

T. C.  
ACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
LİK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

278976

**KIRSAL BÖLGEDE BESLENME EĞİTİMİNİN  
MALNÜTRİSYONUN ÖNLENMESİNE VE TEDAVİSİNE  
ETKİLERİ**

BESLENME VE GIDA BİLİMLERİ PROGRAMI  
DOKTORA TEZİ

**GÜLAY KOÇOĞLU**

ANKARA, 1986

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIRSAL BÖLGEDE BESLENME EĞİTİMİNİN  
MALNÜTRİSYONUN ÖNLENMESİNE VE TEDAVİSİNE  
ETKİLERİ

BESLENME VE GIDA BİLİMLERİ PROGRAMI  
DOKTORA TEZİ

GÜLAY KOÇOĞLU

Danışman Öğretim Üyesi: DOÇ.DR. AYTEN EGEMEN

ANKARA, 1986

## İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>SAYFA</u>
BÖLÜM I - GİRİŞ VE AMAÇ .....	1-3
BÖLÜM II - GENEL BİLGİLER .....	4-13
Malnütrisyon Görülme Sıklığı .....	6-7
Malnütrisyon Sıklığını Etkileyen Bazı Faktörler ....	8-13
BÖLÜM III - GEREÇ VE YÖNTEM .....	14-20
Araştırma Bölgesine İlişkin Bilgiler .....	14-15
Araştırmanın Tipi .....	15
Örnek Seçimi .....	15
Araştırma Gruplarının Oluşturulması .....	15-17
Ebelerin Eğitimi .....	18
Önleme ve Tedavi Çalışmasına Giren Çocukların Tesbiti..	18
Verilerin Toplanması.....	18-19
Ebelerin Denetimi ve Diyetisyen Desteği.....	19
Araştırma Süresi .....	19
Verilerin Değerlendirilmesi .....	20
BÖLÜM IV - BULGULAR .....	21-45
1- ARAŞTIRMA BAŞINDAKİ BULGULAR .....	21-35
1.1 - Malnütrisyon Oluşumunu ve Yaygınlığını Etkileyen Faktörler Açısından Grupların Durumu.....	21-34
1.2 - Malnütrisyon Prevalansı .....	35
2- ARAŞTIRMA SONUNDAKİ BULGULAR .....	36-45
2.1 - Malnütrisyon Prevalansındaki Değişmeler .....	36
2.2 - Araştırma Sonunda Önleme Çalışmasında Elde Edilen Bulgular .....	37-40

2.3 - Araştırma Sonunda Tedavi Çalışmasında Elde Edilen Bulgular .....	41-45
BÖLÜM V - TARTIŞMA .....	46-51
1- Araştırma Gruplarının Benzerliği .....	46-47
2- Malnütrisyon Prevalansı.....	47-48
3- Malnütrisyonun Önlenmesi .....	48-49
4- Malnütrisyonun Tedavisi ..b.....	49-51
BÖLÜM VI - SONUÇ VE ÖNERİLER .....	52-54
Sonuçlar .....	52-53
Öneriler .....	53-54
ÖZET .....	55-56
KAYNAKLAR .....	57-63
EKLER	
Ek - I. Ebe-Hemşireler İçin Beslenme Eğitim Rehberi	
Ek - II. Sınav Soruları	
Ek - III. 0-24 Aylık Çocuk Kayıt Formu	
Ek - IV. Bilgi ve izlem Formu	

## TABLolar DİZİNİ

### SAYFA

Tablo 1- Ülkemizde Malnütrisyon Prevalansı (Görülme Sıklığı) ile ilgili Araştırmalar.....	7
Tablo 2- Bazı Sosyal ve Medikal Faktörlere Göre Malnütrisyon Görülme Sıklığı.....	12
Tablo 3- Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Cinsiyetleri .....	21
Tablo 4- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Cinsiyetleri.....	22
Tablo 5- Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Ailelerin Ekonomik Durumları.....	22
Tablo 6- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Ailelerin Ekonomik Durumları.....	23
Tablo 7- Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Aile Tipi .....	23
Tablo 8- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Aile Tipi .....	24
Tablo 9- Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Ailedeki Kişi Sayısı.....	25
Tablo 10- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Ailede Kişi Sayısı.....	26
Tablo 11- Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Annelerinin Eğitim Durumları .....	26

Tablo 12- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki ocukların Annelerinin Eğitim Durumu .....	27
Tablo 13- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki ocukların Babalarının Eğitim Durumu.....	28
Tablo 14- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki ocukların Babalarının Eğitim Durumu .....	28
Tablo 15- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki ocukların Annelerinin Yaş Grupları .....	29
Tablo 16- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki ocukların Annelerinin Yaş Grupları .....	29
Tablo 17- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki ocukların Annelerinin Gebelik Aralığı.....	30
Tablo 18- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki ocukların Annelerinin Gebelik Aralığı .....	31
Tablo 19- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki ocukların Doğum Ağırlılığları .....	31
Tablo 20- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki ocukların Doğum Ağırlılığı .....	32
Tablo 21- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki ocukların Yaşayan Kardeş Sayıları.....	33
Tablo 22- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki ocukların Yaşayan Kardeş Sayıları .....	33
Tablo 23- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki çocukların len Kardeş Sayıları .....	34

Tablo 24- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki çocukların len Kardeş Sayıları.....	34
Tablo 25- Araştırma Gruplarına Göre -24 Aylık ocuklarda Malnütrisyon Prevalansı.....	35
Tablo 26- Araştırma Sonunda 0-24 Aylık ocuklarda Malnütrisyon Prevalansı .....	36
Tablo 27- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki ocuk- ların Malnütrisyonu Girme Durumları .....	37
Tablo 28- Araştırma Gruplarına Göre nleme çalışmasındaki ocukların Son Durumları .....	38
Tablo 29- Araştırma Gruplarına ve ocukların Başlangıçtaki Ağır- lık Oranlarına Göre Malnütrisyonu Girme Durumları .....	39
Tablo 30- Araştırma Gruplarına Göre, nleme çalışmasındaki ocuk- ların Malnütrisyonu Girme Yaşı .....	40
Tablo 31- Araştırma Gruplarına Göre, Malnütrisyonu Girmeyen ocukların Araştırma Sonundaki Ağırlık Oranları .....	40
Tablo 32- Araştırma Gruplarına Göre Tedavi çalışmasındaki ocuk- ların iyileşme Durumları.....	41
Tablo 33- Araştırma Gruplarına ve Başlangıçtaki Ağırlık Oranla- rına Göre Malnütrisyonluların iyileşme Durumları.....	42
Tablo 34- Araştırma Gruplarına Göre, iyileşen ocukların Eriş- tikleri Ağırlık Standartı Değerleri .....	43
Tablo 35- Araştırma Gruplarına ve ocukların Başlangıçtaki Yaş Gruplarına Göre iyileşme Durumları .....	44

Tablo 36- Araştırma Gruplarına Göre ocukların iyileşme Süreleri .....	45
Tablo 37- Araştırma Gruplarına Göre Araştırma Başındaki ve Sonundaki Malnütrisyon Prevalansları .....	47

ŐEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 - Beslenme Sorunları ile ilgili Etmenler .....	4
Şekil 2 - Araştırma Tasarımı .....	17



## I- GİRİŞ VE AMAÇ

Bugün dünya nüfusunun üçte ikisi açlık ve bunun yol açtığı sorunlarla karşıkarşıyadır. Hergün yaklaşık 40.000 çocuk bu temel nedenle ölmekte, milyonlarca çocuk ölümü beklemekte, ya da pek çok sorunla dolu geleceklere doğru yavaş yavaş ilerlemektedir (1). Afrika'daki açlık sorunu, bütün dünyanın en güncel konularından birini oluşturmaktadır. Dünyanın her yerinde düzenlenen ilginç yardım kampanyaları, sorunun nedenlerine yönelik olmadığından pek fazla yarar sağlamamaktadır.

Sorunun temelinde, nüfus artışının gıda üretimindeki artışlardan daha hızlı oluşu ve gelir dağılımının dengeli olmayışı yatmaktadır. Ayrıca malnütrisyonun sinsi seyirli oluşu ve çocukların düzenli bir şekilde izlenmemeleri sonucu tablonun ağırlaşıcaya kadar farkedilememesi, sorunun daha da büyümesine neden olmaktadır.

Ülkemizde ve gelişmekte olan diğer ülkelerde marasmus vb. ağır malnütrisyonlu çocukların oranı, 0-5 yaş grubunda % 3-5 kadardır (2). Bu durumdaki çocuklar herkes tarafından farkedilmektedir. Bazı bölgelerde oranı % 40-50 leri bulan hafif ve orta derecedeki malnütrisyonlu çocuklar ise anneleri tarafından bile farkedilememekte ve sık sık enfeksiyonlara maruz kalarak ölmekte, sakat kalmaktadır. Nitekim, bir çalışmada annelerin % 60'ının, çocuklarının malnütrisyonlu olduklarının farkında olmadıkları görülmüştür (1).

Malnütrisyon, organizmanın immün sistemini bozarak enfeksiyon hastalıklarını ağırlaştırmakta, insidans ve fatalitesini arttırmaktadır (3-9).

Hafif ve orta derecedeki malnütrisyon; kendini, gelişmekte olan Ülkelere yüksek ölüm hızları şeklinde göstermektedir. Ülkemizde tüm ölümlerin yarısına yakını 0-4 yaşlarda meydana gelmektedir ve bunların yarısından çoğu malnütrisyona ve malnütrisyon nedeniyle ağır seyreden enfeksiyon hastalıklarına bağlıdır (10). Ayrıca bebek ölümlerinin, nüfus artışını hızlandırıcı etkisi de gözönüne alındığında, ölen her bebek, böylece, malnütrisyon sorununun daha da yaygınlaşmasına zemin hazırlamaktadır (11).

Malnütrisyonun sağlığa olan olumsuz etkileri, yalnız çocukluk çağında daha sık hastalık ve ölümün görülmesi değildir, ayrıca, beyin gelişiminin çok hızlı seyrettiği erken yaşlarda geçirilen malnütrisyon, zihin yeteneklerinin gelişimi üzerine de olumsuz etkiler yapmaktadır (12-20). Kalıcı olan bu etkiler, yaşayabilen çocukların yaratıcılık ve üretkenliklerini sınırlamak suretiyle, birçok ülkede kalkınmayı geciktiren önemli bir faktör olmaktadır (21).

Malnütrisyonun ortaya çıkışını ve yaygınlığını etkileyen ekonomik, sosyal, kültürel ve tıbbi pekçok faktör vardır. Herbiri birbiriyle yakından ilgili ve bir kısır döngü zincirinin halkalarını oluşturan bu faktörlerin ortadan kaldırılması uzun süreli çabaları gerektirmektedir. Gecikilen hergünün sorunu daha da ağırlaştırması ve çözümünü güçleştirmesi nedeniyle, kısa sürede sonuç alınabilecek bazı noktalardan bu zincirin kırılması gerekmektedir.

Aile ve toplumdaki uygun kişilere yapılacak sağlık eğitimi bu zincirin kırılmasında ilk adımı oluşturabilir. Bazı sağlık sorunlarının çözümünde, sağlık eğitiminin uygun biçimde verilmesiyle olumlu sonuçlar alınmıştır (22,23). Nitekim, annelere beslenme eğitimi yapmak suretiyle, malnütrisyonun büyük ölçüde önlenebileceği ve yoksul ailelerin bile, malnütrisyonlu çocuklarını mevcut olanakları ile tedavi edebilecekleri de çeşitli araştırmacılar tarafından gösterilmiştir (24,25).

Ölkemizde 1964'den beri sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine çalışılmaktadır. Bu hizmet modelinde, çocuklar ve doğurgan çağıdaki kadınların sağlık evi ebeleri tarafından periodik olarak izlenmeleri öngörülmüştür. Bu izlemler sırasında malnütrisyonlu çocukların tesbiti ve bu konuda annelerin eğitilmesi de ebelerin görevleri arasındadır. Hizmet yönergesinde ebelere yüklenen görevlerin çokluğu, ebelerin beslenme konusundaki bilgilerin yetersizliği gözönüne getirildiğinde, yapılan izlemlerin malnütrisyon prevalans ve insidansında yeterli bir düşüş sağlayamayacağını düşündürmektedir. Nitekim, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin nisbeten iyi yürütüldüğü Etimesgut ve Çubuk Sağlık Bölgelerinde, ebeler tarafından yeterli ve düzenli izlenen çocuklarda bile malnütrisyon prevalansı oldukça yüksek seyretmekte ve düzenli izlenmeyen çocuklardakine kıyasla, ancak % 10 oranında düşüklük göstermektedir (26). Yine de bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur, ancak sorunun büyüklüğü gözönüne alınırsa bu fark istenenden azdır. Bir an önce bir şeyler yapılması gerektiğini de gündeme getirmektedir.

Kuşkusuz, öncelikle çocuk-gebe izlemlerinin düzenli ve yeterli sayıda, usulüne uygun olarak ciddiyetle ve bilinçli olarak yapılması gerekmektedir.

#### A M A Ç

Bu çalışma, ebelerin beslenme konusundaki bilgilerinin arttırılması yoluyla yaptıkları izlemlerin daha yararlı olabilmesi, hizmet içi eğitimin sürekliliğinin sağlanması ve ebenin bu konuda desteklenmesinin malnütrisyonun önlenmesine ve tedavisine olan etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

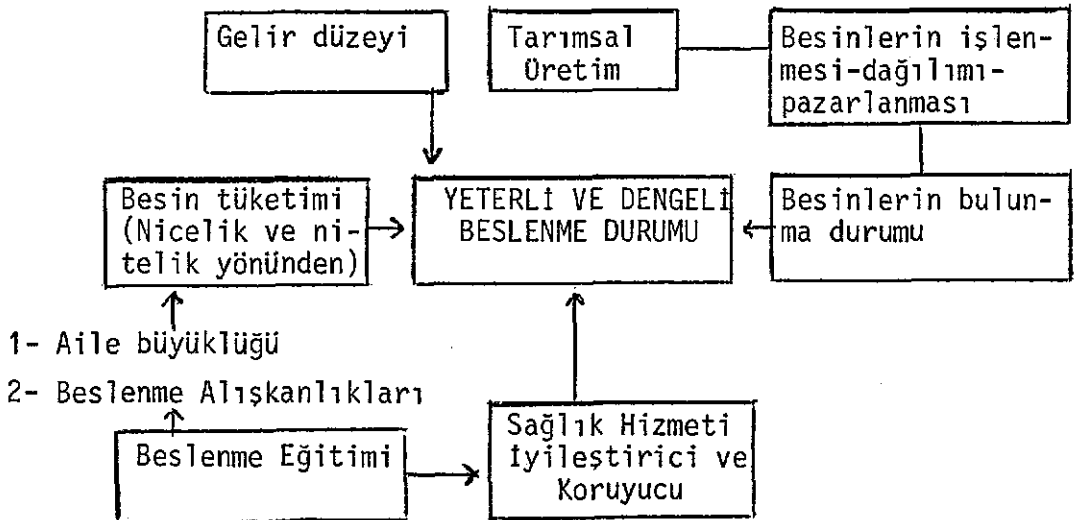
## II- GENEL BİLGİLER

Beslenme, yaşamın sürdürülmesi, büyüme-gelişme ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılması olup insan gereksinimlerinin başında gelmektedir. Bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan bütün besin öğelerini yeterli miktarda sağlaması "yeterli ve dengeli beslenme" deyimini ifade edilmektedir. Yeterli beslenme, genellikle yaşamın ve vücut çalışmasının sürdürülebilmesi için gerekli enerjinin sağlanmasıdır. Dengeli beslenme ise enerjinin yanısıra bütün besin öğelerinin gereksinim kadar sağlanmasıdır (27).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, bireyin ve böyle bireylerden oluşan toplumun sağlık düzeyini düşüren en önemli etkidir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin olumsuz etkilerinden bazıları; bebek ve çocuk ölümlerinin artması, büyüme ve gelişme geriliği, doğrudan beslenme hastalıkları, enfeksiyonlara dirençsizlik, kronik-dejeneratif hastalıklara duyarlılık ve iş veriminin düşüklüğüdür (28).

Bireyin ve toplumun yeterli ve dengeli beslenme durumu üzerinde etkili olan başlıca etmenler Şekil 1'de özetlenmiştir (29).

Şekil 1 : Beslenme Sorunu ile ilişkili Etmenler (Kaynak No: 29)



Yapılan araştırmalar, yetersiz ve dengesiz beslenmenin tüm yaşlarda az veya çok görülmekle beraber 0-5 yaş grubunda konunun önemini daha iyi bir biçimde ortaya koymaktadır (30,31). Türkiye'de bebek ve okul öncesi çocuklarda beslenme bozukluğu sorunlarının başında protein-enerji malnütrisyonu (PEM) gelmektedir (2).

Temel besin ögelerinin uzun süre yetersiz ve dengesiz alınması sonucu oluşan sağlık sorunları "malnütrisyon" deyimini ile ifade edilmektedir. Malnütrisyon deyiminden, çocuğun büyüme, gelişme ve sağlık durumunun konu ile ilgili standartlardan aşağıda olduğu anlaşılır.

