasyonları (n=208).

		GSI	PST	PSDI	SOMA	OBKO	KADU	DEPR	KAYGI	DÜŞMA	FOKA	PADÜ	PSİK	YUP
GSI	r	1.00												
	p	-												
PST	r	0.94**	1.00											
	p	0.00	-											
PSDI	r	0.66**	0.38**	1.00										
	p	0.00	0.00	-										
SOMA	r	0.85**	0.78**	0.60**	1.00									
	p	0.00	0.00	0.00	-									
OBKO	r	0.88**	0.87**	0.50**	0.74**	1.00								
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	-								
KADU	r	0.86	0.86**	0.45**	0.63**	0.74	1.00							
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00							
DEPR	r	0.92**	0.88**	0.58	0.73	0.84**	0.80**	1.00						
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-						
KAYGI	r	0.55**	0.42**	0.56**	0.45**	0.34**	0.35**	0.43**	1.00					
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-					
DÜŞMA	r	0.79**	0.74	0.53**	0.62	0.70**	0.66**	0.71**	0.34**	1.00				
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-				
FOKA	r	0.73**	0.66**	0.53**	0.57**	0.58**	0.67**	0.67**	0.31**	0.61**	1.00			
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-			
PADÜ	r	0.78	0.79**	0.41**	0.58**	0.67**	0.77**	0.69**	0.36**	0.65**	0.55**	1.00		
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-		
PSİK	r	0.79	0.80	0.40**	0.61**	0.67**	0.71**	0.70**	0.40**	0.62**	0.59**	0.67**	1.00	
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	
YUP	r	0.84**	0.78**	0.58**	0.71	0.75**	0.66**	0.75**	0.41**	0.65**	0.57	0.61**	0.65**	1.00
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-

** p<0.001

TARTIŞMA

Bu araştırma annelerin, pnömoni enfeksiyonu geçiren 0-6 yaş arasındaki çocuklarına hastaneye gelmeden önce evde yaptığı girişim ve uygulamaları belirlemek ve içinde buldukları zorlanma düzeylerini tespit etmek amacıyla planlandı.

Çalışma, elde edilecek sonuçların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere ve ailelere verilecek eğitimde rehber olması amacıyla, Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk Servisinde pnömoni tanısı ile yatırılan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinden, raslantısal örnekleme yöntemi ile belirlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 208 anne ile gerçekleştirildi.

Türkiyede pnömonili çocuklarda aileleri tarafından evde uygulanan girişimlere ve annelerin zorlanma düzeylerine yönelik çalışmalara az sayıda raslanmaktadır. Bu nedenle çalışma sınırlı sayıda kaynakla yapıldı.

Tartışma;

*Sosyo-demografik özellikler,

*Hastalığa ilişkin yapılan uygulamalar,

*Zorlanma düzeyini etkileyen faktörler olmak üzere üç grup altında incelendi.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmada çocukların yarısından çoğunu (%56.7) erkek ve yarısını (%50.5) 1-12 ay arasında çocuklar oluşturmakta idi (Tablo 7). Benzer şekilde Uyan ve arkadaşlarının (5) çalışmasında olguların % 61.4'ünün, Ersoy ve arkadaşlarının (60) çalışmasında ise % 54,8'inin erkek çocuklar olduğu tespit edilmiştir. Literatürde pnömoninin erkek ve küçük yaş grubunda daha çok görüldüğü belirtilmektedir (2,34).

Anne yaşı ve annenin eğitim durumu pnömone zemin hazırlayan risk faktörleri arasında yer almaktadır (2). Bu çalışmada annelerin %84.6'sı 16-34 yaş arası olup yaş ortalaması 27.54 ± 5.91 olarak bulundu. Çalışmada annelerin %47.1'i ilkököl mezunu ve %87.5'inin bir işi yok (ev hanımı) idi. Babaların %38'i ilkököl mezunu iken, %9,6'si üniversite mezunu ve %85.6'sının da bir işi var idi (Tablo 8).

Çocuklar erişkinlere göre yaşamlarının daha büyük bir kısmını evde geçirdikleri ve ev havasındaki zehirli gazlar sokağa göre çok daha yoğun olduğu için erişkinlere göre daha çok risk altında kabul edilmektedir (3). Bu araştırmada da pnömone çocuğu olan ailelerin büyük çoğunluğu (%81.3) evinde ısınma aracı olarak soba kullanılmakta idi (Tablo 9).

Literatürde pnömoninin yoksul kesimde daha çok görüldüğü belirtilmektedir (2,34). Çalışma grubunun çoğunluğu (%76,4) çekirdek aile tipinde idi ve ailelerin %63'ü ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğunu ifade etti (Tablo 10). Saç'ın çalışmasında da (46) olguların %73,3'ünün sosyo-ekonomik seviyesinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Fazla kardeş sayısı, kalabalık yaşam pnömone risk faktörleri arasında yer almaktadır (34). Araştırma grubundaki ailelerde ortalama çocuk sayısı 1.79 ± 0.95 (min:1, max:6) ve araştırma grubunun yarıya yakını (%49.0) ilk çocuk idi (Tablo 11). Uyan ve arkadaşlarının (5) çalışmasında ortalama çocuk sayısı 2.65 ± 0.20 olarak, Yalım'ın çalışmasında (61) % 32.2'sinin ilk çocuk olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada annelerin ifadelerine göre ailelerin yarısından çoğunun (%60.1) evinde sigara içilmekte idi (Tablo 11). Saç ve arkadaşlarının (46) yapmış olduğu çalışmada pnömone olgularda pasif sigara içimi %38.3 bulunmuştur. Arvas ve arkadaşlarının (47) yapmış olduğu çalışmada da evlerinde sigara içilen çocuklarda sigara içilmeyenlere göre ASYE anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Literatürde çevresel sigara dumanına maruz kalmanın çocuklarda pnömone zemin hazırladığı belirtilmektedir (13,25,34,62).

Çalışmada çocukların %88'nin odalarını diğer aile fertleri ile paylaşmak zorunda olduğu tespit edildi (Tablo 11). Literatürde kalabalık ortamda yaşama pnömone bulaşma riskini arttırdığı bilinmektedir (2,13,38).

DSÖ'ye göre, Dünyada gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerinin 1/5'i aşı ile önlenebilir hastalıklardan meydana gelmektedir. Aşı ile korunabilir hastalıklardan ölümlerin engellenmesi amacıyla Genişletilmiş Bağışıklama Programı 1981 yılından itibaren ülkemizde uygulanmaya başlamıştır. Bu çalışmada ailelerin neredeyse tamamına yakını (%95.2) aşı kartı olduğunu ifade etti (Tablo 12). Celasin'in (63) araştırmasında da benzer şekilde annelerin büyük çoğunluğunun (%81) aşı kartı olduğu tespit edilmiştir. Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada çocukların %67.2'sinin aşı kartı olduğu tespit edilmiştir (64). Bu çalışmada "Rutin Aşı Takvimine" uyan aşılama durumuna baktığımızda %90,2'sinin karma aşı ile aşılandığı, % 79,5'inin ise kızamık aşısı ile aşılandığı tespit edildi (Tablo 12). Yalım'ın (61) çalışmasında %47.1'inin karma aşı ile, % 14.9'unun kızamık aşısı ile aşılandığı görülmüştür. Bir araştırmada kızamık aşılama oranının fazla olması ikincil bakteriyel pnömonilerin azalmasında önemli rol oynayacağı ifade edilmektedir (3). Ersoy'un çalışmasında (60) pnömoni komplikasyonu gelişen çocukların %61,2'sine kızamık aşısı yaptırılmamıştı. Tepebaşılı ve arkadaşlarının (50) yapmış olduğu araştırmada pnömoni tanısıyla hastaneye yatırılan çocukların %34.2'sinde, Ersoy ve arkadaşlarının (60) çalışmasında ise %70,2'sinde kızamık komplikasyonu olarak pnömoni gelişmiştir

HASTALIĞA İLİŞKİN YAPILAN UYGULAMALAR

Bu araştırmada annelerin %74.0'ünün çocuklarını tedavi etmek amacıyla doktora danışmadan ilaç verdiği görüldü. Verilen ilaçlar arasında %35.1 ile antipiretikler birinci sırada, %32.2 ile öksürük şurubu ikinci sıradadır (Tablo13). Yalım'ın (61) çalışmasında annelerin %94.2'si antipiretik, %23.8'i antibiyotik kullanmıştır. Kurçer ve arkadaşlarının (65) araştırmasında, Şanlıurfa il merkezinde eczanelere pnömoni belirtileriyle gelen kurgusal hastaya eczane personelinin yaklaşık dörtte üçünün hekime yönlendirmeden tedavi verdiği, tamamına yakını gereksiz etken madde önerdiği ve önerilen antibiyotiklerin amacına uygunsuz olduğu belirlenmiştir. Gereksiz ilaç kullanımının bazı hastalıkları maskeleyebileceği göz önüne alındığında hemşirelerin yapacakları sağlık eğitiminin nedenli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık eğitiminde hemşirelerin aileye öğreteceği olumlu davranışlardan biri de bu husus olmalıdır.