Protein-enerji malnütrisyonu genellikle, marasmus, kuvaşıorkor, marasmik kuvaşıorkor diye adlandırılan üç Şekilde görülmektedir. Marasmus, protein-enerji yetersizliği sonucu görülür. Bu tip çocuklar, ya uzun süre hiek besin almadan yalnız anne sütüyle beslenmişlerdir ve anne sütü ilk aylardan itibaren yetersizdir veya erkenden memeden kesilmişlerdir. Açlığı gidermek için çok az Şekerli su, sulandırılmış süt, lokum gibi yiyecekler verilmiştir. Ayrıca tekrarlayan enfeksiyonlar çocuğun beslenmesini daha da güçleştirmiştir. Bu durumda ocuk uzun süre enerji gereksinimi karşılayamadığı için kendi dokularını harcamaktadır. Bu yüzden kendi yaşı için verilen standart ağırlık ölçülerinin çok altında, kaşektik görünümdedir.

Kuvaşıorkor ise enerjisi yeterli, proteini yetersiz diyetle beslenenlerde ortaya çıkmaktadır. Genellikle 1-3ayda memeden kesilen çocuklarda görülür. Memeden kesilen çocuklar, yalnız Şeker, nişasta veya bunlara benzer karbondihidrattan zengin yiyeceklerle beslenmekte, protein gereksinimi karşılanmadığından büyüme ve gelişmeleri durmaktadır. Vücut direnci de düştüğünden enfeksiyonlar sık tekrarlanmakta ve beslenme durumu giderek kötüleşmektedir. Bu ocuklarda protein yetersizliğine bağlı dem sıklıkla görülmektedir.

Marasmus ile kuvaşiorakor arası klinik belirtiler gösteren olgulara marasmik-kuvaşiorakor denmektedir.

Toplumumuzdaki protein-enerji malnütrisyonunun % 85 kadarı marasmus, kalanı marasmik kuvaşiorakor tipindedir. Kuvaşiorakor belirtileri gösteren olgulara ise çok az rastlanmaktadır (27).

#### Malnütrisyon Görülme Sıklığı

Ülkemizde yapılan çeşitli araştırma sonuçları, toplumumuzda okul öncesi çocuklardaki malnütrisyon sorununu ortaya koymaktadır. Bu araştırmalardan bazıları Tablo 1' de özetlenmiştir. Ancak bu çalışmalarda, malnütrisyon tanımlanmasında farklı standartların kullanılmış olması, Ülkemizde yöresel bile olsa, prevalansta düşme veya yükselme olduğu konusunda bir yoruma olanak vermemektedir.

Tablo 1 incelendiğinde, 0-6 yaş grubunda malnütrisyonun yaygın olarak görüldüğü göze çarpmaktadır. Yaş gruplarına göre malnütrisyon dağılımını inceleyen araştırmalarda, malnütrisyonun 7-12 aylarda artmaya başladığını ve özellikle 1-2 yaş arasında en yüksek değere eriştiği gösterilmiştir. 2 yaşından sonra ise çocuk büyüdüğü ve bir dereceye kadar anneye bağımlılıktan kurtulduğu için malnütrisyon oranında düşüşler olmaktadır (48).

Tablo 1 - Ülkemizde Malnütrisyon Prevalansı (Görülme Sıklığı) ile İlgili Araştırmalar

Araştırma Bölgesi ve Yılı	İncelenen Yaş Grubu	Malnütrisyon Prevalansı (%)	Kaynak No	
- Hacettepe Üniversitesi,	1959	0-2 yaş	43.0	32
- Ankara ve Etimesgut,	1965-66	1-3 yaş	30-35	33
- Ankara Köyleri,	1967	0-5 yaş	15.3	34
- Kayseri, Tomarza,	1968	0-6 yaş	32.0	35
- Diyarbakır, Urfa, Mardin,	1969	0-60 ay	36	31
- Rize, Trabzon, Giresun,	1970	0-60 ay	18.7	31
- Etimesgut ve Köyleri,	1970	0-2 yaş	29.3	36
- Edirne ve Köyleri,	1971	0-12 ay	14.0	37
		13-72 ay	32.5	
- Ankara-Bağcılar,	1973	0-6 yaş	34.1	38
- Etimesgut ve Köyleri,	1973	0-12 ay	8.0	39
- Türkiye (Ulusal)	1974	0-60 ay	20.0	2
- Çubuk ve Köyleri	1975	0-12 ay	24.7	40
		13-24 ay	28.2	
- Çubuk ve Etimesgut Köyleri,	1976	0-12 ay	29.2	41
		13-24 ay	26.2	
		25-36 ay	8.0	
- Diyarbakır,	1976	0-6 yaş	37.5	42
- Etimesgut-Kazan,	1977	0-24 ay	22.3	43
- Çubuk-Yenice Köyleri,	1978	0-6 yaş	37.5	44
- Yozgat-Yerköy,	1978	0-12 ay	12.6	45
		13-24 ay	37.5	
- Ankara, AÇS Bölgeleri,	1979	0-12 ay	9.8	46
		13-24 ay	11.4	
		25-72 ay	8.3	
- Van ve Köyleri,	1981	0-60 ay	27.4	47
- Çubuk Köyleri,	1980	0-24 ay	30.5	7
- Çubuk ve Etimesgut Köyleri,	1983	0-24 ay	27	26

### Malnütrisyon Sıklığıı Etkileyen Bazı Faktörler

Çocuklarda malnütrisyonun yaygınlığıı etkileyen faktörler çok çeşitlidir ve hepsi birbirine az çok bağımlıdır. Yapılan çeşitli araştırmalara göre malnütrisyon oluşumunda önemli olduğu saptanan faktörler aşağıda incelenecektir.

- Çocuğun Cinsiyeti : Kız çocuklarında malnütrisyon daha sık rastlanmaktadır. Kültürel olarak erkek çocuğa önem vermeden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (7,24).

- Aile Tipi : Geniş ailelerde malnütrisyon daha sık görülmektedir. Böyle ailelerde evdeki büyüklerin sözünün geçmesi, onların bazı yanlış bilgilerin olumsuz etkileri olabileceği düşünölmektedir. Ancak, geniş ailelerde, ailede kişi sayısında fazladır. Bu yüzden iki faktör birlikte etkilemektedir (7,24)

- Ailedeki Kişi Sayısı : Ailede kişi sayısının çok olması da malnütrisyon oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Kalabalık ailelerde kişi başına düşecek yiyecek miktarı azalabilmektedir. Bu ailelerde yaygın olan bir kaptan yeme biçiminde çocuklar yeterli beslenememektedirler. Dünyanın birçok yerinde yapılan çalışmalar bu sonuçta birleşmektedir (27,32).

- Ailenin Ekonomik Durumu : Yoksulluğun malnütrisyonun başta gelen nedenlerinden olduğu kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalarda da ekonomik durumu kötü olan ailelerin çocuklarında malnütrisyonun sık görüldüğü gösterilmiştir (7, 24, 27, 30,32, 34, 42).

- Anne ve Babanın Eğitim Durumu : Eğitim düzeyi yükseldikçe çocuğun malnütrisyon olma olasılığı azalmaktadır. Kuşkusuz, ailenin eğitim düzeyi çocuğun sadece beslenmesi, büyüme ve gelişmesini değil, tüm sağlığını etkileyen bir faktördür.



Yapılan araştırmalarda da bu sonuç aynı doğrultuda bulunmuştur (7, 26, 29, 31, 43, 44).

- Beslenme Konusundaki Bilgi ve Alışkanlıklar : Beslenme konusundaki yanlış bilgi, tutum ve alışkanlıklar da malnütrisyon oluşumunda etkindir (28). Emzirme durumu, emzirme süresi, ek yiyeceklere başlama zamanı, ek yiyecek çeşitleri, çocuğa verilmemesi gereken yiyecekler konularında annelerin bilgisinin yetersiz ve yanlış olduğunu gösteren çalışmalar vardır (49).

Ayrıca besin seçimi, satın alma, yemek planlama, besinlerin hazırlanması, pişirilmesi, saklanması yapılan yanlışlıklar da malnütrisyon oluşumunu kolaylaştırmaktadır (29).

- Anne Yaşı : Anne yaşı ilerledikçe, çocuğun malnütrisyon olma olasılığının arttığı öne sürülmektedir. Bir açıdan anne yaşının artması, ailedeki çocuk sayısının artması ve eldeki olanakların daha çok bölünmesi demektir. Ayrıca intrauterin malnütrisyon oranı da yaşlı annelerde yükselmektedir. Yapılan çalışmalarda bu görüş doğrulanmıştır (26).

- Annenin Doğum Aralığı : Bir annenin doğumda harcadığı depoları yerine koyabilmesinin en az iki yıl sürdüğü öne sürülmektedir. Bu yüzden aradan iki yıl geçmeden tekrar gebe kalınması, ikinci çocuk için olumsuz bir faktör olmaktadır. Yapılan araştırmalarda da doğum aralığı iki yıldan az olan çocuklarda malnütrisyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (7, 26,42).

- Çocuğun Doğum Ağırlığı : Çocuğun anne karnında yeterli ve dengeli beslenmesi doğum ağırlığını belirlemektedir (50,51). Anne karnında yeterli ve dengeli beslenemeyen çocuklar intrauterin malnütrisyonlu doğmakta, bu da malnütrisyon görölme oranını arttırmaktadır (7, 26, 42).

- Yaşayan Kardeş Sayısı : Çok kardeşi olan çocuklarda malnütrisyon daha çok görülmektedir (7,26,28,43,52). Bu da annenin ilgisinin azalması, çok ve sık aralıklı doğum nedeniyle çocuğun intrauterin malnütrisyonlu doğması, doğum sonu bakım ve ekonomik yetersizlikler ile enfeksiyonların sıklığı nedeniyle.

- Ölen Kardeş Sayısı : Çocuğun ölen kardeşinin olması, o ailede çocuklara gösterilen ilgi ve özende yetersizlik, ya da kalıtsal nedenlerle olabilir. Yapılan birçok çalışmada, ölen kardeşi olan çocuklarda malnütrisyonun daha sık olduğu görülmüştür (7, 26).

- Çocuğun İstenmesi : İstemiyerek doğurulan çocuklar, anneye ve aileye yük olarak gelmekte, koşullar nedeniyle gerekenler de yapılamamaktadır. Bu durum ise malnütrisyon oranını arttırmaktadır (7, 26).

- Enfeksiyon Hastalıkları : Malnütrisyon ve enfeksiyonlar arasında iki yönlü bir ilişki mevcuttur. Ne tür bir enfeksiyon olursa olsun, metabolizmanın hızlanması ve kayıplar nedeniyle, besin gereksinimi artmakta, buna karşılık besin alınımı azalmaktadır. Malnütrisyonunda ise organizmanın savunma mekanizmasının bozulması nedeniyle, enfeksiyonlar daha fazla meydana gelmektedir. Bunun sonucu olarak enfeksiyonlar malnütrisyonla, malnütrisyon ise daha çok enfeksiyon geçirilmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak ilk başlatan neden ne olursa olsun, enfeksiyonlar ve malnütrisyon arasında bir kısır döngü oluşmaktadır (7, 26, 53, 54).

Ülkemizde ve ülkemiz dışında birçok araştırma enfeksiyon ve malnütrisyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Bu çalışmalarda sık enfeksiyon geçiren çocuklarda malnütrisyonun daha sık görüldüğü (55, 56, 57) ve yine malnütrisyonlu çocukların da daha sık enfeksiyona yakalandıkları görülmüştür (58, 59).

- Çocuklara ve Annelere Verilen Sağlık Hizmetlerinin Niteliği ve Niceliği :

Bütün bu olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması, malnütrisyon yaygınlığını azaltmak için gereklidir. Bu konuda yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

Çubuk ve Etimesgut köylerinde yapılan bir çalışmada ebeler tarafından düzenli izlenen çocuklarda, malnütrisyon prevalansının, düzensiz izlenen çocuklardan % 10 daha az olduğu görülmüştür (26). Bu çalışmada, malnütrisyon oluşumuyla ilgili olumsuz birçok faktörün etkisinin düzenli izlenen grupta az olduğu da saptanmıştır. Bu çalışmadan derlenen veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2- Bazı Sosyal ve Medikal Faktörlere Göre Malnütrisyon Görülme Sıklığı  
(Kaynak No: 26).

SOSYAL VE MEDİKAL FAKTÖRLER		Malnütrisyon Görülme Sıklığı (%)	
		DOZENLİ İZLENEN ÇOCUKLARDA	DOZENSİZ İZLENEN ÇOCUKLARDA
Ailelerin Ekonomik Durumu	Kötü	50.0	62.5
	İyi	39.3	49.5
Annenin Eğitim Durumu	İ. Bitirmemiş	42.9	60.1
	İ. Bitirmiş	36.5	41.7
Doğum Sırası	İlk doğum	37.5	46.5
	Sonraki doğum	39.2	50.6
Doğum Aralığı	< 2 yıl	42.5	56.7
	> 2 yıl	36.2	47.2
Ölen Kardeş	Var	44.6	58.0
	Yok	35.9	45.8
Gebeliğin İstenme Durumu	İstenecek	35.5	46.9
	İstenmeyen	47.8	55.7
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	41.4	54.6
	Erkek	36.7	43.9
Doğum Ağırlığı	< 2500 gr.	78.1	86.8
	> 2500 gr.	29.5	40.9
TOPLAM		38.7 (n= 537)	49.4 (n=1252)

Düzenli izlemeden başka, anneye veya aileye yapılacak beslenme eğitiminin malnütrisyonun iyileşmesinde önemli rolü olduğu da gösterilmiştir. Çankırı'da yapılan araştırmada 30 malnütrisyonlu çocuğun ailesine bir ay süreyle eğitim yapılarak uygun diyetler verilmiş ve sonunda ağırlıklarında önemli artışlar gözlenmiştir (60).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada da 3 ay - 5 yaşlarında 120 malnütrisyonlu çocuğa, gerekli aşı, tedavi yanısıra annelerine beslenme konusunda bilgi verilmiş ve çocuklar 5-12 ay süreyle izlenmişlerdir. Bu arada eğitimler sürdürülerek demonstrasyonlar yapılmıştır. Annelere de çocuklarının ağırlıklarını takip edebilecekleri "büyüme kartları" verilmiş ve sonuçta çocukların % 85.8'i iyileşmiştir. Bu çalışmada beslenme eğitiminin bu konuda eğitilecek herhangi biri tarafından (ebe, hemşire, öğretmen veya ortaokul öğrencisi) verilerek malnütrisyonun azaltılabileceği belirtilmiştir (24).

Aileye yapılacak beslenme eğitiminin yanısıra ek yiyecek de verilmesinin malnütrisyonun önlenmesinde daha yararlı olacağı, Haydarabad ve Columbia'da yapılan iki ayrı çalışmada gösterilmiştir (25, 61).

### III - GEREÇ VE YÖNTEM

#### Araştırma Bölgesine İlişkin Bilgiler :

Bu araştırma, Ankara'nın Çubuk ilçesine bağlı 6 köy (Akyurt, Akkuzulu, Pursaklar, Saray, Tahtayazı, Yk.Çavundur) ile Altındağ ilçesine bağlı 2 köyde (Karapürçek, Kavaklı) yapılmıştır.

Çubuk ilçesine bağlı köylerin Ankara'ya uzaklıkları 17-65 km. arasında olup üç köy (Saray, Akyurt, Pursaklar) ana yol üzerindedir. Altındağ ilçesine bağlı köylerden Karapürçek 2 km, Kavaklı 7 km. uzaklıktadır. Ulaşım sorunu olan köy yoktur.

Araştırma kapsamındaki köylerin hepsinde elektrik, su, ilkokul vardır. 4 köyde (Saray, Pursaklar, Akyurt, Karapürçek) ortaokul da bulunmaktadır.

Halkın çoğu tarımla uğraşmakta, bir kısmı da işçi olarak çeşitli yerlerde çalışmaktadır. Köylerin hepsinin benzer sosyo-kültürel özellikler taşıdığı gözlenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı Çubuk köylerinin üçünde (Akyurt, Saray, Yk.Çavundur) sağlık ocağı, diğer üçünde ise (Pursaklar, Tahtayazı, Akkuzulu) sağlık evi bulunmakta olup buralarda sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modelinde hizmet sunulmaktadır. 0-6 yaş grubundaki çocukları, gebeleri ve doğurgan çağıdaki evli kadınları belli aralıklarla ebeler izlemektedir. Bölgedeki ebeler, sağlık eğitimcisi, halk sağlığı hemşiresi ve diyetisyenden oluşan bir ekip tarafından görevleri başında ve merkezde sürekli eğitilmekte ve desteklenmektedirler.

Altındağ'a bağlı iki köyde ise sağlık hizmetleri biraz farklı yürütülmektedir. Bu köylerden birinde (Karapürçek) oturan ebe, sosyalleştirmede öngörülen gezici hizmetleri yapamamakta, sadece kendisine başvuranların doğum, enjeksiyon, pansuman gibi gereksinimlerini karşılamaya çalışmakta, bağışıklama hizmetlerini yürütmektedir. Kendisi hizmet içi eğitim-denetim görmemektedir. Halk, sağlık sorunlarını çözümlmek için Ankara'da yakın olan Gülveren Sağlık Merkezine başvurmaktadır.

Araştırmanın Tipi :

Bu çalışma müdahale tipinde longitudinal (uzunlamasına) bir araştırmadır.

Örnek Seçimi :

Çubuk bölgesinde, sağlık ocağı bulunan 6 köy ile sağlık evi bulunan 26 köyden; kışın yolu kapanmayan, nüfusu 750'yi geçen ve ebesi bulunan 6 köy rastgele seçilmiştir.

Altındağ'a bağlı köylerin seçiminde ise, araştırmacının köylere ulaşım olanağı temel alınmıştır.

Araştırma Gruplarının Oluşturulması :

Seçilen köyler, sağlık hizmeti olanakları, okul ve yol durumu, daha önceki kayıtlara ve gözlemlere göre malnütrisyon sıklığı ve ebelerin bilgi düzeyleri gözönüne alınarak rastgele eşleştirilmiştir.

I. Grup : Saray-Tahtayazı köyleri (Çubuk)

Özel olarak eğitilmiş ebe hizmeti + diyetisyen desteği

II. Grup : Yk. Çavundur-Pursaklar köyleri (Çubuk)

Özel olarak eğitilmiş ebe hizmeti

III. Grup : Akyurt-Akkuzulu köyleri (Çubuk)

Özel olarak eğitilmemiş ebe hizmeti

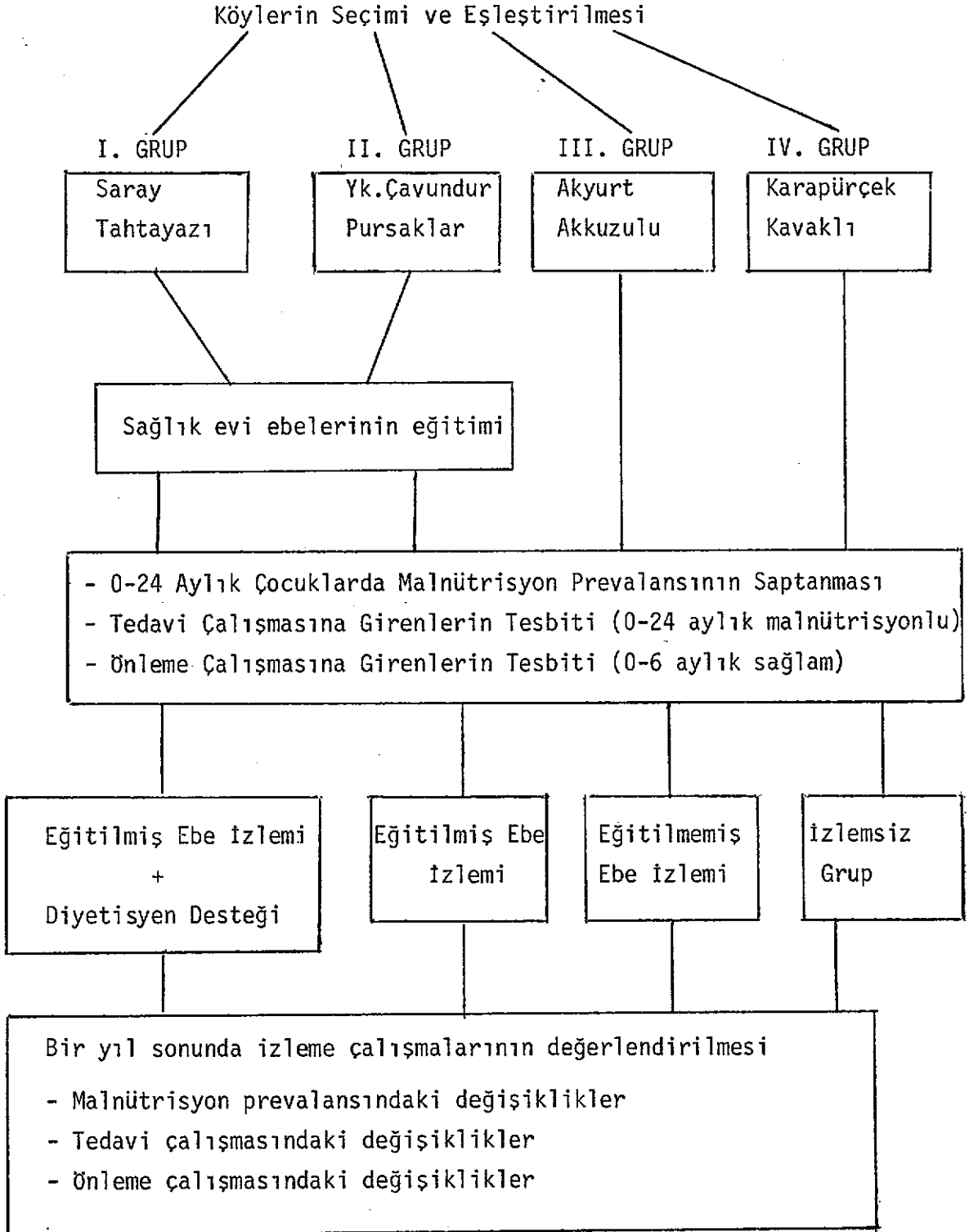
IV. Grup : Karapürçek-Kavaklı köyleri (Altındağ)

Eğitimsiz ve izlemsiz bölge

Araştırma tasarımı özet olarak Şekil 2 'de görülmektedir.



Şekil 2- ARAŞTIRMA TASARIMI



Ebelerin Eğitimi :

Birinci ve ikinci gruptaki ebelerin eğitiminde kullanılmak üzere "Ebeler-Hemşireler İçin Beslenme Eğitim Rehberi" hazırlandı (Ek I). Bu rehber hazırlanırken büyük ölçüde <sup>(x)</sup> D.S.Ö.'nün yayınından yararlanıldı (62). Bu rehberin "Ödevler" kısmı eğitimden bir ay önce ebelere gönderildi ve hazırlayarak gelmeleri istendi. Ön hazırlık döneminden sonra ebelere Sağlık Grup Başkanlığı'nda, rehberde yer alan konuların tartışılmasına dayanan beş günlük eğitim programı uygulandı. Kurs sonunda yapılan sınavda ebelerin aralarında başarı farkı olmadığı saptandı. Sınav soruları Ek II'de verilmiştir.

Üçüncü ve dördüncü gruptaki ebelere özel bir eğitim yapılmadı.

Önleme ve Tedavi Çalışmasına Giren Çocukların Tesbiti :

Araştırma kapsamındaki köylerde, 0-24 aylık çocuklar (1.9.1982-30.9.1984 doğumlu Ek-III deki formlara işlendiler. Bu çocukların Eylül ayındaki izlemlerine göre ağırlık ve boy ölçümleri, "Türk Çocukları İçin Geliştirilmiş Yaşa Göre Boy ve Ağırlık Standartları" (63) ile karşılaştırılarak büyüme durumları değerlendirildi. Ağırlığı standartın % 80'i ve altında olanlarla, boyu standartın % 90'ı ve altında olanlar malnütrisyonlu kabul edildiler. Bu çocukların tümü (91 çocuk) araştırmanın "tedavi çalışması" na girdiler.

Araştırma başında malnütrisyonu olmayan 0-6 aylık bebeklerin tümü (1.3.1984 - 30.9.1984 doğumlu-138 bebek) ise araştırmanın "önleme çalışması" bölümünü oluşturdu.

Verilerin Toplanması :

Araştırmacı, birinci, ikinci ve üçüncü gruptaki ebeleri her ay düzenli olarak ziyaret ederek Ek-III'deki forma kayıtlı çocukların izlem kartlarını inceledi. Malnütrisyon prevalansındaki değişiklikleri inceleyebilmek için her ay yeni doğanlar bu forma ilave edilip 24 ayını dolduranlar çıkarıldı.

(x) D.S.Ö: Dünya Sağlık Örgütü

Önleme ve Tedavi Çalışmasındaki çocukların izlemleri "Bilgi-izlem Formu"na işlendi (Ek IV). Bu arada ziyaretlerde ebelerin el kantarları sağlık evindeki bebek terazileri ve araştırmacıdaki kantar ile karşılaştırıldı. Tutarsız görülenler değiştirildi. Ayrıca yapılan kontrollerle çocukların ağırlık ve boy ölçümlerinin öngörülen şekilde yapılıp yapılmadığı denetlendi.

izlem yapılmayan IV. gruptaki çocukların ölçümleri, araştırmacı ile eğitilmiş iki hemşire tarafından 4 aylık ara ile ölçüldü, aynı şekilde formlara işlendi.

#### Ebelerin Denetimi ve Diyetisyen Desteği :

Birinci, ikinci ve üçüncü gruptaki ebelerin hizmetiçi eğitim ve denetimleri, Halk Sağlığı Hemşiresi ve Sağlık Eğitimsi tarafından düzenli aralıklarla sürdürüldü. Diyetisyen yalnız birinci gruptaki ebelerle aktif ilişki kurarak, araştırma kapsamındaki çocukların büyüme ve gelişme durumlarını her ay onlarla tartıştı. Gerekli gördüğünde çocukları Sağlık Evine çağırarak veya evlere giderek ebe ile birlikte eğitim yaptı. Dördüncü grupta ise ebeye hiçbir eğitim-denetim yapılmadı.

#### Araştırma Süresi :

Araştırma 1.9.1984 tarihinde başlayıp 30.9.1985 tarihinde sona erdi. Bu araştırmada harcanan zaman şu şekilde özetlenebilir:

Eğitim Kursu : Araştırma başında 5 gün sürmüştür.

Veri Toplama : Bölge içindeki 6 köye her ay birer gün gidilmiştir.

Bölge dışındaki 2 köye 4 ay ara ile iki gün gidilmiştir. Veri toplama aşamasında bir yıl boyunca 80 gün harcanmıştır.

Toplam olarak bu araştırma 85 iş gününde yapılmıştır.

Tanımlamalar :

Malnütrisyon : Ağırlığı, "Türk Çocukları İçin Geliştirilmiş Standart Ağırlık Cetvelleri"ndeki değerin % 80'i ve altında olanlar malnütrisyonlu olarak değerlendirilmiştir.

Ailenin Ekonomik Durumu : Ebelerin aileleri tanıdığı süre içindeki gözlemlerine dayanarak evdeki halı, buzdolabı, radyo, eşyalar, ailenen yiyecek bulma olanakları ölçüt alınmış ve buna göre aileler "iyi", "orta", "kötü" şeklinde gruplandırılmıştır.

Çocuğun Doğum Ağırlığı : Doğrudan sonra ilk 24 saat içinde tartılabilen çocukların ağırlıkları "2500 gramdan az ve 2500 gr ve çok" olarak gruplandırılmıştır.

Annenin Gebelik Aralığı : Annenin bir önceki gebeliğinin sona ermesi ile araştırmadaki çocuğa gebe kalması arasında geçen süre ay olarak hesaplanmış ve "24 ay ve az", "25 ay ve çok" şeklinde gruplandırılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi :

Toplanan veriler, başlangıçtan itibaren 4., 8., ve 12. aylardaki boy-ağırlık ölçümlerinin standartlarla karşılaştırılması ile değerlendirilmiştir. Boya göre malnütrisyonlu olanların hepsinin aynı zamanda ağırlığa göre de malnütrisyonlu olduğu tespit edilmiştir. Boy uzaması genellikle uzun süreli malnütrisyonunda duraklama gösterdiği ve kısa süreli malnütrisyonları gösterme açısından ağırlık ölçümleri kadar duyarlı olmadığı düşüncesiyle, gruplar yalnızca ağırlık ölçümlerindeki farklılıklar açısından kıyaslanmıştır.

Araştırma gruplarına ait veriler veri kodlamaya geçilerek gruplar arası farklılıkların önemi Khii-Kare (Fisher, Yates düzeltmeli ve normal) ile Kolmogrov-Smirnov testleri ile saptanmıştır.

Araştırma başındaki ve sonundaki malnütrisyon prevalansı "Yüzdeler Arası Farklılıkların Önemi" testi ile karşılaştırılmıştır.(64, 65, 66).

#### IV - BULGULAR

Bu bölümde, önce araştırma kapsamına giren dört grup arasında, malnütrisyon oluşumunu etkileyebilecek faktörler ve malnütrisyon prevalansı açısından başlangıçta fark olup olmadığı incelenmiş, daha sonra önleme ve tedavi çalışmalarına yapılan müdahalenin araştırma gruplarında oluşturduğu değişiklikler karşılaştırılmıştır.

##### 1. ARAŞTIRMA BAŞINDAKİ BULGULAR

##### 1.1 - Malnütrisyon oluşumunu ve Yaygınlığının Etkileyen Faktörler Açısından Grupların Durumu

1.1.1 - Cinsiyet : Araştırma kapsamına giren çocukların cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo 3 ve Tablo 4'de görülmektedir.

Tablo 3 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Cinsiyetleri

Araştırma Grupları	C İ N S İ Y E T					
	K I Z		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	10	47.6	11	52.3	21	100.0
II. Grup	14	45.2	17	54.8	31	100.0
III. Grup	26	48.1	28	51.9	54	100.0
IV. Grup	15	46.9	17	53.1	32	100.0
TOPLAM	65	47.1	73	52.9	138	100.0

$$\chi^2 = 7.8 \quad SD = 3 \quad P > 0.05$$

Tablodan da görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki çocukların % 47.1'i kız, % 52.9'u erkektir. Araştırma grupları arasında çocukların cinsiyetleri açısından önemli fark yoktur.

Tablo 4 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Cinsiyetleri

Araştırma Grupları	C İ N S İ Y E T					
	K I Z		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	14	63.6	8	36.4	22	100.0
II. Grup	11	47.8	12	52.2	23	100.0
III. Grup	19	65.5	10	34.6	29	100.0
IV. Grup	8	47.0	9	53.0	17	100.0
TOPLAM	52	57.1	39	42.9	91	100.0

$$\chi^2 = 3.5 \quad SD= 3 \quad P > 0.05$$

Tablo 4'den görüldüğü gibi tedavi çalışmasındaki çocukların % 57.1'i kız, % 42.9'u erkektir. Araştırma grupları arasında çocukların cinsiyetleri açısından önemli fark yoktur.

1.1.2 - Ailenin Ekonomik Durumu : Araştırma kapsamındaki ailelerin ekonomik durumlarına göre dağılımları Tablo 5 ve 6'da görülmektedir.

Tablo 5 - Araştırma Gruplarına göre Önleme Çalışmasındaki Ailelerin Ekonomik Durumları

Araştırma Grupları	Ailenin Ekonomik Durumu							
	İ Y İ		O R T A		K Ö T Ü		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	13	61.9	6	28.6	2	9.5	21	100.0
II. Grup	21	67.7	7	22.6	3	9.7	31	100.0
III. Grup	31	57.4	18	33.3	5	9.3	54	100.0
IV. Grup	16	50.0	13	40.6	3	9.4	32	100.0
TOPLAM	81	58.7	44	31.9	13	9.4	138	100.0

Kolmogorov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 5'den de görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki ailelerin % 58.7'sinin ekonomik durumu iyi, % 31.9'unun orta, % 9.4'ünün ise kötüdür. Araştırma grupları arasında ailenin ekonomik durumları açısından önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 6 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Ailelerin Ekonomik Durumları

Araştırma Grupları	Ailenin Ekonomik Durumu						TOPLAM	
	İ Y İ		O R T A		K Ő T Ő		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	10	45.5	7	31.8	5	22.7	22	100.0
II. Grup	7	30.4	8	34.8	8	34.8	23	100.0
III. Grup	14	48.3	13	44.8	2	6.9	29	100.0
IV. Grup	4	23.5	12	70.6	1	5.9	17	100.0
TOPLAM	35	38.4	40	44.0	16	17.6	91	100.0

I - II grup için  $\chi^2 = 1.433$  SD = 2  $P > 0.05$

Diğer gruplara Kolmogrov-Smirnov yapıldı  $P > 0.05$

Tablo 6'dan da görüldüğü gibi tedavi çalışmasındaki ailelerin % 38.4'ünün ekonomik durumu iyi, % 44'ünün orta, % 17.6'sının ise kötüdür. Araştırma grupları arasında ailelerin ekonomik durumları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

1.1.3 - Aile Tipi: Araştırma kapsamındaki çocukların aile tipi dağılımları Tablo 7 ve 8 de görülmektedir.

Tablo 7 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Aile Tipi

Araştırma Grupları	Aile Tipi				Toplam	
	Çekirdek		Geniş		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	6	28.6	15	71.4	21	100.0
II. Grup	15	48.4	16	51.6	31	100.0
III. Grup	10	18.5	44	81.5	54	100.0
IV. Grup	12	37.5	20	62.5	32	100.0
TOPLAM	43	31.1	95	68.9	138	100.0

$$\chi^2 = 10.622 \quad SD = 3 \quad P < 0.05 \quad (\text{II-III. Gruplar arasında})$$

Tablo 7'den de görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki çocukların % 31.1'i çekirdek, % 68.9'u geniş ailedendir. III. grupta geniş aile oranı % 81.5 olup II. grupdan önemli derecede çoktur ( $P < 0.05$ ). Diğer gruplar arasında önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 8 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Aile Tipi

Araştırma Grupları	Aile Tipi				Toplam	
	Çekirdek		Geniş		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	11	50.0	11	50.0	22	100.0
II. Grup	7	30.4	16	69.6	23	100.0
III. Grup	8	27.6	21	72.4	29	100.0
IV. Grup	2	11.8	15	88.2	17	100.0
TOPLAM	28	30.8	63	69.2	91	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$



Tablo 8'den görüldüğü gibi tedavi çalışmasındaki çocukların % 69.2'si geniş, % 30.8'i çekirdek ailedendir. Araştırma grupları arasında aile tipi açısından önemli fark bulunmamıştır.

1.1.4 - Ailedeki Kişi Sayısı : Araştırma Kapsamındaki çocukların ailede kişi sayısına göre dağılımları Tablo 9 ve 10'da görülmektedir.