Annelerin çocuklarının hastalandıklarını belirlemede % 31.6'sı öksürüğü %26.4'ü ateşi, %14.4'ü hızlı solunumu kriter olarak ele almışlar idi. Annelerin pnömonide hastalık belirtilerini tanımlarken özellikle ateş ve öksürük üzerinde durduğu, en önemli belirti olan hızlı solunumun iyi tanınmadığı veya hiç bilinmediği görüldü (Tablo 14). Yalım'ın (61)

çalışmasında da benzer şekilde hızlı solunum öksürük ve ateşten sonra görülen üçüncü kriter olarak bulunmuştur. Bu da son yıllarda ülkemizde yapılan Akut Solunum Yolu İnfeksiyonlarını önlemeye yönelik faaliyetlerin daha etkin hale getirilmesi gerektiğini düşündürmektedir (2,17).

Annelerin kendi ifadelerine göre büyük çoğunluğunun (%60.6) derece okumayı bildiği tespit edildi (Tablo14). Esenay ve arkadaşlarının (66) çalışmasında da annelerin annelerin büyük çoğunluğu (%78), N. Celasin'in (63) çalışmasında ise annelerin %50,8'inin derece okumayı bildiği tespit edilmiştir.

Annelerin % 88,7'sinin ateş ölçme yeri olarak koltuk altından derece ölçümü yaparak ateş ölçtüğü tespit edildi (Tablo 14).Yapılan birçok araştırma bunu desteklemektedir. Dalkıran'ın (67) çalışmasında annelerin %67,4'ü, Celasin'in (63) araştırmasında %84,2'si, Esenay ve arkadaşlarının (66) çalışmasında %96'sı koltuk altından derece ölçümü yaparak yüksek ateşi takip etmişlerdir.

Çalışmada aksillar ve raktal yollarla derece ölçümü yapan annelerin büyük çoğunluğunun (sırasıyla %72.9, %63.7) yüksek ateş sınırını bilmediği tespit edildi (Tablo14). Esenay ve arkadaşlarının (66) çalışmasında da annelerin %61.4'ünün yüksek ateş sınırını bilmediği tespit edilmiştir. Dalkıran'ın (67) çalışmasında bu oran %51.6 olarak bulunmuştur.

Ateşin dokunma yolu ile tespit edilmesi, yanlış algılamalara yol açabilmesi ve objektif bir sonuç yansıtmaması nedeniyle güvenli bir yol olarak kabul edilmemektedir (68). Araştırmada annelerin %58.9'u alın ve göğse dokunarak ateşi belirlediğini belirtti (Tablo 15). N. Celasinin (63) araştırmasında bu oran yüksektir. Annelerin %77.2'si çocuklarının cildine dokunarak yüksek ateşi belirlediği bulunmuştur.

Anneler çocukları ateşlendiğinde ateşi düşürmek için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardı. Yapılan ilk girişimler sırasıyla doktor önerisi olmadan ateş düşürücü ilaç verme (%38,0) ve soğuk uygulama yapma (%25.0) idi (Tablo 15). Demir ve arkadaşlarının (69) araştırmasında da benzer şekilde annelerin %34.8'i doktor önerisi olmadan ateş düşürücü ilaç vermişlerdir. Dalkıran'ın (67) çalışmasında annelerin %31.2'si ateş düşürücü ilaç vermiş, %65.6'sı periferik soğutma yapmıştır. Celasin'in (63) çalışmasında ise annelerin %83.1'inin ateş düşürücü ilaç verdiği, %60.2'sinin ılık duş aldırıldığı, %56.7'sinin ılık uygulama yaptığını tespit etmiştir. Esenay ve arkadaşlarının (66) çalışmasında ise annelerin %28.9'u ateş düşürücü ilaç vermiştir.

Araştırmalarda anne sütünün bebekleri birçok hastalıktan koruduğu ve anne sütünün pnömoniden korunma da önemli bir etken olduğu bildirilmektedir (2,34). Bu araştırmada çocuklarını emziren annelerin, büyük çoğunluğunun (%65.2) ateşlenme durumunda

emzirmeye devam ettiği, çocuklarına su verdiği (%79.3) tespit edildi (Tablo 15). Celasin'in (63) araştırmasında da benzer şekilde annelerin %81.1'i ateşli çocuğa su içirmenin önemli olduğunu belirtmiştir.

Çocukların öksürüğü, hızlı solunumu ve kusması olduğu zaman, annelerin yarısından çoğu çocuğunu doktora götürdüğünü ifade etti (sırasıyla %57.9, % 55.0, %56.6) (Tablo 16). Çakır ve arkadaşlarının (70) yaptığı çalışmada da benzer şekilde anneler çocuklarının hızlı soluk verme, dudakların morarması halinde çocuğunu doktora götürdüğünü belirtmiştir.

Çocukların burnu tıkanıdığı zaman annelerin yarısından çoğunun (%52.7) çocuğun burnuna serum fizyolojik damlattığı bulundu. Yalım'ın (61) çalışmasında da benzer sonuç (%59.1) bulunmuştur (Tablo 16).

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça evde sigara içme durumunda artma olduğu tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 17). Gülbayrak ve arkadaşlarının (71) araştırmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe sigara içimi artmaktadır. Bu da eğitim düzeyi yükseldikçe kadınlarda ekonomik özgürlük ve sosyokültürel cinsiyet rolüne ait bazı özelliklerin kişinin yaşamında daha etkili olması ile bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim düzeyleri ortaokul ve üstü olan grupta %100'e yakın bir aşı kartı tutma davranışı saptandı (Tablo 18). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2003 verilerine göre, annesi hiç eğitim görmemiş çocuklar arasında tam aşılı olanların oranı %26 iken, anneleri en az lise eğitimi görmüş çocuklar arasında ise %69'dur (72).

Ortaokul (%96.2) ve üstü (lise %94.7, üniversite %90.9) eğitime sahip annelerin karma aşı aşılama oranlarının yüksek olduğu tespit edildi. Yine lise (%88.9) ve üniversite (%75.0) mezunu annelerin kızamık aşısı aşılama oranlarının da yüksek olduğu tespit edildi (Tablo19). Yiğitalp ve arkadaşlarının (73) araştırmasında çocukların aşılama oranları üzerinde eğitim düzeyinin anlamlı derecede etkisi olduğu gözlenmiştir. Kurçer ve arkadaşlarının (64) çalışmasında okuryazar olmayan anneler, okuma yazma bilen ve ilkokul mezunu annelere göre anlamlı düzeyde daha az çocuklarını aşılatmış bulunmuştur.

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarına evde ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı fakat okur yazar olan annelerin ilaç kullanma oranının (%87,5) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 20). Yalım'ın (61) çalışmasında da bu çalışma ile benzer sonuç elde edilmiştir.

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça, derece okumayı bilmeme düzeyi azalmaktadır. Okur yazar olmayan annelerde derece okumayı bilenlerin oranı %8.7 iken üniversite mezunu annelerde bu oran %90.9 seviyesinde idi ($p<0.05$) (Tablo 20). Dalkıran'ın (67) araştırmasında da anne eğitim düzeyi arttıkça ateş bilincinin arttığı tespit edilmiştir.

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının ateşlenme durumunda emzirmeye devam etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı, fakat üniversite mezunu annelerin büyük çoğunluğunun (%87.5) emzirmeye devam ettiği tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 21). Dalgıç ve arkadaşlarının (74) araştırmasında da benzer şekilde annelerin eğitim düzeyi arttıkça annelerin emzirmeyle ilgili doğru yanıt verme sıklığının arttığı tespit edilmiştir.

Çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile çocukları ateşlendiğinde yapılan girişimlerden doktor danışmadan ilaç verme, soğuk uygulama yapma ve doktora götüreme girişimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 22). Çan'ın (75) çalışmasında eğitim düzeyi ile yapılan girişimler arasında anlamlılık olmasa da, eğitilmiş annelerin ateş durumunda yapılacak girişimleri daha iyi bildiği saptanmıştır.

Çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının öksürüğü olduğu zaman yaptıkları girişimler arasında da anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 23). Yalım'ın (61) araştırmasında anne eğitim düzeyi ile yapılan uygulamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmada anne eğitim düzeyi ile, çocukların burnu tıkanıp olduğu zaman yapılan girişimler arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 24). Yalım'ın (61) çalışmasında da benzer şekilde fark bulunmamıştır.

Annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının hızlı solunumu olduğu zaman yapılan, burnu tıkalı ise açma girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 25). Anne eğitim düzeyi arttıkça yapılan uygulamaların doğruluğu artmakta idi. Yalım'ın (61) araştırmasında annelerin eğitim düzeyi ile yapılan uygulamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmada annelerin eğitim düzeyi ile çocuklarının kusması olduğu zaman yapılan girişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 26). Yalım'ın (61) araştırmasında da annelerin eğitim düzeyi ile yapılan uygulamalar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Pnömonide bulaş, damlacık enfeksiyonu yoluyla olur. Aynı yatakta yatma enfekte damlacıkların inhalasyonu ile oluşan doğrudan geçişi artırır (2). Bu çalışmada da çekirdek aile tipine sahip ailelerin çocuklarının kendine ait yatağa sahip olmama oranı (%82.3) diğer aile tiplerine göre daha fazla idi ($p<0.05$) (Tablo 27).