Tablo 9 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Ailedeki Kişi Sayısı

Araştırma Grupları	Ailedeki Kişi Sayısı						TOPLAM	
	$\leq 4$		5-6		$7 \leq$		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	5	23.8	5	23.8	11	33.3	21	100.0
II. Grup	6	19.4	15	48.4	10	32.3	31	100.0
III. Grup	7	13.0	11	20.3	36	66.7	54	100.0
IV. Grup	3	9.4	9	28.1	20	62.5	32	100.0
TOPLAM	21	15.2	40	29.0	77	55.8	138	100.0

Kolmogrov - Şmirnov testi yapılmıştır.

I-III grup için  $P < 0.05$

Diğer gruplar için  $P > 0.05$

Tablo 9'dan görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki çocukların % 15.2 sinde ailedeki kişi sayısı 4 den az, % 29.0'unda 5-6, % 55.8'inde 7'den çoktur. II. grupda ailede 7 kişiden çok olanların oranı (% 32.3) III. grupdan (% 66.7) önemli derecede azdır ( $P < 0.05$ ). Diğer gruplar arasında ailedeki kişi sayısı açısından önemli fark yoktur.

Tablo 10 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Ailede Kişi Sayısı

Araştırma Grupları	Ailedeki Kişi Sayısı						TOPLAM	
	≤4		5-6		7 ≤		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	2	9.1	3	13.6	17	77.2	22	100.0
II. Grup	1	4.3	6	26.1	16	69.6	23	100.0
III. Grup	3	10.3	3	10.3	23	79.3	29	100.0
IV. Grup	1	5.9	5	29.4	11	64.7	17	100.0
TOPLAM	7	7.7	17	18.7	67	73.6	91	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 10'dan görüleceği gibi, tedavi çalışmasındaki çocukların % 7.7' sinde ailedeki kişi sayısı 4'den az, % 18.7'sinde 5-6, % 73.6'sında 7'den çoktur. Araştırma grupları arasında ailedeki kişi sayıları açısından önemli fark bulunmamaktadır.

1.1.5 - Annenin Eğitim Durumu : Araştırma kapsamındaki annelerin eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 11 ve 12'de görülmektedir.

Tablo 11 - Araştırma Gruplarına Göre Ölleme Çalışmasındaki Çocukların Annelerinin Eğitim Durumları

Araştırma Grupları	Annenin Eğitim Durumu				TOPLAM	
	Okur-Yazar Değil		Okur-Yazar ve ↑		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	4	19.0	17	80.9	21	100.0
II. Grup	6	19.4	25	80.6	31	100.0
III. Grup	10	18.5	44	81.5	54	100.0
IV. Grup	6	18.8	26	81.3	32	100.0
TOPLAM	26	18.8	112	81.3	138	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 11'den görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki çocukların annelerinin % 18.8'i okuma-yazma bilmemekte, % 81.3'ü okur-yazar ve üstü eğitim görmüştür. Araştırma grupları arasında annelerin eğitim durumları açısından önemli fark yoktur.

Tablo 12 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Annelerinin Eğitim Durumları

Araştırma Grupları	Annenin Eğitim Durumu				TOPLAM	
	Okur-Yazar Sayı	Değil %	Okur-Yazar ve ↑ Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	13	59.1	9	40.9	22	100.0
II. Grup	13	56.5	10	43.5	23	100.0
III. Grup	17	58.6	12	41.4	29	100.0
IV. Grup	3	17.6	14	82.4	17	100.0
TOPLAM	46	50.5	45	49.5	91	100.0

$$\chi^2 = 0.245 \quad SD: 3 \quad P > 0.05$$

Tablodan da görüldüğü gibi, tedavi çalışmasındaki çocukların annelerinin % 50.5'i okur-yazar değildir, % 49.5'u ise okur-yazar ve üstü eğitim görmüştür. Araştırma grupları arasında annelerin eğitim durumları açısından önemli fark yoktur.

1.1.6 - Babanın Eğitim Durumu : Tablo 13 ve 14'de araştırma kapsamındaki çocukların babalarının eğitim durumları görülmektedir.

Tablo 13 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Babalarının Eğitim Durumları

Araştırma Grupları	Babanın Eğitim Durumu				TOPLAM	
	Okur-Yazar Değil Sayı	%	Okur-Yazar ve ↑ Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	1	4.8	20	95.2	21	100.0
II. Grup	1	3.2	30	96.8	31	100.0
III. Grup	3	5.6	51	94.4	54	100.0
IV. Grup	2	6.3	30	93.7	32	100.0
TOPLAM	7	5.1	131	94.9	138	100.0

Kolmogrov - Şmirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 13'den görüldüğü gibi, önleme çalışmasındaki çocukların % 5.1'i nin babası okuma-yazma bilmemektedir, % 94.9'u ise okur-yazar ve üstü eğitim görmüştür. Araştırma grupları arasında babaların eğitim durumları açısından önemli fark yoktur.

Tablo 14 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Babalarının Eğitim Durumları

Araştırma Grupları	Babanın Eğitim Durumu				TOPLAM	
	Okur-Yazar Değil Sayısı	%	Okur-Yazar ve ↑ Sayısı	%	Sayı	%
I. Grup	-	-	22	100.0	22	100.0
II. Grup	2	8.7	21	91.3	23	100.0
III. Grup	4	13.8	25	86.2	29	100.0
IV. Grup	-	-	17	100.0	17	100.0
TOPLAM	6	6.6	85	93.4	91	100.0

Kolmogrov - Şmirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 14'den görüldüğü gibi, tedavi çalışmasındaki çocukların % 6.6' sının babası okuma-yazma bilmemektedir, % 93.4'ü ise okur-yazar ve üstü eğitim görmüştür. Araştırma grupları arasında babaların eğitim durumları açısından önemli fark yoktur.

1.1.7 - Anne Yaşı : Araştırma kapsamındaki annelerin yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 15 ve 16'da görülmektedir.

Tablo 15 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Annelerinin Yaş Grupları

Araştırma Grupları	Annenin Yaş Grubu						TOPLAM	
	19 >>		20-29		30 <<		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	3	14.2	15	71.4	3	14.2	21	100.0
II. Grup	6	19.4	17	54.8	8	25.8	31	100.0
III. Grup	5	9.3	37	68.5	12	22.2	54	100.0
IV. Grup	6	18.8	19	59.3	7	21.9	32	100.0
TOPLAM	20	14.5	88	63.8	30	21.7	138	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 15'den görüldüğü gibi, önleme çalışmasındaki çocukların annelerinin % 14.5'unun yaşı 19 dan küçük, % 63.8'inin yaşı 20-29, % 21.7'sinin ise 30 dan büyüktür. Araştırma grupları arasında anne yaşı açısından önemli fark yoktur.

Tablo 16 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Annelerinin Yaş Grupları

Araştırma Grupları	Annenin Yaş Grubu						TOPLAM	
	19 >>		20-29		30 <<		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	0	-	14	63.6	8	36.4	22	100.0
II. Grup	1	4.3	17	73.9	5	21.7	23	100.0
III. Grup	2	6.9	22	75.9	5	17.2	29	100.0
IV. Grup	0	-	13	76.5	4	23.5	17	100.0
TOPLAM	3	3.3	66	72.5	22	24.2	91	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 16'dan da görüldüğü gibi, tedavi çalışmasındaki çocukların annelerinin % 3.3'ünün yaşı 19 dan küçüktür. % 72.5'i 20-29 yaşlarında, % 24.2'si ise 30 yaşından büyüktür. Araştırma grupları arasında annelerin yaş grupları açısından önemli fark bulunmamıştır.

1.1.8 - Annenin Gebelik Aralığı : Annenin bir önceki gebeliğinin sona ermesi ile araştırmadaki çocuğa gebe kalması arasında geçen süre annenin gebelik aralığını oluşturmuştur. Buna göre dağılımlar Tablo 17 ve 18'de görülmektedir.

Tablo 17 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Annelerinin Gebelik Aralığı

Araştırma Grupları	Annenin Gebelik Aralığı				İlk Gebelik		TOPLAM	
	24 ay $\geq$ Sayı	%	25 ay $\leq$ Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	3	14.3	6	28.6	12	57.1	21	100.0
II. Grup	7	22.6	14	45.2	10	32.3	31	100.0
III. Grup	21	38.9	15	27.8	18	33.3	54	100.0
IV. Grup	15	46.9	10	31.3	7	21.9	32	100.0
TOPLAM	46	33.3	45	32.6	47	34.1	138	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 17'den görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki çocukların annelerinin % 33.3'ünün gebelik aralığı 24 aydan azdır, % 32.6'sının ise 25 ay ve daha çoktur. Araştırma grupları arasında annelerin gebelik aralığı açısından anlamlı fark yoktur.

Tablo 18 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Annelerinin Gebelik Aralığı

Araştırma Grupları	Annenin Gebelik Aralığı						TOPLAM	
	24 ay $\geq$		25 ay $\leq$		İlk Gebelik		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	15	68.2	5	22.7	2	9.1	22	100.0
II. Grup	15	65.2	5	21.7	3	9.7	23	100.0
III. Grup	15	51.7	7	24.1	7	24.1	29	100.0
IV. Grup	11	64.7	1	5.9	5	29.4	17	100.0
TOPLAM	56	61.5	18	19.8	17	18.7	91	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablodan görüleceği üzere, tedavi çalışmasındaki çocukların % 61.5'i- nin annesinin gebelik aralığı 24 aydan azdır, % 19.8'inin ise 25 ay ve daha çoktur. Araştırma grupları arasında annelerin gebelik aralıkları açısından önemli fark bulunmamıştır.

1.1.9 - Çocuğun Doğum Ağırlığı : Doğduğu gün, ilk 24 saat içinde tartılabilen çocuklar değerlendirmeye alınmışlardır. Bu veriler Tablo 19 ve 20' de görülmektedir.

Tablo 19 - Araştırma Gruplarına Göre Ölçme Çalışmasındaki Çocukların Doğum Ağırlığı

Araştırma Grupları	Çocuğun Doğum Ağırlığı				TOPLAM	
	2500 gr. $\geq$		2501 gr. $\leq$		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	2	9.5	19	90.5	20	100.0
II. Grup	-	-	31	100.0	31	100.0
III. Grup	3	6.8	41	93.2	44	100.0
IV. Grup	1	5.5	17	94.5	18	100.0
TOPLAM	6	5.3	108	94.7	114	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.005$

Tablodan görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki çocukların % 5.3'ünün doğum ağırlığı 2500 gramdan az, % 94.7'sinin 2500 gramdan çoktur. Araştırma grupları arasında çocukların doğum ağırlıkları açısından önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 20 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Doğum Ağırlıkları

Araştırma Grupları	Çocuğun Doğum Ağırlığı				TOPLAM	
	2500 gr. $\geq$ Sayı	%	2501 gr. $<$ Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	8	38.1	13	61.9	21	100.0
II. Grup	4	19.1	17	80.9	21	100.0
III. Grup	6	24.0	19	76.0	25	100.0
IV. Grup	1	9.1	10	90.9	11	100.0
TOPLAM	19	24.4	59	75.6	78	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablo 20'den görüldüğü gibi, tedavi çalışmasındaki çocukların % 24.4'ünün doğum ağırlığı 2500 gramdan azdır. Araştırma grupları arasında çocukların doğum ağırlığı açısından önemli fark yoktur.

1.1.10 - Yaşayan Kardeş Sayısı : Araştırma kapsamındaki çocukların yaşayan kardeş sayısına göre dağılımları Tablo 21 ve 22'de görülmektedir.



Tablo 21 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Yaşayan Kardeş Sayıları

Araştırma Grupları	Kendinden başka kardeşi						TOPLAM	
	YOK		1-2		3+		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	12	57.1	7	33.3	2	9.5	21	100.0
II. Grup	10	32.3	14	45.2	7	22.5	31	100.0
III. Grup	18	33.3	20	37.0	16	29.6	54	100.0
IV. Grup	7	21.9	17	53.1	8	25.0	32	100.0
TOPLAM	47	34.1	58	42.0	33	23.9	138	100.0

$$\chi^2 = 9.019 \quad SD = 6 \quad P > 0.05$$

Tablodan görüldüğü gibi, önleme çalışmasındaki çocukların % 34.1'inin yaşayan kardeşi yoktur, % 42'sinin 1-2, % 23.9'unun ise 3 den fazla kardeşi vardır. Araştırma grupları arasında çocukların yaşayan kardeş sayıları açısından önemli fark yoktur.

Tablo 22 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Yaşayan Kardeş Sayıları

Araştırma Grupları	Kendinden başka kardeşi						TOPLAM	
	YOK		1-2		3+		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	2	9.1	7	31.8	13	59.0	22	100.0
II. Grup	3	13.0	13	56.5	7	30.4	23	100.0
III. Grup	7	24.1	13	44.8	9	31.0	29	100.0
IV. Grup	5	29.4	9	52.9	3	17.6	17	100.0
TOPLAM	17	18.7	42	46.2	32	35.2	91	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablodan da görüldüğü gibi, tedavi çalışmasındaki çocukların % 18.7'sinin kendinden başka kardeşi yoktur. Üç ve fazla kardeşi olanların oranı ise % 35.2 dir. Araştırma grupları arasında yaşayan kardeş sayısı açısından önemli fark yoktur.

1.1.11 - Ölen Kardeş Sayısı : Ölen çocuk sayısı az olduğu için bu faktör ölen kardeşi "var,, "yok,, şeklinde değerlendirilmiştir. Değerlendirme dağılımları Tablo 23 ve 24'de görülmektedir.

Tablo 23 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Ölen Kardeş Sayıları

Araştırma Grupları	Ölen Kardeşi				TOPLAM	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	2	9.5	19	90.5	21	100.0
II. Grup	3	9.7	28	90.3	31	100.0
III. Grup	6	16.7	45	83.3	54	100.0
IV. Grup	2	9.4	29	90.6	32	100.0
TOPLAM	13	12.3	121	87.7	138	100.0

Kolmogrov - Simirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

Tablodan görüldüğü gibi önleme çalışmasındaki çocukların % 12.3'ünün ölen kardeşi vardır. Araştırma grupları arasında ölen kardeş açısından önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 24 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Ölen Kardeş Sayıları

Araştırma Grupları	Ölen Kardeşi				TOPLAM	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	12	45.5	10	54.5	22	100.0
II. Grup	8	65.2	15	34.8	23	100.0
III. Grup	9	31.0	20	69.0	29	100.0
IV. Grup	5	29.5	12	70.5	17	100.0
TOPLAM	34	37.4	57	62.6	91	100.0

$\chi^2 = 4.119$  SD: 3  $P > 0.05$

Tablo 24 incelendiğinde, tedavi çalışmasındaki çocukların % 37.4'ünün ölen kardeşi olduğu görülmektedir. Araştırma grupları arasında ölen kardeş açısından önemli fark bulunmamıştır.

1.2- Malnütrisyon Prevalansı :

Araştırma gruplarına göre 0-24 aylık çocuklarda malnütrisyon prevalansı Tablo 25'de görülmektedir.

Tablo 25 - Araştırma Gruplarına Göre 0-24 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Prevalansı (EYLÜL 1984)

	ARAŞTIRMA GRUPLARI				GENEL
	I.GRUP	II.GRUP	III.GRUP	IV.GRUP	
0-12 aylık Çocuk Sayısı	63	91	114	51	319
Malnütrisyonlu Çocuk Sayısı	10	13	18	7	48
Malnütrisyon Prevalansı (%)	15.9	14.3	15.8	13.7	15.0
13-24 aylık Çocuk Sayısı	48	88	81	43	260
Malnütrisyonlu Çocuk Sayısı	12	10	11	10	43
Malnütrisyon Prevalansı (%)	25.0	11.4	13.6	23.3	16.5
0-24 aylık Çocuk Sayısı	111	179	195	94	579
Malnütrisyonlu Çocuk Sayısı	22	23	29	17	91
Malnütrisyon Prevalansı (%)	19.8	12.8	14.9	18.1	15.7
0-12 ay için $\chi^2 = 0.186$	SD: 3	$P > 0.05$			
13-24 ay için $\chi^2 = 6.323$	SD: 3	$P > 0.05$			
0-24 ay için $\chi^2 = 2.972$	SD: 3	$P > 0.05$			

Tablo 25'den de görüldüğü gibi, 0-24 aylık çocukların % 15.7'si malnütrisyonludur. Bu oran en yüksek I. grupta (%19.8), en az ise II. gruptadır (%12.8). Araştırma grupları arasında malnütrisyon prevalansı açısından anlamlı fark yoktur.

## 2. ARAŞTIRMA SONUNDAKİ BULGULAR

### 2.1. Malnütrisyon Prevalansındaki Değişmeler :

Bir yıl sonunda 0-24 aylık çocuklarda malnütrisyon prevalansı Tablo 26'da görülmektedir.

Tablo 26 - Araştırma Sonunda 0-24 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Prevalansı (EYLÜL 1985)

	Araştırma Grupları				GENEL
	I. GRUP	II.GRUP	III.GRUP	IV.GRUP	
0-12 aylık Çocuk Sayısı	54	81	99	43	277
Malnütrisyonlu Çocuk Sayısı	3	9	20	6	38
Malnütrisyon Prevalansı (%)	5.6	11.1	20.2	14.0	13.7
13-24 aylık Çocuk Sayısı	54	86	84	43	266
Malnütrisyonlu Çocuk Sayısı	1	13	24	8	46
Malnütrisyon Prevalansı (%)	1.9	15.1	28.6	18.6	17.2
0-24 aylık Çocuk Sayısı	108	167	183	86	544
Malnütrisyonlu Çocuk Sayısı	4	22	44	14	84
Malnütrisyon Prevalansı	3.7	13.2	24.0	16.3	15.4
0-12 ay için $\chi^2 = 6.9$	SD: 3	$P > 0.05$			
13-24 ay için $\chi^2 = 16.8$	SD: 3	$P < 0.001$			
0-24 ay için $\chi^2 = 22.4$	SD: 3	$P < 0.01$			

Tablo 26'dan da görüldüğü gibi araştırma sonunda malnütrisyon prevalansı, 0-12 aylık çocuklarda % 13.7, 13-24 aylıklarda % 17.2, 0-24 ay genelde % 15.4 olarak bulunmuştur. Malnütrisyon prevalansı hem 13-24 ay için ( $P < 0.001$ ) hem de 0-24 ay için ( $P < 0.01$ ), I. grupta diğer üç gruptan önemli derecede azdır.

## 2.2. Araştırma Sonunda Önleme Çalışmasında Elde Edilen Bulgular

Araştırma başında 0-6 ay yaş grubunda olup malnütrisyonu olmayan çocuklar "önleme çalışması" nı oluşturmuştu. Bu çalışmaya giren 138 çocuktan biri öldüğü için değerlendirmeler 137 çocuk üzerinden yapılmıştır.

### 2.2.1- Önleme Çalışmasındaki Çocukların Araştırma Boyunca Malnütrisyona Girme Durumları

Tablo 27'den görüleceği gibi, bir boyunca malnütrisyona girme oranı % 19.0 olmuştur. Bu oran I. grupta % 4.7, II. grupta % 6.5 olup diğer iki gruptan önemli derecede az bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Tablo 27 - Araştırma Gruplarına Göre Önleme Çalışmasındaki Çocukların Malnütrisyona Girme Durumları

Araştırma Grupları	Malnütrisyona Giren		Malnütrisyona Girmeyen		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	1	4.7	20	95.3	21	100.0
II. Grup	2	6.5	29	93.5	31	100.0
III. Grup	15	28.3	38	71.7	53	100.0
IV. Grup	8	25.0	24	75.0	32	100.0
TOPLAM	26	19.0	111	81.0	137	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P < 0.05$

### 2.2.2 - Önleme Çalışmasındaki Çocukların Araştırma Sonundaki Durumları.

Tablo 28'den görüleceği gibi, araştırma sonunda, önleme çalışmasındaki çocukların % 16.7'si malnütrisyonlu bulunmuştur. Malnütrisyonlu çocuk oranı I. grupda % 4.7 olup III. ve IV. gruptan önemli derecede azdır ( $P < 0.05$ ). Diğer gruplar arasında önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 28 - Araştırma Gruplarına Göre Ölleme Çalışmasındaki Çocukların Son Durumları

Araştırma Grupları	Araştırma Sonunda				TOPLAM	
	Malnütrisyonlu		Normal		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	1	4.7	20	95.3	21	100.0
II. Grup	2	6.5	29	93.5	31	100.0
III. Grup	14	26.4	39	73.6	53	100.0
IV. Grup	6	18.8	26	81.2	32	100.0
TOPLAM	23	16.7	114	83.3	137	100.0

Tek yönlü Kolmogrov Smirnov  $\chi^2 = 6.84$   $P < 0.05$

2.2.3- Ölleme Çalışmasındaki Çocukların, Başlangıçtaki Ağırlık Oranlarına Göre Malnütrisyonu Girme Durumları.

Tablo 29'dan da görüleceği gibi, araştırma başında ağırlığı standartın % 91-100'ü arasında olanların % 15.8'i, 81-90'ı arasında olanların ise % 41.2'si malnütrisyonu girmiştir. Araştırma grupları arasında, başlangıçtaki ağırlık oranına göre malnütrisyonu girme açısından önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 29 - Araştırma Gruplarına ve Çocukların Başlangıçtaki Ağırlık Oranlarına Göre Malnütrisiyona Girme Durumları

Araştırma Grupları	Araştırma Başındaki Ağırlık %	Araştırma Boyunca Malnütrisiyona				TOPLAM	
		GİRDİ Sayı	%	GİRMEDİ Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	81-90	1	5.9	3	94.1	4	100.0
	91-100	-	-	17	100.0	17	100.0
II. Grup	81-90	-	-	-	-	-	-
	91-100	2	6.5	29	93.5	31	100.0
III. Grup	81-90	3	37.5	5	62.5	8	100.0
	91-100	10	22.2	35	77.8	45	100.0
IV. Grup	81-90	3	60.0	2	40.0	5	100.0
	91-100	19	22.2	21	77.8	27	100.0
TOPLAM	81-90	7	41.2	10	58.8	17	100.0
	91-100	19	15.8	101	75.8	120	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$

#### 2.2.4- Önleme Çalışmasındaki Çocukların Malnütrisiyona Giriş Yaşları.

Tablo 30'dan görüleceği gibi malnütrisiyona girme oranı en yüksek 7-12 aylarda (% 57.7), en düşük 0-6 aylarda (% 3.8) olmaktadır.

Tablo 30 - Araştırma Gruplarına Göre, Önleme Çalışmasındaki Çocukların Malnütrisiyona Girme Yaşı

Araştırma Grupları	Malnütrisiyona Girme Yaşı (Ay)						TOPLAM	
	0-6 ay		7-12 ay		13-18 ay		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	-	-	1	100.0	-	-	1	100.0
II. Grup	-	-	2	100.0	-	-	2	100.0
III. Grup	1	6.7	6	40.0	8	53.3	15	100.0
IV. Grup	-	-	6	75.0	2	25.0	8	100.0
TOPLAM	1	3.8	15	57.7	10	38.5	26	100.0

Sayılar yetersiz olduğundan önemlilik testi yapılmamıştır.

2.2.5 - Önleme Çalışmasında, Malnütrisiyona Girmeyen Çocukların Araştırma Sonundaki Ağırlık Oranları

Araştırmada, malnütrisiyona girmeyen 111 çocuğun araştırma sonundaki ağırlıkları standarta göre değerlendirildiğinde % 18.9'unun ağırlığının standartın % 81-90'ı arasında olduğu görüldü. Araştırma grupları arasında, malnütrisiyona girmeyenlerin araştırma sonundaki ağırlık oranları açısından önemli fark bulunmamıştır (Tablo 31).

Tablo 31 - Araştırma Gruplarına Göre, Malnütrisiyona Girmeyen Çocukların Araştırma Sonundaki Ağırlık Oranları

Araştırma Grupları	Araştırma Sonundaki Ağırlık Oranı				TOPLAM	
	81 - 90		91 - 100		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	3	15.0	17	85.0	20	100.0
II. Grup	9	31.0	20	69.0	29	100.0
III. Grup	5	13.2	33	86.0	38	100.0
IV. Grup	4	16.7	20	83.3	24	100.0
TOPLAM	21	18.9	90	81.1	111	100.0

Kolmogorov - Smirnov testi yapılmıştır.  $P > 0.05$



### 2.3- Araştırma Sonunda Tedavi Çalışmasında Elde Edilen Bulgular

Araştırma başında, 0-24 ay yaş grubundaki çocuklardan malnütrisyonlu olanlar "tedavi çalışması" kapsamına girmişti.

#### 2.3.1- Tedavi Çalışmasındaki Çocukların İyileşme Oranları

Araştırma süresince, tedavi çalışmasındaki 91 çocuktan % 46.2'si iyileşmiştir. Tablo 32'den de görüleceği gibi, iyileşme oranı I. grupta % 86.4 olup diğer gruplardan önemli derecede yüksek bulunmuştur. ( $P < 0.01$ ).

Tablo 32 - Araştırma Gruplarına Göre Tedavi Çalışmasındaki Çocukların İyileşme Durumları

Araştırma Grupları	Araştırma Sonunda				TOPLAM	
	İYİLEŞEN		İYİLEŞMEYEN		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
I. Grup	19	86.4	3	13.6	22	100.0
II. Grup	11	47.8	12	52.2	23	100.0
III. Grup	8	27.6	21	72.4	29	100.0
IV. Grup	4	23.5	13	76.5	17	100.0
TOPLAM	42	46.2	49	53.8	91	100.0

Kolmogorov - Smirnov testi yapılmıştır.

$P < 0.01$

### 2.3.2- Tedavi Çalışmasındaki Çocukların, Araştırma Başındaki Ağırlık Oranlarına Göre İyileşme Durumları

Çocukların, başlangıçtaki standarta göre ağırlık oranlarının iyileşmeye etkisi incelenmiş ve başlangıçta ağırlığı standartın % 71-80'i arasında olanlarda iyileşme oranları daha yüksek olduğu (% 49.3) görülmüştür (Tablo 33). I. grupta başlangıçtaki ağırlığı standartın % 71-80'i arasında olanların tümü iyileşmiş olup, diğer üç gruptan önemli derecede farklıdır ( $P < 0.001$ ). Başlangıçtaki ağırlığı standartın % 70'inden az olanlarda iyileşme oranı araştırma grupları arasında önemli farklılık göstermemiştir.

Tablo 33 - Araştırma Gruplarına ve Başlangıçtaki Ağırlık Oranlarına Göre Malnütrisyonluların İyileşme Durumları

Araştırma Grupları	Başlangıçtaki Ağırlık		İYİLEŞEN		İYİLEŞMEYEN		TOPLAM	
	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
I. Grup	70 $\geq$	2	40.0	3	60.0	5	100.0	
	71-80	17	100.0	-	-	17	100.0	
II. Grup	70 $\geq$	2	66.7	1	33.3	3	100.0	
	71-80	9	45.0	11	55.0	20	100.0	
III. Grup	70 $\geq$	1	20.0	4	80.0	5	100.0	
	71-80	7	29.2	17	70.8	24	100.0	
IV. Grup	70 $\geq$	-	-	3	100.0	3	100.0	
	71-80	4	28.6	10	71.4	14	100.0	
TOPLAM	70 $\geq$	5	31.3	11	68.7	16	100.0	
	71-80	37	49.3	38	50.7	75	100.0	

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.

70 $\geq$  için  $P > 0.05$

71-80 için  $P < 0.01$

### 2.3.3- Tedavi Çalışmasındaki iyileşen Çocukların Araştırma Sonunda Eriştikleri Ağırlık Standartı Değerleri

Araştırma süresince iyi olan 42 çocuğun eriştiği standart ağırlık oranları incelendiğinde, % 64.3'ünün standart değerler % 81-90'ı arasında olduğu görülmüştür (Tablo 34). Araştırma grupları arasında iyileşenlerin standart değerlere göre durumları açısından önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 34 - Araştırma Gruplarına Göre, iyileşen Çocukların Eriştikleri Ağırlık Standartı Değerleri

Araştırma Grupları	Ağırlık Standartı Değerleri				TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	12	63.2	7	36.8	19	100.0
II. Grup	6	54.5	5	45.5	11	100.0
III. Grup	6	75.0	2	25.0	8	100.0
IV. Grup	3	75.0	1	25.0	4	100.0
TOPLAM	27	64.3	15	35.7	42	100.0

Kolmogrov-Şmirnov testi yapılmıştır.

$P > 0.05$

### 2.3.4- Tedavi Çalışmasındaki Çocukların Araştırma Başındaki Yaş Gruplarına Göre iyileşme Durumları

Tablo 35'de malnütrisyon saptandığındaki yaş grubuna göre iyileşme durumları incelenmiştir. 0-12 aylıklarda iyileşme oranı % 44.9, 13-24 aylıklarda % 47.6 olmuştur. Hem 0-12 aylıklarda, hem 13-24 aylıklarda iyileşme oranları I. grupta diğer üç gruptan önemli derecede yüksek bulunmuştur ( $P < 0.05$ ).

Tablo 35 - Araştırma Gruplarına ve Çocukların Başlangıçtaki Yaş Gruplarına Göre İyileşme Durumları

Araştırma Grupları	Çocuğun Başlangıçtaki Yaş Grubu	İYİLEŞEN		İYİLEŞMEYEN		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	0-12 ay	10	90.9	1	9.1	11	100.0
	13-24 ay	9	81.8	2	18.2	11	100.0
II. Grup	0-12 ay	5	38.5	8	61.5	13	100.0
	13-24 ay	6	60.0	4	40.0	10	100.0
III. Grup	0-12 ay	4	22.2	14	77.8	18	100.0
	13-24 ay	4	36.4	7	63.6	11	100.0
IV. Grup	0-12 ay	3	42.9	4	57.1	7	100.0
	13-24 ay	1	10.0	9	90.0	10	100.0
TOPLAM	0-12 ay	22	44.9	27	55.1	49	100.0
	13-24 ay	20	47.6	22	52.4	42	100.0

Kolmogrov - Smirnov testi yapılmıştır.

0-12 ay için  $P < 0.05$

13-24 ay için  $P < 0.05$

### 2.3.5- Tedavi Çalışmasındaki Çocukların iyileşme Süreleri

Tablo 36'da, çocuklarda malnütrisyon saptandıktan sonra iyileşinceye kadar geçen süre incelenmiştir. Tablodan da görüleceği gibi 4 aydan az sürede iyileşenlerin oranı % 11.8 olmuştur. I. grupta bu oran % 45.5 olup III. ve IV. gruptan önemli derecede yüksektir (  $P < 0.05$ ). 8 aydan kısa sürede iyileşme oranı ise I. grupta % 72.7 olup diğer üç gruptan önemli derecede yüksek bulunmuştur (  $P < 0.05$ ).

Tablo 36 - Araştırma Gruplarına Göre Çocukların iyileşme Süreleri

Araştırma Grupları	iyileşme Süreleri								TOPLAM	
	4 ay $\geq$		5-8 ay		9-12 ay		iyileşmeyen		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Grup	10	45.5	6	27.2	3	13.6	3	13.6	22	100.0
II. Grup	9	39.1	2	8.7	-	-	12	52.2	23	100.0
III. Grup	5	17.2	2	6.9	1	3.4	21	72.4	29	100.0
IV. Grup	2	11.8	1	5.9	1	5.9	13	76.4	17	100.0
TOPLAM	26	28.6	11	12.1	5	5.5	49	53.8	91	100.0

4 ay  $\geq$  için  $\chi^2 = 8.518$  SD: 3  $P < 0.05$  (Yates düzeltmeli)

8 ay  $\geq$  için  $\chi^2 = 16.971$  SD: 3  $P < 0.001$

## V - TARTIŞMA

Yetersiz ve dengesiz beslenme, hızlı nüfus artışı ve dünyanın besin kaynaklarının yetersizliği günümüzün en önemli sorunları arasında sayılabilir (28, 67). Bu sorunlardan en çok etkilenen grup, özellikle gelişmekte olan ülkelerin beş yaşından küçük çocuklarıdır (68).

Yirminci yüzyılın sonlarına gelmemize karşın halen ülkemizde her beş çocuktan biri 5 yaşından önce ölmektedir (69). Bu, gelişmiş ülkelerdeki ölüm oranının aşağı yukarı on katıdır. Çocuk ölümleri ve malnütrisyon hızı yönünden ülkemiz en geri kalmış ülkeler arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamalarına göre, yetersiz ve dengesiz beslenme çocuk ölümlerinin % 7'sinin birincil, % 46'sının ikincil nedenidir. Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuk dirençsiz olduğundan sık hastalanmakta ve hastalığı ağır seyrederek ölümle sonuçlanmaktadır (28).

Bu araştırmada, ebelere yapılacak beslenme eğitiminin ve diyetisyen desteğinin, böyle önemli bir sorunun çözümlenmesine katkısı incelenmiştir. Elde edilen bulgular dört grupta tartışılmıştır.

### 1. Araştırma Gruplarının Benzerliği :

Araştırma kapsamına giren çocuklar, malnütrisyon oluşumunda ve yaygınlığında etkili olduğu ileri sürülen faktörler açısından incelendiğinde; cins, doğum ağırlığı, yaşayan ve ölen kardeş sayıları, anne ve babanın eğitim durumları, anne yaşı, gebelik aralığı, ailenin ekonomik durumları araştırma grupları arasında önemli farklılık olmadığı görülmüştür. Önleme çalışmasında, aile tipi ile ailedeki kişi sayısı II. grupla III. grup arasında önemli farklılık göstermiştir ( $P < 0.05$ ). Araştırma kapsamındaki gruplar arasında pek çok faktör açısından önemli fark olmaması, köylerin benzer tarımsal, sosyo-kültürel özellikler taşımasından kaynaklanabilir.

Araştırma gruplarının benzer olması, beslenme eğitimi ve diyetisyen desteğinin tedavi ve önleme çalışmalarına etkilerinin daha güvenilir yorumlanabilmesini sağlamıştır.

## 2. Malnütrisyon Prevalansı :

0-24 aylık çocuklarda malnütrisyon prevalansı araştırma başında % 15.7 olarak bulunmuştur (Tablo 25). Araştırma grupları arasında malnütrisyon prevalansı açısından önemli fark görülmemiştir. Çubuk ilçesinde 3 sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada, malnütrisyon prevalansı aynı yaş grubunda % 30.6 olarak bulunmuştur (7). Bu çalışma ile o çalışma arasındaki fark aradan geçen beş yıla bağlı olabileceği gibi, veri toplanan köylerin değişik olmasından da kaynaklanabilir.