Parçalanmış aile tipinde olan ailelerin yarısından çoğunun (%66.7) evinde sigara içildiği yine tamamının (%100) doktora danışmadan çocuğuna ilaç verdiği tespit edildi (Tablo 28). Çocukların öksürüğü olduğu zaman yapılan girişimlerden doktora götürme (76.2), öksürük

şurubu verme (%77.6), daha önceki reçeteyi kullanma (%66.2), viks ile sırtını ovma (%93.8), bol su verme (%64.3), ballı süt verme (%100.0), ıhlamur çayı içirme (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğu çekirdek aile tipinde idi (Tablo 29). Yalım'ın (61) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çocukların burnu tıkanıdığı zaman yapılan girişimlerden burna serum fizyolojik damlatma (%78.3), doktora götürme (%73.4), burnu çöple açma (%100.0), burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme (%100.0), burnu par ile temizleme (%100.0), burna süt koyma (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunun çekirdek aile tipinde olduğu görüldü (Tablo 30). Yalım'ın (61) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çocukların hızlı solunumu olduğu zaman yapılan girişimlerden doktora götürme (%76.5), yatarken sırtına destek koyma (%84.4), odasını sık sık havalandırma (%65.0), burnu tıkalı ise açma (%92.5), büyüklerine danışma (%66.7), hiçbirşey yapmama (%87.5), sırtına viks sürme (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunu çekirdek aile tipine sahip aileler oluşturmakta idi (Tablo 31). Yalım'ın (61) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çocukların kusması olduğu zaman doktora götürme (78.7), nane-limon kaynatma (%74.3), sulu yiyecekler verme (%73.9), emedur fitil verme (%100.0), yemek yememesi için zorlamama (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunun çekirdek aile tipinde olduğu görüldü (Tablo 32). Yalım'ın (61) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

ZORLANMA DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çalışmaya katılan annelerin SCL-90-R Belirti Tarama Listesinden aldıkları genel puan 0.94 olarak bulundu (Tablo 33). $0.94 < 1$ olduğundan psikopatoloji düşündürmemektedir. Altan ve arkadaşlarının (76) romatoid artritli hastalarda yapmış olduğu araştırmada genel puan 0.90 bulunmuştur. Yine Durat'ın (77) gebe kadınlarda yapmış olduğu araştırmasında bu puan 0.88'dir. Bu araştırmada 0.94'lük puanın azımsanmayacak boyutta olduğu kesim puanına yaklaştığı için annelerin psikopatoloji boyutuna yaklaştığını düşündürmektedir.

Alt grup puanlarına bakıldığında somatizasyon, depresyon, kaygı, yeme ve uyku problemleri 1 ve üstünde bulundu ve psikolojik belirti tespit edildi (Tablo 33). Öztürk ve arkadaşlarının (78) hemofilili çocuk annelerine yapmış olduğu araştırmada da benzer şekilde somatizasyon, depresyon, kaygı boyutlarına yönelik ortalamaların 1'in üstünde olduğu tespit edilmiştir. Durat da (77) araştırmasında benzer şekilde somatizasyon alt grup panını 1'in üstünde bulmuştur. Altan ve arkadaşları da (76) romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığını fazla bulmuşlardır.

Araştırmada erkek çocuğa ve 72 ay (5 yaş) ve üstü çocuğa sahip annelerde düşmanlık semptomunun daha fazla görüldüğü saptandı ($p < 0.05$) (Tablo34,35). Bu sonuç erkek çocukların ailede ve toplumumuzda daha çok önemsenmesi nedeniyle, annelerde psikolojik belirtilerin daha fazla görülebileceğini düşündürmektedir. Yılmaz'ın (79) araştırmasında geleneksel toplumlarda kadınların doğurganlığı ölçüsünde değer görmekte olduğu ve erkek çocuğu doğurmayanların hor görülmekte olduğunu belirtilmiştir. Erkan ve arkadaşlarının (80) çalışmasında anneler hem erkek hem kız çocuklarına aynı oranda kabul ve red davranışında bulunmuşlardır.

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile annelerin yaşları karşılaştırıldığında; alt puanlar ile annelerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 36). Aydemirin (81) araştırmasında da benzer şekilde annelerin yaş dağılımları ile depresyon arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Araştırmada annelerin eğitim durumları ile ölçek hesaplamalarından GSI ve PST, ölçek alt gruplarından somatizasyon, depresyon, düşmanlık ve fobik kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Ortaokul mezunu annelerin ölçek ve alt gruplarına ilişkin puanlarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 37). Eğitim düzeyin düşüklüğü ile ruhsal bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki belirleyici bir sosyoekonomik değişken olarak öne çıkmaktadır (82). Çilli ve arkadaşlarının (83) yapmış olduğu araştırmada da ortaokul mezunu annelerde kişiler arası duyarlılık ve somatizasyon puanları yüksek

öğrenimli annelerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Özcan ve arkadaşlarının (84) araştırmasında benzer şekilde yaygın anksiyete bozukluğunun eğitim düzeyi düşük olanlarda daha çok görüldüğü saptanmıştır. Kayahan ve arkadaşlarının (84) yapmış olduğu araştırmada da depresif belirtileri olan ve depresyon tanısı konmuş kadınların büyük çoğunluğunun (%72,8) düşük eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Araştırmada işi olmayan annelerin PSDI ortalamasının daha yüksek olduğu bulunması dikkat çekicidir. İşli olmayan annelerin kendilerinde algıladıkları belirtilerin ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 38). Literatürde işin, özellikle erişkin yaşam döneminde öz-yeterlilik ve öz-saygı gibi benliği düzenleyen işlevlerle kendini gerçekleştirme için olanaklara sahip olunabilecek toplumsal yapı arasında önemli bir köprü oluşturması nedeniyle ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. Ev hanımlarının sıklıkla hayatları tekdüze olan, çocuklarla ve ev işleriyle devamlı ilgilenmeleri gereken, çalışan kadınlara göre sosyal çevreleri daha sınırlı sayıda olan kişilerden oluştuğu, çalışan kadınların ise daha bağımsız davranabildiği, para kazandığı, toplumda daha fazla takdir gördüğü ifade edilmektedir (82). Çilli ve arkadaşlarının (83) çalışmasında da benzer şekilde ev hanımlarında psikolojik belirti şiddetleri daha yüksek bulunmuştur. Özcan ve arkadaşlarının (85) yapmış olduğu araştırmada yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alanların büyük bir çoğunluğunun ev hanımı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile babaların eğitim durumları karşılaştırıldığında PSDI, somatizasyon, obsesif kompulsif, depresyon, düşmanlık, fobik kaygı, ve psikotizm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Genel olarak eşleri ortaokul mezunu annelerin somatizasyon, depresyon, düşmanlık, psikotizm boyutuna yönelik puanlamaların, diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 39). Nur ve arkadaşlarının (86) yapmış olduğu araştırmada da, eş eğitim düzeyi üniversite altında olan kadınlardaki depresyon prevalansı eş eğitim düzeyi üniversite olan kadınlara göre 2.21 kat daha fazla bulunmuştur.

Annelerin SCL 90-R'den aldıkları puanlar ile babanın iş durumu arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Eşleri bir işe sahip olan annelerin PST, obsesif kompulsif ve depresyon boyutuna yönelik puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 40). Nur ve arkadaşlarının (86) araştırmasında eşlerinden yeteri kadar ilgi görmediğini ifade eden kadınlarda postnatal depresyon prevalansının 2.73 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Dindar'ın (87) yapmış olduğu araştırmada farklı olarak eşleri çalışmayan annelerin doğum sonrası depresyon puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum eşleri çalışan

annelere daha çok sorumluluk düştüğü ve gerekli desteği eşlerinden göremediğini düşündürmektedir.

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile Tekirdağ'ın yerlisi olma durumu ve ev tipi karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (sırasıyla Tablo 41, 42). Kaya'nın (82) araştırmasında ise, ekonomik nedenlerle gerçekteşen göç nedeniyle depresyonun ortaya çıkışı ve yaygınlığının artacağı belirtilmiştir.

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile sahip oldukları çocuk sayısı karşılaştırıldığında, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte beş ve üstü çocuğa sahip annelerde ölçek ve alt grup puanlarının daha fazla olduğu tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 43). Kayahan ve arkadaşlarının (84) çalışmasında ise psikiyatrik görüşme yapılan kadınların büyük çoğunluğunun iki veya daha fazla çocuğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Çilli ve arkadaşlarının (83) araştırmasında da çocuk sayısının bazı psikolojik belirtilerin daha yüksek bulunmasında etkili olduğu saptanmıştır. Sahip olunan çocuk sayısının artması; annenin fiziksel, ekonomik, ruhsal açıdan yükünün artması anlamına gelmektedir. Bu durum, annenin ruhsal belirti durumunda artışa neden oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Annelerin SCL-90-R'den aldıkları puanlar ile hasta olan çocuğun çocuk sıralamasındaki yeri karşılaştırıldığında ölçek ve alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte beşinci ve daha sonraki çocuğu hastalanan çocukların annelerinde kaygı ve fobik kaygı haricindeki ölçek puanlarının diğer gruplardaki puanlardan yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 44). Kayahan ve arkadaşlarının (84) araştırmasında küçük çocuğa sahip olan annelerde depresyonun daha fazla görüldüğu saptanmıştır.