Araştırma sonunda (1 yıl sonra) aynı yaş grubunda malnütrisyon prevalansı % 15.4 olarak bulunmuştur (Tablo 26). Araştırma grupları arasında, malnütrisyon prevalansı açısından istatistiksel olarak önemli fark olup eğitilmiş ebe izlemi ile diyetisyen desteği olan I.grupta önemli ölçüde azdır ( $P < 0.01$ ). Tablo 25 ve Tablo 26'dan derlenen Tablo 37'de durum daha açık görülecektir.

Tablo 37 - Araştırma Gruplarına Göre Araştırma Başındaki ve Sonundaki Malnütrisyon Prevalansları

Araştırma Grupları	Malnütrisyon Prevalansı (%)			Yüzdeler Arası Önemlilik Testi	
	Başlangıçta	Sonda	Fark	t	p
I. Grup	19.8	3.8	- 16.0	3.66	<0.01
II. Grup	12.8	13.2	+ 0.4	0.111	>0.05
III. Grup	14.9	24.0	+ 9.1	2.22	<0.05
IV. Grup	18.1	16.3	- 1.8	0.316	>0.05

Tablo 37 den görüldüğü gibi I. grupta malnütrisyon prevalansı önemli ölçüde azalmıştır. Eğitilmiş ebe izlemi ve diyetisyen desteği ile malnütrisyon prevalansının bu derece azaltılabilmesi sorunun çözümlenmesine yardımcı olacaktır. Egitilmemiş ebe izleminin olduğu III. grupta malnütrisyon prevalansı başlangıca göre önemli ölçüde artmıştır. Diğer iki grupta önemli değişiklik göstermemiştir. III. grupta malnütrisyon prevalansındaki artma ebe çalışmalarının yetersizliğinden kaynaklanabilir.

#### Malnütrisyonun önlenmesi :

Malnütrisyonun önlenmesi, yol açtığı pek çok kötü sonuç nedeniyle tedavi edilmesinden daha önemlidir. Bu araştırmada, başlangıçta 0-6 yaş grubunda olan sağlam çocukların bir yıl boyunca malnütrisyonu girme durumları incelenmiştir. Araştırma kapsamındaki 137 çocuktan % 19.0'u malnütrisyonu girmiştir (Tablo 27). Bu oran eğitilmiş ebe izlemi ile diyetisyen desteğinin olduğu birinci grupta % 4.7, sadece eğitilmiş ebe izleminin olduğu ikinci grupta % 6.5 olup diğer iki gruptan önemli derecede az bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). I. grup ile II. grup arasında önemli fark bulunmamıştır. Bu bulgulara dayanarak ebeler yapacak beslenme eğitiminin malnütrisyonun önlenmesinde önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Malnütrisyonun önlenmesi için Hindistan'da yapılan bir çalışmada, annelere beslenme eğitimi yapılan ve ek gıda verilen gruptaki 6 ay - 5 yaş grubu çocukların sadece % 15'i malnütrisyonu girerken, tek başına ek gıda verilen gruptaki çocukların % 42'si malnütrisyonu girmiştir (61). Burada da eğitimin etkisinin önemli olduğu görülmektedir.

Önleme çalışmasındaki çocukların son durumları incelendiğinde ise eğitilmiş ebe izlemi ve diyetisyen desteği olan I. grupta malnütrisyon olgusu önemli derecede az olmuştur ( $P < 0.05$ , Tablo 28). Burada malnütrisyonun



önlenmesine sadece eğitilmiş ebe bile önemli katkıda bulunabilir ancak bu katkının uzun süreli olması için arada desteklenmesi daha yararlı olur sonucunu çıkarabiliriz.

Önleme grubundaki çocukların başlangıçtaki ağırlık oranlarının malnütrisyona girme durumuna etkisi araştırılmış, araştırma grupları arasında önemli fark bulunmamıştır (Tablo 29). Başlangıçtaki ağırlık oranı standartın % 81-90'ı olanların % 41.2'si malnütrisyona girmiştir. Beslenme eğitimi ile "riskli" dediğimiz bu gruba önemli bir katkıda bulunamaması, bu grupla daha yakından ilgilenilmesi gereğini düşündürmektedir.

Çocukların malnütrisyona giriş yaşları incelendiğinde, 0-6 aylık dönemde malnütrisyona girme oranının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 30). Anne sütünün ilk 6 ay çocuğu malnütrisyondan koruduğu görüşü (27,70) burada da doğrulanmıştır. Ancak, malnütrisyona giren toplam çocuk sayısının az oluşu gruplar arasındaki farkın önemini araştırabilmeyi engellemiştir.

Malnütrisyona girmeyen çocukların araştırma sonundaki ağırlık oranları da gruplar arasında önemli farklılık göstermemiştir (Tablo 31). Bu da iyi gelişen çocuklara eğitimle fazla bir katkıda bulunmadığımızı düşündürmektedir.

#### Malnütrisyonun Tedavisi :

Malnütrisyonun tedavisi, özellikle ağır malnütrisyonda, oldukça zor ve sabır isteyen bir iştir. Burada basitçe yapılacak iş, malnütrisyonlu çocuğa bakan kişi ile ilişki kurarak çocuğun malnütrisyona giriş nedeninin araştırılması, neden saptandıktan sonra ona yönelik eğitim yapılmasıdır.

Araştırma başında malnütrisyonlu olduğu saptanan 91 çocuktan % 46.2'si araştırma sonuna kadar iyileşmiştir (Tablo 32). Eğitilmiş ebe izlemi ile diyetisyen desteğinin olduğu I. grupta iyileşen çocuk oranı % 86.3 olup diğer üç gruptan önemli derecede çok bulunmuştur ( $P < 0.01$ ). Sadece eğitilmiş ebe izlemi olan II. grupta iyileşme oranı, diğer grupların iki katı yüksekliğinde olmasına rağmen istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır. Buna dayanarak beslenme eğitimi ve ebe'nin bu konudaki desteklenmesiyle malnütrisyonun iyileştirilmesinin büyük ölçüde mümkün olabileceğini söyleyebiliriz. Hindistan'da yapılan bir araştırmada da, 0-5 yaşındaki malnütrisyonu olan çocukların annelerine beslenme eğitimi yapılmış, 5-12 ay süreyle izlenen çocukların % 85.8'i iyi olmuşlardır (24).

Çankırı'da yapılan bir çalışmada da, malnütrisyonlu çocukların beslenme eğitimi ile kilo aldıkları, bunun da önemli olduğu gösterilmiştir (60).

Tedavi çalışmasındaki çocukların başlangıçtaki ağırlık oranlarına göre iyileşme durumları incelendiğinde, eğitilmiş ebe izlemi ve diyetisyen desteği olan I. grupta, başlangıçtaki ağırlığı standarttan % 71-80'i arasında olanların hepsinin iyileştiği görülmüştür. Bu, istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur ( $P < 0.001$  - Tablo 33). Ancak başlangıçtaki ağırlığı standarttan % 70'inden azı olanlarda iyileşme oranı gruplar arasında önemli farklılık göstermemiştir. Buradan, beslenme eğitimi ile ağır malnütrisyonun zor tedavi edilebileceğini, henüz ağırlaşmadan tesbit edilirse, beslenme eğitimi ile tedavi edilmesinin mümkün olabileceğini söyleyebiliriz. Ağır malnütrisyonun tedavisinin ev şartlarında zor olduğu, hastane bakımı gerektirdiği bilinmektedir (9, 27).

Araştırma süresince iyileşenlerin, araştırma sonunda eriştikleri standart ağırlık oranları da gruplar arasında önemli farklılık göstermemiştir (Tablo 34). Malnütrisyonlu çocukların normal standartlara erişmesi uzun zaman alabilir kanısındayız.

Malnütrisyon saptandığındaki yaş grubuna göre iyileşme durumu incelendiğinde, I. grupta hem 0-12 aylıkda, hem 13-24 aylıklarda iyileşme oranları diğer üç gruptan önemli derecede yüksek olduğu görülmüştür ( $P < 0.05$ , Tablo 35). Beslenme eğitimi yaşa uygun yapılırsa etkili olur görüşü doğrulanmaktadır.

Malnütrisyon tedavisinde süre de çok önemlidir. Bilinen kalıcı olumsuz etkilerini azaltabilmek için malnütrisyonun bir an önce tedavi edilmesi gereklidir. Bu çalışmada, başlangıçtan itibaren 4 ay içinde iyileşenlerin oranı, eğitilmiş ebe izlemi ve diyetisyen desteği olan I. grupta ve II. grupta yüksek olup, I. grupla II. ve III. gruplar arasında önemli farklılık bulunmuştur ( $P < 0.05$  - Tablo 36). Durum sekiz aydan kısa sürede iyileşenler olarak değerlendirildiğinde ise I. grupla diğer üç grup arasında çok önemli farklılık bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Şüphesiz ki 8 ay malnütrisyon tedavisi için oldukça uzun süredir. 4 ay ve kısa sürede tedavi edebilmek amacımızdır, bu da eğitilmiş ebe izlemi ile diyetisyen desteği ile mümkün olabilir kanısındayız.

Araştırmamızda eğitilmemiş ebe izlemi olan üçüncü grupla eğitilmemiş ebe izlemsiz olan dördüncü grup arasında malnütrisyonun önlenmesi ve tedavisi çalışmalarında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır. Buradan, bilgili ve bilinçli olarak yapılmadıkça, ev ziyaretlerinin malnütrisyon sorununun çözümlenmesine önemli bir katkısı olamayacağı söylenebilir.

## VI - SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularına ilişkin sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Araştırma bölgesinde, başlangıçta 0-24 aylık çocuklarda malnütrisyon prevalansı % 15.7 olarak bulunmuştur. Araştırma grupları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (Tablo 25).

2. Bir yıl sonunda 0-24 aylık çocuklarda malnütrisyon prevalansı % 15.4 olarak bulunmuştur. Eğitilmiş ebe izlemi ile diyetisyen desteği olan I. grupta malnütrisyon prevalansının diğer üç gruptan önemli derecede az olduğu saptanmıştır (Tablo 26 -  $P < 0.01$ ). Birinci gruptaki azalma oranı eşler arası önemlilik testi ile araştırıldığında, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 37 -  $P < 0.01$ ). Ebelere yapılacak beslenme eğitimi ve diyetisyen desteğinin malnütrisyon prevalansının azalmasına önemli katkıda bulunacağı sonucuna varılmıştır.

3. Araştırmada önleme çalışmasını oluşturan 137 çocuktan % 19.0'u bir yıl içinde malnütrisyonla girmiştir. Eğitilmiş ebe izlemi ile diyetisyen desteği olan I. grupta ve sadece eğitilmiş ebe izlemi olan II. grupta malnütrisyonla girme oranları diğer iki gruptan önemli derecede az olmuştur (Tablo 27 -  $P < 0.05$ ). Ebelere yapılacak beslenme eğitiminin malnütrisyonun önlenmesine katkıda bulunacağı sonucuna varılmıştır.

4. Araştırmada tedavi çalışmasını oluşturan 91 çocuktan % 46.2'si bir yıl içinde iyi olmuşlardır. İyileşenlerin oranı I. grupda % 86.4 olup diğer üç gruptan önemli derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 32 -  $P < 0.01$ ). Ebelere yapılacak beslenme eğitiminin tek başına malnütrisyon tedavisinde yeterli olamayacağı, beslenme konusunda eğitim görmüş bir uzman tarafından desteklenmesinin daha yararlı olacağı sonucuna varılmıştır.

5. Tedavi çalışmasındaki çocukların başlangıçtaki ağırlık oranlarının iyileşmeye etkisi araştırılmıştır. Başlangıçtaki ağırlığı, standart değerlerin % 71-80'i arasında olanlarda iyileşme oranı birinci grupta % 100.0 olup diğer üç gruptan önemli derecede yüksek bulunmuştur ( $P < 0.001$ ). Başlangıçtaki ağırlığı standart değerlerin % 70 ve altında olanlarda iyileşme oranı gruplar arasında farklılık göstermemiştir (Tablo 33). Malnütrisyon ağırlaştıkça, eğitimle tedavi edilme olasılığı azalır sonucuna varılmıştır.

6. Tedavi çalışmasındaki çocukların, başlangıçtaki yaş gruplarına göre iyileşme oranı incelendiğinde, hem 0-12 aylıklarda, hem 13-24 aylıklarda I. grupta iyileşenlerin oranı diğer üç gruptan önemli derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 35 -  $P < 0.05$ ). Yaşa uygun yapılacak eğitimin malnütrisyon tedavisinde önemli olduğu sonucu çıkarılmıştır.

7. Tedavi çalışmasındaki çocukların iyileşme süreleri karşılaştırıldığında, I. grupta 4 aydan önce iyileşenlerin oranının (% 45.5) III. ve IV. gruptaki çocuklardan önemli derecede yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 36 -  $P < 0.05$ ). Beslenme eğitimi ile malnütrisyonun tedavi süresinin kısaltılabileceği sonucuna varılmıştır.

#### Öneriler :

Araştırma bulguları gözönünde tutularak aşağıda belirtilen öneriler verilebilir.

1. Toplumun her kesiminin temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağlayacak bir sistem ülke genelinde yaygınlaştırılmalıdır.

2. Bu sistemde görev alacak personelin konularıyla ilgili alanda bilgi ve becerilerini arttırıcı önlemler alınmalıdır. Özellikle halka en yakın sağlık personeli olan ebelerin bilgi ve becerileri, "hizmet içi eğitim" programları ile arttırılmalıdır. Hizmet içi eğitim programları amaca

uygun ve yetişmiş personel tarafından hazırlanmalıdır.

3. Hizmet İçi Eğitim programlarının amacına ulaşabilmesi için sürekliliği sağlanmalıdır. Bunun için de konuyla ilgili personele görev verilmiştir.

Malnütrisyon konusuna bu önerileri yansıtacak olursak;

- Anneleri ve çocukları izleyen ebelerin bebek, gebe, emzikli ve çocuk beslenmesindeki bilgi ve becerileri arttırılmalıdır. Böylece;

\* Ailenin mevcut olanakları ile çocuklarını daha iyi beslemeleri, bu konudaki yanlış tutum ve davranışlarını değiştirmeleri sağlanabilir.

\* Gebe annelerin yeterli ve dengeli beslenmesiyle çocuğun intra-uterin malnütrisyonlu doğması önlenir.

\* Çocuğun malnütrisyonla girmesi önlenir.

- Ancak mevcut malnütrisyonluları tedavi etmede ebe yalnız bırakılmamalı, bu konuda şartlara göre ebeye destek olacak en uygun personel tarafından sürekli desteklenmelidir. Bölge diyetisyeni, yoksa sağlık eğitimcisi veya ocak hemşiresi bu konuda görevlendirilmelidir.

- Bu arada, aile planlaması, bağışıklama, çevre şartlarının düzeltilmesi gibi diğer sağlık programları da eğitimle beraber yürütülmelidir.

## Ö Z E T

Bu çalışma, ebelerin beslenme konusundaki bilgilerinin arttırılmasının ve buna ek olarak bir diyetisyen tarafından desteklenmesinin malnütrisyonun önlenmesine ve tedavi edilmesine olan etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörüldüğü şekilde çocukların periyodik olarak izlendikleri Çubuk Sağlık Bölgesi'nden seçilen 6 köy ile çocukların izlenmediği Altındağ ilçesinden seçilen 2 köyde bir yıl boyunca sürdürülen bu çalışmada birbirinden farklı dört grup oluşturulmuştur. Birinci ve ikinci gruptaki ebelere 5 gün süreyle eğitim programı uygulanmıştır. Birinci gruptaki ebeler ayrıca her ay diyetisyen tarafından desteklenmişlerdir. Dördüncü grupta ise ebe izlemi yapılmamıştır. Bu dört gruptaki 0-24 aylık çocuklardan, başlangıçta malnütrisyonu olan 91 çocuk "tedavi çalışması", 0-6 aylık sağlam olan 137 çocuk ise "önleme çalışması" kapsamına girmişlerdir.

Başlangıçta, araştırma grupları arasında malnütrisyon prevalansı açısından önemli fark yok iken, bir yıl sonunda birinci grupta malnütrisyon prevalansı önemli ölçüde düşmüştür ( $P < 0.01$ ).

Eğitilmiş ebe izlemi ile diyetisyen desteği olan birinci grupla, sadece eğitilmiş ebe izlemi olan ikinci grupta "önleme çalışması" kapsamındaki çocuklardan malnütrisyonu girenlerin oranı, diğer iki gruptan önemli derecede az olmuştur ( $P < 0.05$ ).

Tedavi çalışması kapsamındaki çocukların iyileşme oranı ise birinci grupta diğer üç gruptan önemli derecede yüksek olmuştur ( $P < 0.01$ ). Eğitilmiş ebe izlemi olan ikinci grupta iyileşenlerin oranı, üçüncü ve dördüncü

gruptaki çocukların iki katı olmuştur ancak, fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Malnütrisyonlu çocukların iyileşme süreleri incelendiğinde, birinci gruptaki çocukların üçüncü ve dördüncü gruptaki çocuklardan daha kısa sürede iyileştikleri görülmüştür.

Araştırma başındaki yaş grubuna göre iyileşme oranları karşılaştırıldığında da, hem 0-12 aylık hem 13-24 aylık çocuklarda birinci grupta iyileşme oranı, önemli ölçüde yüksek olmuştur ( $P < 0.05$ ).

Çocuğun başlangıçtaki ağırlık durumuna göre iyileşme oranları karşılaştırıldığında, hafif malnütrisyonlu olanlarda iyileşme oranı birinci grupta önemli derecede yüksek olmuştur. Ağır malnütrisyonlularda gruplar arasında önemli farklılık bulunmamıştır.