Sosyo-ekonomik durumu çok iyi olan annelerin fobik kaygı düzeyi diğer gruplara göre yüksek idi ($p<0.05$) (Tablo 45). Erdoğdu ve arkadaşları (88) yapmış olduğu çalışmada sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kişilerin kaygılarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bangladeş'te kentsel toplumda yapılan bir çalışmada somataform, duygudurum ve uyku bozukluklarının en yaygın görülen ruhsal bozukluklar olduğu bildirilmiştir. Kadınların erkeklere göre daha yüksek yaygınlık oranları gösterdiği bildirilmektedir. Bu çalışmada depresyonu da içeren ruhsal bozuklukların zengin toplum kesimlerinde daha yüksek oranda görüldüğu tespit edilmiştir (79). Özcan ve arkadaşlarının (85) yapmış olduğu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğunun gelir düzeyi ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Dindar'ın (87) yapmış olduğu çalışmada ise ekonomik durumunu kötü olarak ifade eden annelerin doğum sonrası depresyon puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Geniş aile tipine sahip annelerin fobik kaygı ve psikotizm punalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 46). Çilli ve arkadaşlarının (83) çalışmasında da evde kalan kişi sayısının bazı psikolojik belirtilerin yüksek bulunmasında etkili olduğu saptanmıştır. Aydemirin (81) yapmış olduğu araştırmada ise aile tipi dağılımı ile annelerde doğum sonrası depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır.

Çalışmada evinde sigara içilen annelerin GSI, PST, depresyon, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm, yeme ve uyku problemleri ve obsesif kompulsif arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Evinde sigara içilen ya da kendisi sigara içen annelerde psikolojik belirtilerin daha fazla görüldüğü tespit edildi (Tablo 47). Bu da ailelerin stresle baş etme yöntemi olarak sağlıksız bir yol olan sigara içmeyi kullandıklarını düşündürmektedir. Yaşan ve arkadaşlarının (89) araştırmasında benzer şekilde sigara içen bireylerde kaygı, obsesif kompulsif, depresyon, psikotizm ortalama toplam puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada SCL-90-R'nin tüm alt ölçekleri birbirleriyle ve genel göstergelerle yüksek değerlere varan ve anlamlı korelasyonlar gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 48). Korelasyonların 0.94 ile 0.31 değerleri arasında değiştiği bulundu. Dağ'ın (54) SCL-90-R'nin güvenilirlik, geçerlik araştırmasında da alt ölçekler birbirleriyle ve genel göstergelerle anlamlı korelasyonlar göstermiş ve 0.91 ile 0.31 değerleri arasında değişmiştir. Böylece ölçeğin alt ölçekleri birbirleriyle aynı yönde ve çok benzer nitelikleri ölçtüğü tespit edildi .

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Tekirdağ Devlet Hastanesinde annelerin pnömoni enfeksiyonu geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarına hastaneye getirmeden önce evde yaptıkları girişimleri ve içinde buldukları zorlanma düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bu araştırma sonuçları şöyle sıralanabilir:

Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler

Çalışma grubumuzdaki çocukların aylara göre yaş ortalamasının 16.89 ± 16.75 ay (min: 1ay, max:76 ay), yarısından çoğunun (%56.7) erkek ve yarısının (%50.5) 1-12 ay arasında olduğu,

Annelerin yaş ortalamasının 27.53 ± 5.91 (min:16, max:44), yarıya yakını (%49.0) 24-34 yaş grubunda ve ilkokul mezunu (%47.1), çoğunluğunun (%87.5) ev hanımı olduğu,

Ailelerin yarısından çoğunun (%54.3) apartman katında oturduğu,

Çalışma grubunun büyük çoğunluğunun (%76.4) çekirdek aile tipinde olduğu ve ekonomik durumlarını “orta düzeyde” (%63,0) ifade ettiği bulundu.

Hastalığa İlişkin Yapılan Uygulamalar

Annelerin neredeyse tamamına yakınının (%95.2) çocuklarının aşı kartı olduğu, büyük çoğunluğunun (%74) çocukları hastalandığında tedavi etmek amacıyla evde ilaç verdiği,

Annelerin çocuklarının hasta olduğunu belirlemedeki kriterleri arasında, öksürük

(% 31.6) ve ateşin (%26.4) ilk iki sırada olduğu,

Annelerin kendi ifadelerine göre büyük çoğunluğunun (%60.6) derece okumayı bildiği ve koltuk altından (% 88.7) derece ölçümü yaptığı,

Çalışmada aksillar yolla derece ölçümü yapan annelerin büyük çoğunluğunun (%72.9) yüksek ateş sınırını bilmediği,

Anneler çocuklarının ateşini belirlemede hem gözlemsel (%31.2) hem dokusal (%58.9) yöntemleri kullandığı,

Çocuklarını emziren annelerin, büyük çoğunluğunun (%65.2) ateşlenme durumunda emzirmeye devam ettiği, çocuklarına su verdiği (%79.3),

Çocukları ateşlendiği zaman annelerin %88.5'i çocuklarını soğuk tutacak uygulamalar yaptığı,

Çocukların öksürüğü, hızlı solunumu ve kusması olduğu zaman, annelerin yarısından çoğu çocuğunu doktora götürdüğü (sırasıyla % 57.9, %55.0, % 56.6),

Çocukların burnu tıkanıdığı zaman ise annelerin yarısından çoğunun (%52.7) çocuğunun burnuna serum fizyolojik damlattığı,

Ortaokul ve üstü eğitimi olan annelerin evinde sigara içme oranının yüksek olduğu,

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça, derece okumayı bilme düzeyinin arttığı,

Doktora danışmadan ilaç veren annelerin çoğunun (%46.7) ilkokul mezunu olduğu,

Çekirdek aile tipine sahip olan ailelerdeki çocukların kendine ait yatağa sahip olma oranının (%64.2) daha fazla olduğu,

Parçalanmış aile tipinde olan ailelerin yarısından çoğunun (%66.7) evinde sigara içildiği yine tamamının (%100) doktora danışmadan çocuğuna ilaç verdiği,

Çocukların öksürüğü olduğu zaman yapılan girişimlerden doktora götürme (%76.2), öksürük şurubu verme (%77.6), daha önceki reçeteyi kullanma (%66.2), viks ile sırtını ovma (%93.8), bol su verme (%64.3), ballı süt verme (%100.0), ıhlamur çayı içirme (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunun çekirdek aile tipine sahip olduğu,

Çocukların burnu tıkanıdığı zaman yapılan girişimlerden burna serum fizyolojik damlatma (%78.3), doktora götürme (%73.4), burnu çöple açma (%100.0), burnu kağıt mendille fitil yaparak temizleme (%100.0), burnu puar ile temizleme (%100.0), burna süt koyma (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunun yine çekirdek aile tipine sahip olduğu,

Çocukların hızlı solunumu olduğu zaman yapılan girişimlerden doktora götürme (%76.5), yatarken sırtına destek koyma(%84.4), odasını sık sık havalandırma (%65.0), burnu

tıkalı ise açma (%92.5), büyüklerine danışma (%66.7), sırtına viks sürme (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin de çoğunluğunun çekirdek aile tipine sahip aileler olduğu,

Çocukların kusması olduğu zaman doktora götürme (%78.7), nane-limon aynatma (%74.3), sulu yiyecekler verme (%73.9), emedur fitil verme (%100.0), yemek yememesi için zorlamama (%100.0) girişimlerini yapan ailelerin çoğunluğunun yine çekirdek aile tipinde olduğu tespit edildi.

Zorlanma Düzeyini Etkileyen Faktörler

SCL-90-R'ye göre, GSI ortalaması 0.94 ± 0.54 olup $GSI < 1$ psikopatoloji tespit edilmedi. Ölçek alt gruplarından somatizasyon, depresyon, kaygı, yeme ve uyku problemleri boyutlarında psikopatoloji saptandı.

Erkek çocuğa, 72 ay ve üstü çocuğa sahip annelerde düşmanlık semptomunun daha fazla olduğu,

Ortaokul eğitim alan annelerde GSI, PST, PSDI, depresyon, düşmanlık, fobik kaygı, psikotizm puanları daha yüksek olduğu,

İşi olmayan annelerin PSDI puanının daha yüksek olduğu,

Eşleri ortaokul mezunu annelerin somatizasyon, obsesif kompulsif, depresyon, düşmanlık, psikotizm puanlarının daha yüksek olduğu,

Eşleri bir işe sahip olan annelerin PST, obsesif kompulsif ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu,

Beş ve üstü çocuğa sahip annelerde ölçek ve alt grup puanlarının daha yüksek olduğu,

Maddi durumu çok iyi olan annelerin fobik kaygı puanlarının daha yüksek olduğu,

Geniş aile tipine sahip annelerin, fobik kaygı ve psikotizm puanlarının daha yüksek olduğu,

Evinde sigara içilen annelerin GSI, PST, depresyon, düşmanlık, fobik-kaygı, paranoid düşünce, psikotizm, yeme ve uyku problemleri puanlarının yüksek olduğu,

Korelasyonların 0.94 ile 0.31 değerleri arasında değiştiği,

Çalışmanın Sınırlılıkları

Annelerle yapılan görüşmeler sırasında, çocuğun hastanede tedavisinin devam ediyor olması,

Hasta odasında bulunan diğer hasta ve hasta yakınları, çalışmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

ÖNERİLER

Bu sonuçlar ve sınırlılıklar çerçevesinde öneriler;

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri özellikle risk altındaki ailelere (okuryazar oranı ve sosyoekonomik durumu düşük, göç bölgesi ve gecekondu semti, sosyodemografik açıdan olumsuz koşullarda bulunanlar) ağırlık verilmek üzere tüm ailelere DSÖ'nün değerlendirmeleri göz önünde bulundurularak, pnömoniden korunma yolları ve belirtileri konusunda ve ikinci basamakta görev yapan hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri de hastaneler de annelere yüksek ateş ve pnömonili çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda sağlık eğitimi vermelidirler.