Malnütrisyonun önlenmesi ve tedavisi çalışmaları, çocukların periyodik olarak izlendiği ancak ebeğin eğitilmediği üçüncü grupta, çocukların hiç izlenmediği dördüncü grup arasında farklılık göstermemiştir. Buradan bilinçli olarak yapılmadığı takdirde bebek ve çocuk izlemlerinin malnütrisyonu önleme ve tedavi etmedeki rolü üzerinde düşünmek gerektiği sonucu çıkarılabilir.



KAYNAKLAR

1. Grant, J.P., Dünya Çocuklarının Durumu, 1982-83 Raporundan Özet, Unicef Bülteni, 5, 1982, Ankara.
2. Köksal, O., Türkiye'de Beslenme, Türkiye 1974 Ulusal Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması, Ankara, 1974.
3. Hobson, W., The Theory and Practice of Public Health, Oxford University Press, London, 1975.
4. A. Healty Child, A Sure Future, WHO Chronicle, 33:4, 1979.
5. Nutrition and Child Health, WHO Chronicle, 33:4, 1979.
6. Üzalp, İ., Güneşli, U., Bebek ve Çocuklarda Eksik Beslenmeye Bağlı Sağlık Sorunları, Birinci Ulusal Beslenme Kongresi, Bildiri Özetleri, 7-9 Kasım 1979, Ankara Türk Tabipler Birliği ve Türk Veteriner Hekimler Birliği, S.27.
7. Bayrı, S.R., 0-24 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Prevalansı ve Bunu Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, H.Ü.T.F., Ankara, 1980.
8. Khadraou, et al., L'immunité Cellulaire au Cours de la Malnutrition Proteino-Calorique, Archives Françaises de Pédiatrie, 34, 143, 1977.
9. De Maeyer, E.M., Nutrition in Preventive Medicine "ed." Beaton, G.H. and Bengoa, J.M. WHO Monogram Series 62, Geneva, 1976
10. Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliği'nin İlk 15 Yılı, H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No: 16, Ankara, 1981.
11. Grant, J.P., Dünya Çocuklarının Durumu 1985. (Panel 10), Ankara, 1985.

12. Koçoğlu, F, 0-2 Yaşlarda Geçirilen Protein-Enerji Malnütrisyonunun Zihin Yeteneklerinin Gelişimine Etkileri. Uzmanlık Tezi, H.Ü.T.F., 1978.
13. Hoorveg, S.et al, The Effects of Protein-Energy Malnutrition in Early Childhood on Intellectual and Motor Abilities in Later Childhood and Adolescence, Developmental Medicine and Child Neurology, Vol.18, No.3, 1976
14. Stoch, M.B, et al, 15 Year Developmental Study on Effects of Severe Undernutrition During Infancy on Subsequent Physical Growth and Intellectual Functioning, Archives of Disease in Childhood, No.5, 1976.
15. Prescott, N.W., Brain Function and Malnutrition, Neuropsychological Methods of Assesment. London. John Wiley and Sons Ltd., 1975.
16. Winick, M., Malnutrition and Brain Development, London, Oxford University Press, 1976.
17. Winick, M., Nutrition and Nerve Cell Growth, Federal Proceedings, No. 29, 1970.
18. Bozkurt, N., Baysal, A., Erken Yaşlardaki Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Davranış ve Gelişim Üzerine Etkisi, Beslenme ve Diyet Dergisi, 7: 11, 1978.
19. Winick, M., Rosso, P., The Effect of Severe Early Malnutrition on Cellular Growth of the Human Brain Pediatrics Research., III: 181, 1969.
20. Martin, P.H., Nutrition,It's Relationship to Children's Physical, Mental and Emotional Development, Am.Jour. Clin. Nutr., 16: 766, 1973.

21. Eren, N., Koçoğlu, G., Ankara ubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 yaş Grubu ocuklarda Malnütrisyon Hızı, Beslenme ve Diyet Dergisi, 1: 24, 1978.
22. Duygun, A., Guatrlı Kişilere iyodlu Tuz Kullanma Davranışını Kazandırmada Eğitim Süresi, Uzmanlık Tezi, H..S.B.F., Ankara, 1979.
23. Bozkurt, N., Beslenme Eğitiminin Yetişkin Şişman Diyabetes Mellituslu Hastaların Vücut Ağırlığı, Kan Bulguları ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi zerinde Bir Araştırma, Doçentlik Tezi, H..S.T. Y.. Ankara, 1981.
24. Rau, P., et al., Nutrition Education as a Part of a Package of Health Activities-Some Experiences in a Rural Setting, The Indian Journal of Nutrition and Dietetics, 19: 303, 1982.
25. Kumari, S., et al., Nutrition Education. its Impact on Malnutrition, Journal of Tropical Pediatrics, 28: 216, 1982.
26. Akşit. B., Kırsal Alanda Malnütrisyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, H..T.F., 1983.
27. Baysal, A., Beslenme, H.. Yayınları, III. Baskı, Ankara, 1979.
28. Baysal, A., Beslenme Sorunları, Gıda, 6 (5): 3, 1981.
29. Baysal, A., Beslenme Sorunlarının Sosyal, Kültürel, Eğitim ve Ekolojik Etmenlerle ilgili Nedenleri ve üzüm nerileri, Beslenme ve Diyet Dergisi, 10: 50, 1981.
30. Köksal, O., "Türkiye'de Beslenme Durumunun Genel Değerlendirilmesi ve üzüm için neriler,, Birinci Ulusal Beslenme Kongresi, Bildiri zetleri, 7-9 Kasım 1979, Ankara Türk Tabipler Birliği ve Türk Veteriner Hekimliği Birliği, S. 86.

31. Köksal, O., Türk Halkının Beslenme Durumu, Sorunları ve Nedenleri, Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası, Rapor III.2, Hüsnü Tabiat Matbaası, İstanbul, 1972.
32. Doğramacı, İ., Wray, J.O., Severe Infantile Malnutrition and Its Management, Turkish Journal of Pediatrics, I: 129, Ankara, 1959.
33. Köksal, O., Beslenme Sorunları ve Bunların Çözüm Yollarının Araştırılmasında Türkiye İçin Geliştirilmiş Bir Metodoloji Denemesi, Doçentlik Tezi, H.Ü.T.F., Ankara, 1968.
34. Oral, S.N., Ankara Civarında 4 Köyde Okul Öncesi Çocuklarında Yapılan Beslenme ve Sağlık Durumu Araştırması, H.Ü.T.F., Doçentlik Tezi, Ankara, 1967.
35. Uzel, A., Kayseri-Tomarza İlçe Merkezi ve Altı Köyünde Beslenme Durumu ve Eğitim Araştırması, H.Ü.S.B.F., Doçentlik Tezi, Ankara, 1970.
36. Özel, A., Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı 21 Köyde Beslenme, Büyüme ve Gelişme Üzerine Yapılan Bir Araştırma, Uzmanlık Tezi, H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Ankara, 1970.
37. Uzel, A. ve ark., Edirne ilinde Beslenme Araştırması I, Beslenme ve Diyet Dergisi, 1: 77, 1972.
38. Baysal, A., Kentleşme ve Mevsimlere Göre Beslenme Durumunda Değişmeler, Beslenme ve Diyet Dergisi, 4, 20, 1975.
39. Uzel, A. ve ark., Ankara Etimesgut Köysel Bölgede Beslenme Araştırması, Beslenme ve Diyet Dergisi, 2, 97, 1973.

40. Bağcı, A., ubuk Bölgesinde 0-36 Aylık ocuklarda Malnütrisyon Revan-  
lansı ve Avitaminozlarla ilgili Bir Araştırma, Uzmanlık Tezi,  
H..T.F., Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1976.
41. Bozkurt, N., Güneyli, U., Ankara Etimesgut-ubuk Köylerindeki 0-36  
ay ocukların Beslenme ve Gelişim Etkileşmeleri I,  
Beslenme ve Diyet Dergisi, 8-9, 74, 1979-80.
42. Toksöz, P., Doktora Tezi, A Vitamini Tüketimi ile Trahom Arasındaki  
Etkileşimler, Diyarbakır Üniversitesi Halk Sağlığı Kürsüsü,  
Diyarbakır, 1976.
43. Kazan, M., Kazan Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-24 Aylık ocukların Bes-  
lenme, Büyüme ve Gelişmesi Uzerine Yapılan Bir alışma, Uzmanlık Tezi,  
H..T.F., Ankara. 1977.
44. Biliker, M.A., Yenice Sağlık Ocağı Bölgesinde 4-72 Aylık ocuklarda  
Beslenme Düzeyi ile ilgili Bir araştırma, Uzmanlık Tezi, H..T.F.  
Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1978.
45. zcan, C., Yerköy Bölgesinde 0-36 Aylık ocukların Beslenme Durumları  
ve Beslenme Eksikliğine Bağlı Bozukluklar, Uzmanlık Tezi, H.. ocuk  
Sağlığı Enstitüsü, Ankara, 1978.
46. Güneyli, U., Ankara'da AS Merkezi Bulunan II. Bölgedeki 0-6 Yaş  
Grubu ocukların Beslenme Durumu, Türk Hemşireler Dergisi, 4, 49, 1981.
47. Baykan, S., Baysal, A., Van zalp-Başkale ilçeleri Beslenme Durumu,  
Temel Sağlık Hizmetleri Seminer Raporu, 4 Nisan 1981.
48. Güneyli, U., Arslan, P., Bebek ve Okul ncesi ocukların Beslenme  
Sorunları, Beslenme ve Diyet Dergisi, 10, 8, 1981.

49. Taşcı, N., Çocuk Beslenmesiyle İlgili Sosyo-Kültürel Etmenler, Bilim Uzmanlığı Tezi, H.Ü.S.B.F., Ankara, 1980.
50. Sağlam, F., Gebelik Döneminde Annenin Beslenme Durumu ve Bunun Yeni Doğan Bebeğin Sağlığı Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, H.Ü.S.B.F., Ankara, 1981.
51. Mora, J. and et al., Nutritional Supplementation and the Outcome of Pregnancy, Am. J. Clin. Nutr. 32: 455, 1979.
52. Omran, A.R., The Health Theme in Family Planning, Carolina Population Center, Monograph No 16, Chapel Hill, 1971.
53. Köksal, O., Malnütrisyon ve Enfeksiyonlar Arasındaki İlişkiler, Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni, 7: 2, 1974.
54. Lotham, O.B.E., Human Nutrition in Tropical Africa, FAO Food and Nutrition Series, No: 11 Rev. 1, Roma, 1979.
55. Neyzi, O., Yakacıklı, S., Köy Çocuklarının Sağlığı, Beslenme Durumu, Büyüme-Gelişme ve Bunları Etkileyen Faktörler, Tıp Fakültesi Mecmuası, 30: 151, 1967.
56. Gürson, C.T. ve Neyzi, O., İstanbul'da Rami Geceköndü Bölgesinde Çocuk Sağlığı Konusunda Araştırmalar, Kağıt Basım İşleri A.Ş., İstanbul, 1966.
57. Mata, L.J. and Arellano, N., Influence of Recurrent Infections on Nutrition and Growth of Children in Guatemala, Am.J. Clin. Nutr., 25: 1267, 1972.
58. Abal, G., Beslenmenin Akut Gastroenteritli Çocuklarda Mortaliteye Tesiri, Beslenme Simpozyumu, 14-16 Aralık 1967, Ankara, 1969.

59. Egemen, A., Kırsal Bölge Koşullarında Çocuk İshallerinde Ağızdan (Oral) Sıvı Tedavisinin Değeri, Doçentlik Tezi, H.Ü.T.F., Ankara, 1977.
60. Arslan, P., Aileye Yapılan Beslenme Eğitiminin Malnütrisyonun İyileşmesine Olan Etkinliği, Beslenme ve Diyet Dergisi, 7: 72, 1978.
61. Mora, O.J. and et al., The Impact of Supplementary Feeding and Home Education on Physical Growth of Disadvantaged Children, Nutrition Research, 1: 23, 1981.
62. Guidelines for Training Community Health Workers in Nutrition, W.H.O., Geneva, 1981.
63. Köksal, O., Türk Çocukları İçin Geliştirilmiş Standart Ağırlık ve Boy Cetvelleri, Mimograf.
64. Sümbüloğlu, A.K., Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik, Çağ Matbaası, Ankara, 1978.
65. Sümbüloğlu, A.K., Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler, T.T.B. Ankara Tabip Odası Yayını, Ankara, 1982.
66. Arkin, H., Colton, R.R., Tables for Statisticians, Barnes and Noble Books, New York, 1963.
67. Harrar, J.G., Nutrition and Numbers, Food and Population Report, 19, Summer Fall, 1974.
68. Behar, M., Nutrition and Child Health, WHO Chronicle, 34: 4, Geneva, 1979.
69. 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması Raporu (Cilt 2) H.Ü. Nüfus Etüpleri Enstitüsü, 1980.
70. Breast-Feeding and Health, Assignment Children, 55/56, Geneva, 1981.

E K L E R



EK - I

EBELER-HEMŞİRELER İÇİN BESLENME  
EĞİTİM REHBERİ

Uzm. Dyt. Gölly Koçoğlu

EYLÖL, 1984

**BÖLÜM I**  
**TOPLUMUN TANINMASI VE GEREKSİNİMLERİNİN**  
**SAPTANMASI**

**1. EĞİTİMDEN ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER**

1. Toplumunu nasıl tanıyabilirsiniz? Bir örnekle açıklayınız.
2. Toplumunu neden tanımalıyız?
3. Toplumunu tanımada yardım edebilecek grup veya örgütler neler olabilir?
4. Toplumun beslenme durumunu gösteren göstergeler nelerdir?

**I. Nüfus dağılımı ve demografik veriler**

Kaynak: Sağlık ocağı kayıtları, Form 003

**A. Nüfusun Yaş Gruplarına Dağılımı**

<u>0</u>	<u>1-6</u>	<u>7-14</u>	<u>15-44</u>	<u>45-64</u>	<u>65 +</u>
----------	------------	-------------	--------------	--------------	-------------

Erkek

Kadın

Toplam

Genç nüfus, tüketici nüfus, üretici nüfusun yorumlarını yapınız.

**B. Demografik veriler**

<u>Bebek Ölüm Hızı</u>	<u>Kaba Doğum Hızı</u>	<u>Kaba Ölüm Hızı</u>	<u>Fertilite Hızı</u>
------------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------

1981

1982

1983

Üç yıldaki değişmelerin yorumunu yapınız.

**II. Sosyo-ekonomik göstergeler**

Kaynak: E.T.F.'ler Bulduğunuz Köyde:

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| -Toprağı olan aile sayısı    | -Mesleklerin dağılımı (Çiftçi, işçi, şöför, memur, diğer) |
| -Toprağı olmayan aile sayısı | -Köyde okur-yazarlık oranı                                |
| -Hayvanı olan aile sayısı    | -Ailede ortalama kişi sayısı                              |
| -Hayvanı olmayan aile sayısı |   |

**III. Köyün Yiyecek Tüketimi ile İlgili Faktörler**

- Üretilen yiyecekler neler?
- Genel olarak satın alınan yiyecekler neler?
- Yıllık olarak alınan ve depolanan yiyecekler neler?
- Yiyecekler genellikle nereden satın alınıyor, pazar yakın mı?
- Yılın belli zamanlarında bulunmayan yiyecekler oluyor mu?

**IV. Halkın Yiyecek Hazırlama, Pişirme Koşulları ve Beslenme Alışkanlıkları**

- Yiyecekler akar suyla mı, durgun suyla mı yıkanır?
- Yiyecekler günlük mi haftalık mi hazırlanır?
- Yiyeceklerin pişirilme şekli:
  - .Çorba-Pilav-Sebze yağda kavrulur mu?
  - .Yumurta-Patates kavurularak mı? suda haşlayarak mı?
  - .Kurubaklagiller ve makarnalar suyunu dökerek mi?
  - .Börek ve tatlılar yağda kızarma mı, fırında mı?
  - .Ekmeğin türü, saklandığı yer ve kaç günlük alındığı
- Mevsimlere göre en çok tüketilen yiyecekler hangileri
- .Toplumda çeşitli hastalıklara göre bazı yiyecekleri kullanma alışkanlığı var mı?

**V. Toplumun Sağlık Durumu:**

- Zayıflık çok mu? - Şişmanlık çok mu?
- En çok hangi hastalıklar görülüyor?(Bebeklerde-Yetişkin erkeklerde,yetişkin kadınlarda)

## 2. HEDEFLER

- Bu bölüm işlendikten sonra ebe;
- Toplumun beslenme ile ilgili sorunlarını ve gereksinimlerini ortaya çıkarmaya yarayacak bilgileri toplayabilmeli,
- Toplumda beslenme sorunları açısından riskli grupları (aile, çocuk, gebe) saptayabilmeli,
- Beslenme problemlerini tanımlayabilmeli ve danışman yardımı ile bu problemle ilgili görevleri planlayabilmeli,
- Toplum içinde beslenme problemlerinin çözümlenmesine yardımcı olabilecek kişi ve organizasyonları saptayabilmelidir.

## 3. KAPSAM

### 3.1. TOPLUMU TANIMANIN ÖNEMİ

Topluma yardım edebilmek için halkın beslenme ile ilgili "beklenti"lerini ve "gereksinim"lerini bilmek gerekir. Bu ikisi bazen farklı olabilir. Hazırlanacak beslenme programlarının başarıya ulaşabilmesi için her iki grup ihtiyacı karşılanmasına yönelik plan yapmak gerekecektir.