Aşıların yaygınlığı arttırılmalı ve RSV aşısının rutin aşı takvimine eklenmesi için çalışmalar başlatılmalıdır.

Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarını önlemeye yönelik faaliyetlerin daha etkin hale getirilmesi sağlanmalıdır.

Çocuğu hastaneye yatan annelerde psikopatolojiyi etkileyen faktörler değerlendirilmeli ve psikopatolojik bulgu tespit edilenlerin uzman kişilere yönlendirilerek profesyonel yardım almaları sağlanmalıdır.

Hasta çocuğu olan annelerin zorlanma düzeyi ile ilgili araştırmalar yaygınlaştırılmalı ve annelere başetme yöntemleri öğretilmelidir.

**TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ ÇOCUK KLİNİĞİNE PNÖMONİ
TANISI İLE YATIRILAN ÇOCUKLARA HASTANEYE
YATIRILMADAN ÖNCE EVDE YAPILAN GİRİŞİMLER VE
ANNELERİN İÇİNDE BULUNDUĞU ZORLANMA DÜZEYİ**

ÖZET

Araştırma grubunun yaş ortalaması 27.53 ± 5.91 , yarıya yakını (%49.0) 24-34 yaş grubunda ve ilkokul mezunu (%47.1) olan, herhangi bir işte çalışmayan(%87.5), ekonomik durumlarını “orta” olarak ifade eden (%63.0) ve çekirdek aile tipinde olan (76.4) anneler oluşturdu.

Çalışma grubumuzdaki çocukların aylara göre yaş ortalaması 16.89 ± 16.75 , yarısından çoğu (%56.7) erkek ve grubun yarısı (%50.5) 1-12 ay arasında tespit edildi.

Annelerin neredeyse tamamına yakınının (%95.2) çocuklarının aşı kartı olduğu, büyük çoğunluğunun (%74) çocukları hastalandığında tedavi etmek amacıyla evde ilaç verdiği, çocuklarının hasta olduğunu belirlemedeki kriterleri arasında, öksürük (% 31.6) ve ateşin (%26,4) ilk iki sırada yer aldığı, kendi ifadelerine göre büyük çoğunluğunun (% 60.6) derece okumayı bildiği ve % 88.7’sinin ateş ölçme yeri olarak koltuk altından derece ölçümü yaptığı, aksillar yolla derece ölçümü yapan annelerin büyük çoğunluğunun (%72.9) yüksek ateş sınırını bilmediği tespit edildi.

Annelerin büyük çoğunluğunun (%65.2) ateşlenme durumunda emzirmeye devam ettiği, çocuklarına su verdiği (%79.3), çocukları ateşlendiği zaman çocuklarını soğuk tutacak uygulamalar yaptığı (%88,5), çocukların öksürüğü, hızlı solunumu ve kusması olduğu zaman, yarısından çoğu çocuğunu doktora götürdüğünü (sırasıyla % 57.9, %55.0, % 56.6),

çocukların burnu tıkanıdığı zaman ise yarısından çoğu (%52.7) çocuğun burnuna serum fizyolojik damlattığı bulundu.

Ortaokul ve üstü eğitimi olan annelerin evinde sigara içme oranının diğer gruba göre daha yüksek olduğu, annelerin eğitimi düzeyi arttıkça derece okumayı bilme düzeyinin arttığı, ilkokul mezunu annelerin doktora danışmadan çocuğa ilaç verme, öksürüğü olduğunda bol sıvı verme, hızlı solunumu olan çocuğun sırtına destek koyma uygulamalarını diğer gruplara göre daha fazla oranlarda uyguladıkları bulundu.

Çekirdek aile tipine sahip olan ailelerdeki çocukların kendine ait yatağa sahip olmama oranının diğer gruba göre daha fazla (%64.2) olduğu, burnu tıkalı ise açtım diyen annelerin neredeyse tamamına yakınının (%92.5) ve aile büyüklerime danıştım diyen annelerin büyük çoğunluğunun (%66.7) da çekirdek aile tipinde olduğu tespit edildi.

Bu çalışmada, ölçeğin kesim puanı olarak GSI =1.0 puanı baz alındı. GSI ortalaması 0.94 ± 0.54 olup $GSI < 1$ psikopatoloji olmadığı tespit edildi. Ölçek alt grup puanlarından somatizasyon, depresyon, kaygı, yeme ve uyku problemlerinin ölçek kesim puanının üstünde olduğu belirlendi.

Bu araştırmada erkek çocuğa ve 72 ay ve üstü çocuğa sahip annelerin düşmanlık puanının, ortaokul mezunu annelerin GSI, PST, PSDI, depresyon, fobik kaygı, düşmanlık, psikotizm puanlarının, işi olmayan annelerin PSDI puanlarının, eşleri ortaokul mezunu annelerin somatizasyon, depresyon, düşmanlık, psikotizm boyutuna yönelik puanlarının, eşleri bir işe sahip olan annelerin PST, obsesif kompulsif ve depresyon boyutuna yönelik puanlarının, yüksek olduğu tespit edildi ($p < 0.05$).

SL-90-R'nin genel gösterge ve alt ölçeklerinin korelasyonlarının 0.94 ile 0.31 değerleri arasında değiştiği görüldü.

Anahtar Sözcükler: Çocuklarda Pnömoni, Evde Bakım, Belirti Tarama Listesi.

**TREATMENTS APPLIED TO THE CHILDREN AT HOME BEFORE
THEY WERE HOSPITALIZED WITH THE DIAGNOSIS OF
PNEUMONIA TO TEKIRDAG STATE HOSPITAL AND THE STRAIN
LEVEL OF THE MOTHERS**

SUMMARY

The sample group consists of the mothers with the average age of 27.53 ± 5.91 who are primary school graduates (%47.1), unemployed (%87.5), and describe their economic level as middle (%63.0) and can be described (%76.4) as nuclear family.

The sample group consists of children, more than half of whom (%56.7) are male and half of them (%50.5) are 1–12 month of age.

Nearly all of the children (%95.2) have vaccination card and great majority of mothers (%74) give medicine to their children when they are ill, major symptoms which are used for diagnosis are cough (%31.6), and temperature (%26.4). According to their own statements, great majority of the mothers (%60.6) know how to measure temperature and %88,7 of them uses the armpit to measure temperature, and the majority of them (%72.9) doesn't know the threshold of high fever.

Great majority of the mothers (%65.2) continue breastfeed their children, they give water (%79.3), and they apply cold when their children have high fever (88.5). When their children cough, have tachypnea and nausea, they take their children to the doctor (%57.9, %55.0, %56.6). When they become stuffy, they apply normal saline (%52.7).

The rate of smoking among the secondary school graduate mothers is relatively higher than the other group. As the level of the education increases, the number of the mothers who can read the temperature increases too. The primary school graduate mothers are more likely

to give medicine without doctor's prescription, in case of caught they give plenty of water, and in case of tachypnea they put something to the back of the children for support.

It has been ascertained that the rate of the children who have their own bed is higher in the nuclear family (%64.2), almost all of the mothers (92.5) who says I have opened the nostril, the majority (%66,7) of the mothers who says I have consulted family elders belongs to the nuclear family.

GSI=1 was taken as the mean. The mean score was 0.94 ± 0.54 , and it has been decided that there is no psycho-pathology. Among the below scale score group the problems of somatization, depression, eating disorders and sleep disorders have been detected above the average.

In this research, it has been established that the adversariness score of the mothers, who have children over the age of 72 months, the GSI, PST, PSDI, depression, phobic anxiety, animosity, psychotic scores of the secondary school graduate mothers, PSDI scores of the unemployed mothers, somatization, depression, animosity, and psychotic scores of the mothers who have secondary school graduate husbands, and PST, obsessive compulsive and depression scores of the mothers whose husbands are employed, are high.

The general indicator of SL-90-R and the correlation rate of the subscale are between 0.94 and 0.31.

Key Words: Pneumonia in children, Home Care, Symptom Check List.

KAYNAKLAR

1. Doğan M. Aspirasyon Pnömoni Tanısıyla Yatırılan 1-24 Ay Arası Çocukların Çeşitli Yönlerden İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği; 2007.
2. Kocabaş E, Yalçın E, Akın L, Cengiz AB, Göçmen A, Gür D ve ark. Çocukluk Çağında Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi 2002; 3(3):19-27.
3. Velipaşaoğlu S, Çocukluk Çağı Bakteriyel Pnömonilerinden Korunma. Ankem 2004; 18(2):62-64.
4. Yeğin O, Velipaşaoğlu S, Günseren F. Toplumsal Kaynaklı Çocukluk Çağı Pnömonilerine Genel Yaklaşım. Ankem 2004; 18(2):60-61.
5. Uyan AP, Yılmaz E, Akpınar S, Yeşildal N, Gözükkara A. Çocukluk Çağında Pnömoni. Klinik Pediatri 2003; 12:19-24.
6. WHO Mortality Rates 2002. <http://www.who.int/documents>.
7. WHO Weekly Epidemiological Record, 2007; 82: 94-104.
8. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C. Lancet ID 2002; 2(1):25-32.
9. Usluer G, Leblebicioğlu H, Ünal S. Aşılama ve Profilaksi El Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Kitabevi, 2005: 183-197.
10. UNICEF/DSÖ, Pneumonia: The Forgotten Killer of Children, 2006.
11. Harmancı K. Çocuklarda Tekrarlayan Pnömonilerin Altta Yatan Nedenleri. Klinik Pediatri 2005; 4(11):11-16.
12. Osborn M, DeWitt G, First LR, Zenel JA (Çeviri: M. Yurdakök). Pediatri Cilt 1. Ankara: Güneş Kitabevi Öncü Basımevi; 2007:803-810.
13. Ünüvar E. Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları. Klinik Çocuk Forumu 2007; 7(1):21-24.
14. Kuyucu N. Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Tedavisi. Gözdaşoğlu S, Yavuz G, Suskan E, Uysal Z, Ünal E, Ekim M (Ed.) 41. Türk Pediatri Kongresi; 2005 Haziran 21-25; Ankara: 2005.
15. Örün E, Yalçın S, Yurdakök K. Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu İle Getirilen Çocuklara Dünya Sağlık Örgütü Kriterlerine Göre Hekim Yaklaşımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50(1):16-24.
16. T.C. Hükümeti-UNICEF 2001-2005 İşbirliği Programı. Türkiye’de Çocuk ve

- Kadınların Durumu Raporu. Aralık 2000: 103-85.
17. Öztekin Z, Toprak O, Ay M, Akyol U, Çırakoğlu B, Kanpolat Y ve ark. Tübitak Vizyon 2023 Teknoloji Öngörüsü Projesi Sağlık ve İlaç Paneli Sağlık Hizmetleri Alt Grubu.
 18. WHO Mortality Country Fact Sheet 2006 – Turkey.
http://www.pnomokok.com/haberler_pnomokok_hastaliklari.ppt
 19. Camcıoğlu Y. Tekrarlayan Alt Solunumu Olan Çocuğa Yaklaşım. Türkiye Klinikleri 2007; 3(2):73-75.
 20. Akçakaya N. Pnömonilerde Akılcı Antibiyotik Kullanımı. Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri 2002; Sempozyum Dizisi No:33: 35-39.
 21. Tekeli E, Çevik MA. İnfeksiyon Hastalıkları El Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2003: 242-250.
 22. Yalçın E, Kiper N. Çocukluk Çağı Pnömonileri. Hacettepe Tıp Dergisi 2001; 32(2): 108-113.
 23. Behrman R, Kliegman RM. Infections Caused by Streptococcus Pneumoniae. Nelson Essentials of Pediatrics. W. B. Saunders Company; 2002: p.412-414.
 24. Ağaoğlu L, Anak S, Apak MY, Aydın N, Aydoğan Ü, Başaran S ve ark. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2003: 388-392.
 25. Boztaş G, Aslan D, Bilir N. Çevresel Sigara Dumanından Etkilenim ve Çocuklar. Sted 2006; 25(6):75-78.
 26. Akalın E, Akgün Y, Akhan SA, Akova M, Aktaş F, Alper D (Çeviri: A. Willke Topçu, G. Söyletir, M. Doğanay). İnfeksiyon Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 1996: 373-390.
 27. Tanır G, Aytekin C. Çocuklarda Alt solunum Yolu Enfeksiyonları. Sted 2001; 10(10): 382-386.
 28. Arısoy ES. Virüs Nedenli Atipik Pnömoniler. Türkiye Klinikleri 2007; 3(2):64-72.
 29. Hacımustafaoğlu M. RSV İnfeksiyonları. Ankem 2006; 20(2):240-247.
 30. Atay N, Pişkin İE. Akut Bronşiyolit Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007; 55(2):213-220.
 31. Renels MB, Baker CJ, Baltimore RS, Bernstein HH, Bocchini JA, Brady MT et al. (Çeviri: M. Ceyhan, İ.Yıldırım). Red Book. İstanbul: Sigma Publishing; 2007: 455-458, 520-584.
 32. Ceyhan M. Pnömonokok Enfeksiyonları ve Aşılama. Türkiye Klinikleri 2007; 3(2):77-80.
 33. Azap A, Altunsoy A, Memikoğlu KM, Balık İ. Solunum Sistemi İnfeksiyonlarından

- İzole Edilen Pnömonokok Suşlarının Çeşitli Antibiyotiklere Duyarlılıklar Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Mecmuası 2004; 57(2):63-67.
34. Arvas A. Konjuge Pnömonokok Aşısı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2007; No:59:35-38.
35. Pediatri Infect Disease 1993;12: 389-394.
36. Çeltik C, Okutan Ö. Çocukluk Çağı Pnömonilerinde Ayaktan Tedavi. Sted 2004; 13(2):54-56.
37. İlhan F, Özdemir G, Bulut V. Son altı Ay İçinde Labaratuvarımızda Saptanan Solunum Yolu Virüslerinin Seropozivitesi. Fırat Üniv. Sağlık Bil. Dergisi 2005; 19(4):149-251.
38. Durmuş U, Adak FA, Öncel S. Çocuklarda Pnömoni. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2008; 2:167-174.
39. Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal S, Oğuz F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2003: 392-395.
40. Akçakaya N, Alhan A, Bakır M, Camcıoğlu Y, Doğru Ü, Gürpınar A ve ark. Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları. Bursa: Özsan Matbaacılık, 2001: 3-43.
41. Gürler N. Ülkemizde Saptanan Pnömonokok Tipleri ve Direnç. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2007; 1(1):46-51.
42. Doğan M, Kaya A, Açıkgöz M, Bay A, Kaya A, Çoksen H ve ark. Hastaneye Yatırılarak Tedavi Edilen Çocukluk Çağı Pnömonilerinde Farklı Tedavi Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi 2009; 7(1):23-29.
43. Avşaroğlu L. Yüksek Ateş ve İlk Yardım , 1. Baskı. İstanbul: Om Yayınevi, 2003: 175-178.
44. Özkan H, Soylu A. Çocuklarda Ateş Tedavisi ve Ateşli Çocuğa Yaklaşım. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Kurulu Yayınları-2 İzmir: 2002; 19-25.
45. Çiftçi E. Çocuklarda İnvaziv Pnömonokok Enfeksiyonlar Aşılama. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2007; 1(Ek-1):54-55.
46. Saç R, Doğan F, Saraçoğlu D, Taşar MA, Bostancı İ, Dallar Y. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Çocuklardaki Toplum Kaynaklı Pnömonilerde A Vitamini ve Çinko Düzeyleri. Ege Tıp Dergisi 2008; 47(3):177-181.
47. Arvas A, Baç V, Gür E. Süt Çocukluğu Döneminde Edilgen Sigara İçiminin Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Gelişimine Etkisi. Türk Pediatri Arşivi 2009; 47: 12-17.
48. Çiftçi H, Akbulut G, Mercanlıgil MS. Solunum Sistemi Hastalıkları ve Beslenme.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktivite Daire Başkanlığı Klasmat Matbaacılık Ankara 2008: 22-24.
49. Samur G. Çocuk Enfeksiyon Hastalıklarında Beslenme. Klinik Çocuk Forumu 2007; 7(1):25-29.
50. Tepebaşı İ, Çaksen H, Odabaş D, Köse D. Kızamık, Doğu Anadolu Bölgesinde Hala Ciddi Bir Problem. Van Tıp Dergisi 2003; 10(3):69-71.
51. Kurugöl Z. Pnömonik Aşılı. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42:43-50.
52. Derogates LR (1977) SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedure Manual for the Revised Version. Baltimore, MD: John Hopkins Univ, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
53. Hocaoglu Ç, Kandil S, Bilici M. Çıracılık Eğitim Merkezi Öğrencileri İle Orta Öğrenim Öğrencilerinin Ruhsal Durumları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. İbni Sina Tıp Dergisi 2001; 6:161-169.
54. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için Güvenirliği ve Geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2(1):5-12.
55. Dağ İ. Kontrol Odağı, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirtileri Gösterme İlişkileri. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniv Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1990.
56. Saatçi E, Akpınar E. Çukurova Üniversitesi Öğrencilerinde Psikiyatrik Belirti Taraması. Türk Aile Hek. Derg. 2006; 10(1): 7-13.
57. Yüksel N. Psikolojik Değerlendirme ve Testler. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2006: 99-108.
58. Aydemir Ö, Köroğlu E. Belirti Tarama Listesi. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler 2000. Medico Graphics Ajans ve Matbaa. Hekimler Yayın Birliği.
59. Genç A, Belgin E. Tinnituslu Hastalarda Biofeedback Terapisi ve Amitriptilin Tedavisinin Karşılaştırılması. Otokop 2003:110-119.
60. Ersoy B, Aydoğan A, Atlıhan F. Kızamık Komplikasyonu İle Hastaneye Yatırılan Çocukların Önceki Aşılama Durumları. Klinik Pediatri 1996; 5:85-88.
61. Yalım L. Hastaneye Yatırılmadan Önce Pnömonili Çocuklara Evde Yapılan Girişimlerin Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enst. Çocuk Sağlık ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 1994.
62. Keskinoglu P, Aksakoglu G. Pasif Sigara İçiciliğinin Çocuklarda Solunum Sistemi Üzerindeki Etkileri. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42:136-142.

63. Celasin NŞ, Ergin D, Atman Ü. Yüksek Ateş Şikayeti İle Hastaneye Yatırılan 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Tutumları. Fırat Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 22(6):315-322.
64. Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y, Gülel R. Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 Yaş Çocuk ve Gebelerde Aşılama Oranları ve Aşılama Sorunları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 2(2):10-15.
65. Kurçer Z, Kurçer MA, Ağadayı M, Batı NS. Şanlıurfa İl Merkezindeki Eczanelerde Kurgusal Pnömoni Hastaya Yaklaşım. Toraks Dergisi 2007; 8(3):144-148.
66. Esenay IF, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. Annelerin Ateşli Çocuğa Yaklaşımı ve Ateş Korkusu. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42:57-60.
67. Dalkıran YA, Annelerin Ateş ve Ateşli Havale İle İlgili Bilgi Düzeyleri (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği; 2007.
68. Ulusoy MF, Görgülü RS. Vücut Sıcaklığı. Hemşirelik Esasları. 5. Baskı Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti. 2001; 145-157.
69. Demir F, Torun SD, Cebe E, Aydın Y, Gümüşlü B. Ümraniye Kazım Karabekir Mahallesi Ateş Konusunda Bilgi Tutun ve İnanışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(1):69-76.
70. Çakır M, Cebeci D, Karakuş M, Çelikel I, Ciner Ş. Küçükbakkalköy Ata İlköğretim Okulunda Çocukları Olan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarına Yaklaşımı. Sağlık ve Toplum 1998; 8(1):23-28.
71. Gülbayrak C, Açıık Y, Deveci SE, Oğuzöncül AF. Elazığ İl Merkezinde İki Eğitim Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınların Sigara İçme Sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi 2004; 26(4):158-164.
72. Tezcan S, Yiğit EK. Aşılama ve Çocuk Sağlığı. 133-10
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum11.pdf>
73. Yiğitalp G, Ertem M. Diyarbakır İlinde 0-12 Aylık Çocukların Aşıya Devamsızlık Nedenleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülten. 2008; 7(4):277-284.
74. Dalgıç N, Hızel Selda, Köse M R. Ankara'nın On Merkez İlçesinde Anne Sütü İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışların İncelenmesi. Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Mecmuası 1998; 51(3):137-143.
75. Çan G, Torun P. Trabzon İl Merkezinde 0-6 yaş Çocukları Olan Annelerin Yüksek Ateşle İlgili Bilgi ve Davranışları. Göztepe Tıp Dergisi 1998; 13(1):22-24.

76. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. 2004; 19(1):7-13.
77. Durat G, Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği (tez). İstanbul: İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enst. Hemşirelik Anabilim Dalı, 2003.
78. Öztürk M, Zülfikar B, Sayar K, Uğurad I, Zoroğlu S, Tüzün Ü. Hemofilili Çocuklar ve Annelerinde Emosyonel Zorlanma. Yeni Symposium 2005; 43(4):157-162.
79. Yılmaz DV, Zeyneloğlu S, Kocaöz S, Kısa S, Taşkın L, Eroğlu K. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Görüşleri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6(1):775-792.
80. Erkan S, Toran M. Alt Sosyoekonomik Annelerin Çocuklarını Kabul ve Reddetme Davranışlarının İncelenmesi. Hacettepe Üniv. Eğitim Fakültesi Dergisi 2004; 27:91-97.
81. Aydemir A. BEAH Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyon Etkili Risk Faktörlerini Belirleme (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği; 2007.
82. Kaya B, Depresyon: Sosyoekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. Klinik Psikiyatri 2007; 10(6): 11-20.
83. Çilli AS, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R. Ev Kadınlarında ve Çalışan Evli Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi 2004; 14(1): 1-5.
84. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki. 2003; 4: 208-219.
85. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 276-285.
86. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas İl Merkezinde Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26(2):55-59.
87. Dindar İ. Edirne İl Merkezindeki Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Tanılaması, Risk Analizleri ve Yardım Arama Davranışları (tez). İstanbul: İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2004.
88. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. İnönü Üniv.

Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(3):171-179.

- 89.** Yaşan A, Gürgen F, Özkan M, Oto R. Diyarbakır Kent Merkezinde Sigara İçme Durumu ve İlişkili Bazı Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:67-74.

RESİMLEMELER LİSTESİ

Tablolar Dizini	SAYFA
Tablo 1: Pnömonilerin Sınıflandırılması.....	6
Tablo 2: Çocukluk Çağı Pnömonilerinde Yaş Gruplarına Göre Etkenler.....	7
Tablo 3: Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarına Zemin Hazırlayan Risk Faktörleri.....	14
Tablo 4: Özgül Etkenlerle Enfeksiyon Riskini Arttıran Faktörler.....	15
Tablo 5: Dünya Sağlık Örgütü'nün Önerdiği Yaşa Göre Normal Solunum Sayıları ve Taşipne Ölçütleri.....	16
Tablo 6: Pnömonilerde Etkene Göre Sıklıkla Gözlenen Radyolojik Bulgular.....	19
Tablo 7: Çocukların Cinsiyetlere ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 8: Anneleri ve Babaları Tanıtıcı Özellikleri.....	40
Tablo 9: Araştırma Grubunun Yaşadığı Konuta Ait Bazı Özellikler.....	41
Tablo 10: Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	42
Tablo 11: Pnömoni Olan Çocukların Bazı Özellikleri.....	43
Tablo 12: Çocukların Karma ve Kızamık Aşısı İle Aşılama Durumları.....	43
Tablo 13: Annelerin Evde Çocuklarına İlaç Kullanımı ve İlaçların Etki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 14: Annelerin Çocuklarının Hasta Olduğunu Belirlemedeki Kriterleri ve Yüksek Ateş Durumunda Yapılan Uygulamalar.....	45
Tablo 15: Derece Kullanmayan Annelerin Çocuklarının Ateşlenmesi	

Durumdaki Davranışları.....	47
Tablo 16: Annelerin Çocuklarının Solunum Yolu Sorunlarındaki Girişimleri.....	48
Tablo 17: Evde Sigara İçilme Durumunun Annelerin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 18: Annelerin Aşı Kartı Tutma Durumunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı..	49
Tablo 19: Annelerin Çocuklarına Karma Aşı ve Kızamık Aşısını Yaptırma Durumunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 20: Annelerin Çocuklarına İlaç Verme ve Derece Okumayı Bilme Durumunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 21: Annelerin Eğitim Düzeyi İle Çocuklarının Ateşlenme Durumunda Emzirmeye Devam Etme Durumları.....	53
Tablo 22: Çocuklar Ateşlendiğinde İlk Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	54
Tablo 23: Çocukların Öksürüğü Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 24: Çocukların Burnu Tıkandığı Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	56
Tablo 25: Çocukların Hızlı Solunumu Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	58
Tablo 26: Çocukların Kusması Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	59
Tablo 27: Çocukların Evde Yattığı Yer ve Kendilerine Ait Yatağının Olma Durumunun Aile Tipine Göre Dağılımı.....	60
Tablo 28: Evde Sigara İçme ve İlaç Verme Durumunun Aile Tipine Göre Dağılımı....	61
Tablo 29: Çocukların Öksürüğü Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.....	63
Tablo 30: Çocukların Burnu Tıkandığı Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.....	64
Tablo 31: Çocukların Hızlı Solunumu Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.....	65
Tablo 32: Çocukların Kusması Olduğu Zaman Yapılan Girişimlerin Aile Tipine Göre Dağılımı.....	66
Tablo 33: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanlar.....	67

Tablo 34: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Çocukların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 35: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Çocukların Yaşlarına Göre Dağılımı	69
Tablo 36: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Annelerin Yaşlarına Göre Dağılımı	70
Tablo 37: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	71
Tablo 38: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Anne İş Durumlarına Göre Dağılımı.....	72
Tablo 39: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Babaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 40: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Babaların İş Durumlarına Göre Dağılımı.....	74
Tablo 41: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Tekirdağın Yerlisi Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	75
Tablo 42: Annelerin SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Ev Tipine Göre Dağılımı.....	76
Tablo 43: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	77
Tablo 44: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Aile İçindeki Çocuk Sıralamasına Göre Dağılımı.....	79
Tablo 45: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Sosyoekonomik Duruma Göre Dağılımı.....	80
Tablo 46: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Aile Tipine Göre Dağılımı....	81
Tablo 47: Anneleri SCL-90-R'den Aldıkları Puanların Evde Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı.....	82
Tablo 48: SCL-90-R Genel Gösterge ve Alt Ölçeklerinin Karşılıklı Korelasyonları....	84

ÖZGEÇMİŞ

Bengül CANLI 1977 yılında Hozat/TUNCELİ’de doğdu. İlköğretimini Hozat’ta tamamladı. 1997 yılında Ankara Doğumevi Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldu. 1998 yılında Hozat m Sağlık Merkezinde hemşire olarak göreve başladı. Burda 2 yıl çalıştıktan sonra ataması Tekirdağ Devlet Hastanesine yapıldı. 2004 yılında Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksek Okulundan mezun oldu. 2006 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde Yüksek Lisans eğitimine başladı. Bekâr ve halen Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk Servisinde çalışmaktadır.

EKLER

Ek 1: Anket Formu

Ek 2: SCL-90-R (Symptom Check List –90–R=Psikiyatrik Belirti Tarama Listesi)

Ek 3: Alt Ölçeklerin Güvenirlik Değerleri

Ek 4: Etik Kurul İzni

Ek 5: Araştırma İzin Belgesi

Ek 1:**ANKET FORMU**

1. Tanı:.....
2. Çocuğun Cinsiyeti:
 1. Erkek
 2. Kız
3. Çocuğun doğum tarihi:...../...../.....
4. Annenin yaşı:.....
5. Annenin eğitim düzeyi nedir?
 1. Okur yazar değil
 2. Okur yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
6. Annenin işi:
 1. Yok (Ev hanımı)
 2. Var
7. Babanın eğitim düzeyi:
 1. Okur yazar değil
 2. Okur yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
8. Babanın işi:
 1. Yok (İşsiz)
 2. Var
9. Kaç yıldan beri Tekirdağ'da oturuyorsunuz?
 1. Doğduğumdan beri
 2. 1 yıldan az
 3. 1-4 yıl
 4. 5-9 yıl
 5. 10 yıl ya da daha fazla

10. Oturduğunuz ev tipi nedir?
1. Müstakil ev
 2. Apartman katı
 3. Bodrum katı
 4. Gecekondu
11. Evinizde aşağıdakilerden hangisi vardır?
1. Oturup yemekte yiyebileceğimiz büyüklükte mutfak
 2. Yalnız yemek pişirmek için mutfak
 3. Ev içinde tuvalet
 4. Ev içinde banyo
 5. Banyoda duş
12. Mutfak, tuvalet ve banyo dışında, salon dahil evinizde kaç oda var?
1. Bir oda
 2. İki oda
 3. Üç oda
 4. Dört oda
 5. Beş ve daha fazla oda
13. Evinizin ısıtma sistemi nasıl?
1. Sobalı
 2. Kaloriferli
 3. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
14. Aile tipi:
- 1 .Çekirdek aile
 2. Geniş aile
 - 3 .Parçalanmış aile
15. Kaç Çocuğunuz var?
1. Bir tane
 - 2 .İki tane
 - 3 .Üç Tane
 - 4 .Dört tane
 5. Beş ve daha fazla

16. Hasta olan çocuk kaçınıcı çocuğunuz?
1. Birinci çocuk
 2. İkinci çocuk
 3. Üçüncü çocuk
 4. Dördüncü çocuk
 5. Beşinci ve daha sonraki çocuk
17. Çocuğunuz nerede yatıyor?
- 1 .Kendi odasında
 2. Anne-baba ile aynı odada
 3. Aile büyükleri (anneanne, babaanne) ile aynı odada
 - 4 .Kardeşleri ile aynı odada
18. Çocuğunuzun kendine ait yatağı var mı?
- 1 .Hayır
 - 2.Evet
19. Sizce maddi durumunuz nasıl?
1. Çok iyi
 2. İyi
 3. Orta
 4. Kötü
 5. Çok kötü
20. Evinizde sigara içen var mı?
1. Yok
 2. Var
21. Çocuğunuza aşı kartı tutuyor musunuz?
1. Hayır
 2. Evet
22. Çocuğunuzun karma aşılarını yaptırdınız mı?
1. Hayır
 2. Evet
23. Çocuğunuzun kızamık aşısını yaptırdınız mı?
1. Hayır
 2. Evet

24. Hastahaneye gelmeden önce çocuğunuzun iyileşmesi için herhangi bir ilaç verdiniz mi?
1. Hayır
 2. Evet
25. Cevabınız Evet ise verdiğiniz ilaç türünü hatırlayabiliyor musunuz?
1. Antipiretik(Ateş düşürücü)
 2. Öksürük şurubu
 3. Antibiyotik (penisilin)
 4. Daha önceki reçeteyi kullandım
26. Çocuğunuzun hasta olduğunu hangi kriterlere göre belirlediniz?
1. Ateş
 2. Öksürük
 3. Hızlı solunum
 4. İştahsızlık
 5. Huzursuzluk ve ağlama
 6. Havale geçirme
 7. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
27. Cevabınız yüksek ateş ise ateşi derece ile mi ölçtünüz?
1. Hayır
 2. Evet
28. Derece okumayı biliyor musunuz?
1. Hayır
 2. Evet
29. Ateşi derece ile ölçtüyseniz ölçümü nereden yaptınız?
1. Koltuk altından
 2. Ağızdan
 3. Makattan
30. Koltuk altı yolu ile derece aldıysanız kaç dereceden sonra yüksek ateş kabul ettiniz?
1. 37°C
 2. 37,5°C
 3. 38°C
 4. 38,5°C

5. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
31. Makattan derece aldıysanız kaç dereceden sonra yüksek ateş kabul ettiniz?
1. 37,5°C
 2. 38°C
 3. 38,5°C
 4. 39°C
 5. 39,5°C
 6. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
32. Ateşi derece ile ölçmediyseniz nasıl anladınız?
1. Elimi göğsüne ve alınına koyarak
 2. Genel görünüşünden
 3. Yanaklardaki kızarıklıktan
 4. İştahındaki değişiklikten
 5. Dalgın olmasından
 6. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
33. Çocuğunuz ateşlendiğinde ilk olarak ne yaptınız?
1. İlaç verdim (aspirin, fitil, antibiyotik vs.)
 2. Soğuk uygulama yaptım
 3. Hastahaneye (doktora) götürdüm
 4. Bol su verdim
 5. Aile büyüklerine danıştım
 6. Üşümemesi için üstünü örttüm
 7. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
34. Çocuğunuz ateşlendiğinde emzirmeye devam ettiniz mi?
1. Hayır
 2. Evet
35. Çocuğunuz ateşlendiğinde su verdiniz mi?
1. Hayır
 2. Evet
36. Cevabınız Evet ise ne kadar su verdiniz?
1. Her zamankinden fazla
 2. Her zamanki kadar
 3. İsteddiği zaman

4. Her zamankinden az
37. Çocuğunuz ateşli iken sizce soğuk tutulmalı mı?
1. Hayır
 2. Evet
38. Cevabınız Evet ise nasıl soğuk tutulmalı?
1. Giysilerini kısmen çıkararak
 2. Soğuk uygulama yaparak
 3. Battaniyesini açarak
 4. Tüm giysilerini çıkararak
 5. Başlık ve patiğini çıkararak
39. Cevabınız Hayır ise nasıl sıcak tutulmalı?
1. Başlığını ve patiğini giydirerek
 2. Battaniyesini örterek
 3. Sobayı yakarak
 4. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
40. Çocuğunuzun öksürüğü olduğu zaman ne yaptınız?
1. Doktora götürdüm
 2. Öksürük şurubu verdim
 3. Daha önceki reçeteyi kullandım
 4. Viks ile sırtını ovdum
 5. Bol su verdim
 6. Hiçbir şey yapmadım
 7. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
41. Çocuğunuzun burnu tıkanıdığı zaman ne yaptınız?
1. Burnuna serum fizyolojik damlattım
 2. Doktora götürdüm
 3. Burnunu çöple açtım
 4. Burnunu kağıt mendille fitil yaparak temizledim
 5. Diğer (Lütfen Açıklayınız)
42. Çocuğunuzun hızlı solunumu olduğu zaman ne yaptınız?
1. Doktora götürdüm
 2. Yatarken sırtına destek koydum
 3. Odasını sık sık havalandırdım

4. Burnu tıkalı ise açtım
 5. Büyüklerime danıştım
 6. Hiçbir şey yapmadım
 7. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....
43. Çocuğunuzun kusması olduğu zaman ne yaptınız?
1. Doktora götürdüm
 2. Nane-limon kaynattım
 3. Sulu yiyecekler verdim
 4. Hiçbir şey yapmadım
 5. Diğer (Lütfen Açıklayınız).....

Ek 2: SCL-90-R (Symptom Check List=Belirti Tarama Listesi)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sonuçların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son on beş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az/Orta derecede/Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki parantez arasına bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yapığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümleyle karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, boşa gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık veya baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada güçlük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya, açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu

26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu
51. Hiçbir şey düşünememe hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi

59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkınma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi.

EK 3: Alt Ölçeklerin Güvenirlik Değerleri

Alt Ölçekler	Cronbach alfa değerleri
SCL-1 Somatizasyon	0,82
SCL-2 Obsesif kompulsif	0,77
SCL-3 Kişilerarasıduyarlılık	0,83
SCL-4 Depresyon	0,82
SCL-5 Kaygı	0,59
SCL-6 Düşmanlık	0,66
SCL-7 Fobik Kaygı	0,59
SCL-8 Paranoid Düşünce	0,66
SCL-9 Psikotizm	0,71
SCL-10 Yeme ve Uyku Problemleri	0,73