Kendi yaşadığımız toplumu tanıdığımız düşünebiliriz, ancak başarılı olabilmek için sadece kendimize yakın olanı veya bizim için önemli olanı değil, tüm toplumu iyi tanımak gerekir. Toplumda hangi sorunlar olduğu, nedenleri, hangi kuruluş veya bireylerin işbirliği sağlanabileceği tesbit edilerek uygun bir plan geliştirilmelidir. Ayrıca halk, problemlerinin çözümleneceğine ve bunun için olanaklarının yeterli olduğuna inanmalıdır. Zorlanacağını hissederse önerileri reddedebilir.

### 3.2. TOPLULUN BESLENME GEREKSİNİMLERİNİ ORTAYA ÇIKARMAYA YARDIM EDECEK BİLGİLER

Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temel koşuludur. Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu malnütrisyon oluşmaktadır. Küçük çocuklar çok hızlı büyüdükleri için besin gereksinimleri çok fazladır. yeterli besin alamayan çocukların büyümesi durur ve geri kalır, bu da malnütrisyonun ilk ve en önemli göstergesidir.

Toplumun beslenme sorunları hakkında bilgi sahibi olmak için önce hangi çocukların büyümesinin geri olduğuna bakılır. Bu, o toplumdaki çocuklar üzerinde bir araştırma yapmakla ortaya çıkarılır. 5 yaşın altındaki tüm çocuklar tartılır, boyları ölçülür. Bu bulgular yaşa göre hazırlanmış standartlarla karşılaştırılarak çocuklar üç gruba ayrılırlar:

1. Yeterli ve dengeli beslenmiş normal çocuklar
2. Standartın tehlikeli bölgesine yakın olan çocuklar
3. Standartın tehlikeli bölgesinde olan çocuklar

Ayrıca her çocuk için;

- cins
- Eşlerin mesleği
- aile genişliği
- Çocuğun beslenme hikayesi
- ailede doğan çocuk sayısı
- Çocuğun sağlık durumu

- ailede ölen çocuk sayısı - çocuğun bağışıklanma durumu  
durumu hakkında bilgi toplanarak malnütrisyona yol açan temel faktörler ortaya çıkarılabilir.

Ayrıca toplumun sosyo-ekonomik göstergeleri incelenir. Bunlar:

- Toprağı olan aile sayısı
- Hayvanı olan aile sayısı
- Aile reislerinin meslekleri
- Ailede ortalama kişi sayısı
- Halkın eğitim düzeyidir.

Toplumda yiyecek tüketimini etkileyen faktörler araştırılır. Bunlar:

- Üretilen yiyecekler neler ?
- Genel olarak satın alınan yiyecekler neler?
- Yıllık olarak alınan ve depolanan yiyecekler neler?
- Yiyecekler genellikle nerelerden satın alınıyor? Pazar yakın mı?
- Yılın belli zamanlarında bulunmayan yiyecekler oluyor mu?

Bir de halkın yiyecekleri hazırlama, pişirme koşulları ile beslenme alışkanlıkları da sorunları saptama açısından önemlidir. Bunlar ise:

- Yiyecekler akar suyla mı, durgun suyla mı yıkanıyor?
- Yiyecekler günlük olarak mı, haftalık olarak mı hazırlanıyor?
- Yiyecekler nasıl pişiriliyor?

Çorbalar ve parça et yemekleri  
Yağda kavurarak mı?  
Kavurmadan mı?

Yumurta  
Yağa kır rak mı?  
Haşlayarak mı?

Pilavlar  
Yağda kavurarak mı?  
suya salarak mı?

Patates  
Yağda kavurarak mı ?  
Soyup suda bekleterek mi?

Sebzeler  
Yağda kavurarak mı?  
Kavurmadan mı?

Börekler  
Yağda kızartma mı?  
Fırında mı?

Kurubaklagiller ve makarna  
Haşlayıp suyunu dökerek mi?  
Suyunu dökmeden mi?

Tatlılar  
Yağda kızartma mı?  
Fırında kızartma mı?

- Etnek türü, saklandığı yer ve kaç günlük alındığı
- Mevsimlere göre çok tüketilen yiyecekler hangileri?
- Toplumda çeşitli hastalıklara göre bazı yiyecekleri kullanma alışkanlıkları var mı?

Bütün bunlardan başka toplumun genel sağlık durumu araştırılır. Şişman, zayıf kişi oranı, en sık görülen hastalıklar araştırılarak beslenme durumu hakkında bilgi edinilebilir.

Bütün bu sayılan bilgileri toplamak için basit bir araştırma, soruşturma, dikkatli bir gözlem yapılabilir. Ayrıca lider kişilerden de bilgi alınabilir.

### 3.3. BESLENME PROBLEMLERİ AÇISINDAN RİSKLİ GRUPLARIN SAPTANMASI

Toplumdaki bazı grupların beslenme sorunları açısından riskli oldukları bilinmektedir. Bunlar genellikle 6 ay-3 yaş arası çocuklar ile gebe ve emzikli kadınlardır.

Gelişmekte Olan Ülkelerde Malnütrisyon Açısından Riskli Çocuklar:

- (1) Emzirmeyen tüm bebekler,
- (2) 2500 gramdan az ağırlıkta doğan bebekler,
- (3) İkiz veya çoğul doğumlar,
- (4) Doğum sırası 5. ve 6. dan sonra olan çocuklar,
- (5) Doğumdan sonra ilk 1 yılda ölen kardeşi olan çocuklar,
- (6) Yaşamın ilk aylarında, tekrarlayan ishal, kızamık, boğmaca gibi hastalıklara yakalanan çocuklar,
- (7) Fakir ailelerin bebekleri,
- (8) Yetim veya öksüz kalan bebekler,
- (9) Standarta uygun büyümeyen bebekler,
- (10) Ablalarının baktığı çocuklar,
- (11) Doğuştan anomalili bebekler

Gelişmekte Olan Ülkelerde Malnütrisyon Açısından Riskli Kadınlar:

- (1) Gebe kalmadan önceki kilosu standartlardan az olan kadınlar,
- (2) Gebelik süresince 9 kg. dan az kilo alanlar,
- (3) Doğum aralığı kısa olan kadınlar (6 aydan az),
- (4) 15 yaşından önce gebe kalan kadınlar,
- (5) 5 den fazla doğum yapmış kadınlar,
- (6) Daha önce düşük doğum ağırlıklı (2500gr. dan az) bebek doğuran kadınlar,

Çocuklar ve kadınlar için sayılanlardan değişik risk faktörleri de olabilir. Bu açıdan toplumdaki tüm gruplar iyice araştırılmalıdır.

Birçok ülkede beslenme programlarına yeterli personel ve para sağlamak zor olduğundan risk gruplarının üzerine gitmekle daha başarılı olunacaktır.

3.4. BESLENME PROBLEMLERİNİN ORTAYA KONMASI VE UYGUN PLAN YAPILMASI

Toplumun beslenme durumu hakkında bilgi topladıktan sonra bu bilgiler ebe ve danışman tarafından analiz edilir. Risk gruplarının sosyal, ekonomik, sağlık durumları incelenerek malnütrisyonu yol açan temel faktörler saptanır. Sağlık personelinin burada yapabileceği tek şey halka ellerindeki yiyecekleri daha yararlı kullanmayı öğretmek, kötü beslenme alışkanlıklarını önlemeye çalışmaktır. Saptanan sorunlar önem sırasına ve toplumda görülme sıklığına göre sıralanır. Sonra acil önlemler planlanır. Bunu yaparken şu sorulara cevap alınmalıdır:

- (1) Planlanan aktiviteler halk ve ebe tarafından kolaylıkla uygulanabilir mi?
- (2) Gerekli kaynak kullanılmaya elverişli mi, yoksa getirilecek mi?
- (3) Toplum için çözüm ne kadar önemli?
- (4) Ebe için çözüm ne kadar önemli?
- (5) Problem ne kadar sürede çözümlenecek?

Saptanan her çözüm için ebe yapacakları ve halkın yapacakları belirlenir, kaynaklar da saptandıktan sonra program tamamlanmış olur.

3.5. BESLENME SORUNLARININ ÇÖZÜMÜNE YARDIM EDEBİLECEK GRUP VE ÖRGÜTLERİN SAPTANMASI VE ÇALIŞMASI

Ebe, toplumun beslenme sorunlarını saptarken bu sorunların çözümüne yardımcı olabilecek birçok kişiyle karşılaşabilir. Bunlar öğretmenler, imam, ağalar, küçük endüstri başkanları, muhtarlar vb. olabilir. Toplumun etkilemede bu grupların desteği çok önemlidir.

Halka yardım edebilmek için ilk adım onlarla birlikte çalışmaktır. Yardım edebilecek gruplar saptandıktan sonra ebe onlarla tanışır, görevlerini, amaçlarını anlatır. Sorunları açıklayıp çözüm yolları önerir. Böylece toplumun tepkisini ölçer, desteğini anlamış olur. Kuracağı grupla toplantıları düzenli olarak sürdürerek halkla ilişkisini kuvvetlendirir, onlara güven duygusu verir.

BÖLÜM II

ÇOCUĞUN BESLENME VE BÜYÜME DURUMUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

1. EĞİTİMDEN ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER:

1. Köyünüzden 5 tane 0-24 aylık çocuk seçin, yaşını hesaplayın, ölçün, tartın, grafiğe işleyin, önceki izlemlere göre yorumunu yapın.
2. Köyünüzdeki 0-24 aylık çocukları karttaki ölçümlerine göre üç gruba ayırın  
-Standarta göre % 90-100  
% 80-90  
% 80 den az
3. Tartınızı bölgeye gelirken yanınızda getirin. Doğru olduğunu nasıl anlarsınız?

## 2. HEDEFLER

- Bu bölüm ağılandıktan sonra ebe;
- Büyüme, gelişme ve beslenme arasındaki ilişkiyi açıklayabilmeli,
  - Çocuğun yaşına doğru olarak tesbit edebilmeli,
  - 100 gramlık yanılma payı ile çocuğu tartabilmeli,
  - Çocuğun ağırlığını izlem kartına işleyebilmeli,
  - Anneye izlem kartında büyüme grafiğini açıklayabilmeli,
  - Kaydettiği ağırlık değişikliklerine göre çocuğun büyümesini değerlendirebilmeli.

## 3. KAPSAM

### 3.1. BESLENME İLE BÜYÜME-GELİŞME İLİŞKİSİ

Yiyecek büyüme, fiziksel aktivite, sağlıklı olmak ve yaşamın sürdürülebilmesi için gereklidir.

Büyüme vücudun ve organların hacminde düzenli olarak artmadır

Gelişme ise, vücudun yapabildiği beceri sayısının artması ve bunların giderek daha mükemmel yapılmasıdır.

Büyüme ve gelişme çocuğun temel sağlık göstergeleridir. Eğer çocuk iyi büyüyorsa muhtemelen yeterli ve dengeli besleniyor demektir. Eğer iyi büyümüyorsa mutlaka bir nedeni vardır. Ya herhangi bir hastalığı vardır ya da yeterli besin alamıyordur. Çocuğun sağlık ve beslenme durumunu saptamanın yolu, onun büyümesini ölçmektir.

Büyüme çeşitli şekilde ölçülür. Vücut ağırlığı en basit ölçüm olup çocukta ağırlıktaki değişimler büyümenin en güvenilir göstergesidir. Doğduğunda 3 kg olan bir bebek iyi büyürse 5 ayda 6 kg, bir yaşında 9-10 kg olur. Yani 5 ayda doğum ağırlığının 2 katına, bir yılda üç katına ulaşır.

Boy ölçümü diğer bir yöntemdir. Doğduğunda 50 cm olan bir bebek, bir yaşına geldiğinde 75 cm olur.

Gelişme veya becerilerin artması beyin ve sinir sisteminin gelişmesine bağlıdır. Bebeklerde beyin gelişimi ilk 1 yılda çok hızlıdır. Beynin gelişmesi için de yeterli besin alınması gerekir. Gelişimin ölçümü bazı becerileri hangi ayda yapabildiğine bakılarak yapılır.

Beceri	Ortalama	Hemen her çocuk
Desteksiz oturma	6.5 ay	9 ay
Desteksiz 10 adım yürüme	12 ay	18 ay
Tek kelimeleri söyleme	15 ay	21 ay
Cümle kurma	23 ay	36 ay

Beslenmeden başka faktörler de gelişmeyi etkiler.

Normal büyüme ve gelişme çocuğun sağlıklı olduğunun ve iyi beslendiğinin göstergesidir.



### 3.2. COCUĞUN YAŞININ SAPTANMASI

Büyümeyi etkileyen faktörlerden birisi ağırlık, diğeri de yaştır. Uygulanan standart grafikler yaşa göre düzenlenmiş olduğundan çocuğun yaşının doğru olarak saptanması çok önemlidir.

Genelde, bölgemizde çocukların doğum tarihlerini tesbit etmede bir sorun çıkmamaktadır, çünkü anne daha gebe iken izlenmeye başlanmaktadır. Ancak bölgeye göç gelmiş veya herhangi bir nedenle çocuğun doğum tarihi kaydedilmemişse önce çocuğun doğduğu yıl bulunmaya çalışılır. Daha sonra doğduğu ay saptanmaya çalışılır. Bunun için yerel olaylardan, bayramlardan, ramazandan, yılbağından vb. yararlanılabilir. Komşunun çocuğundan önce mi sonra mı olduğu sorulabilir.

Doğum tarihi doğru olarak tesbit edildikten sonra çocuğun izlem tarihindeki yaşının da doğru tesbit edilmesi gerekir. Bunun için izlem tarihi üstte yazılır, doğum tarihi alta yazılır. Çıkartma işlemi yapılır. Bu işlemi yaparken önce gün kısmı çıkarılır. Eğer alttaki rakam daha büyükse ay hanesinden 30 gün alınıp güne eklenir. Ay hanesibir eksiltilir. Ay hanesinde de alttaki rakam daha büyükse yıl hanesinden 12 ay alınır, ay hanesine eklenir. Çıkartma işlemi tamamlanır.

ÖRNEK: İzlem tarihi: 15. 7. 1984                      45. 18. 1983

Doğum tarihi: 25. 9. 1983                      = 25. 9. 1983

20 9 0 = 9 ay 20 gün

### 3.3. COCUĞUN DOĞRU OLARAK TARTILMASI

Çocuğun ağırlığı, sağlığının ve beslenme durumunun en güvenilir bir ölçütüdür. Tartım için uygun araç-gereç ve standart metod gereklidir.

Bölgemizde el kantarı ve bebek terazileri bu amaç için kullanılmaktadır. Yer beakülleri çocuk tartımı için uygun değildir.

**DOĞRU TARTIM ÇOK ÖNEMLİDİR.**

Doğru tartım yapabilmek için:

1. Tartım aletinin 0 da durmasına dikkat edin.
2. Çocuğun üzerindeki her şeyi mümkün olduğu kadar çıkarın.
3. Kolunun altından tülbentle bağlayın.
4. El kantarını sırtına, çengelini ucu dışarı gelecek şekilde takın.
5. Yukarı doğru kaldırın. Okumak zor oluyorsa annenin yardımını isteyin. 0 kaldırırsın. Sız okuyun. Bu sırada çocuğun sakin durması gerekir. Ağlayıp tepiniyorsa ölçüm yanlış olur.
6. El kantarınızı her ay sağlık evindeki bebek terazisiyle kontrol edin. Bunun için sağlık evine çağıracağınız bir bebeği her iki aletle ölçün, karşılaştırın. Hatalı ise değiştirin.

NOT: Bir kontrolde 500 gr fark bulunca, her zaman 500 gram hata ile tartılır şeklinde yorum yapılamaz. Bu rakam ağırlığa göre değişebilir. En doğrusu tartı aletini yenilemektir.

### 3.4. ÇOCUĞUN BOYUNUN DOĞRU OLARAK ÖLÇÜLMESİ:

Boy ölçümü için mezür kullanılmaktadır. Boyu doğru olarak ölçmek için

1. Mezuranın çok eskimiş, yazıları silik, kopuk, paslanmış olmamasına dikkat edin.
2. Bebeği masa, sedir veya döşeme gibi sert ve düz bir yere sırtüstü yatırın. Başı, sırtı, kalçası, bacakları ve topukları yere tam olarak değmelidir.
3. Topuklarını ya duvara dayayın veya yere dik tutulan kitap, kart gibi sert bir cisme dayayın.
4. Bacaklarını bükmemesi için dizlerini hafifçe bastırın.
5. Başını da sert bir yere dayayın.
6. İşaretleri bozmadan bebeği kaldırın ve mezura ile dikkatle ölçün.

### 3.5 ÖLÇÜMLERİN İZLEM KARTINA İŞLENMESİ

İzlem kartı çocuk hakkındaki her türlü bilginin kaydedildiği karttır. Grafiği olan kartlar daha uygundur. Karttaki ilgili sütunlar yazıldıktan sonra tesbit edilen ölçümlerin grafiğe de işlenerek bir önceki izlem işareti ile birleştirilmesi gerekir. Ortaya çıkan eğri çizgi büyüme eğrisi dir. Çok önemlidir.

Herhangi bir zamandaki ölçüm çoksey ifade etmez. Ağırlığın yaşla birlikte artması anlam taşır.

### 3.6. BÜYÜME EĞRİSİNİN YORUMLANMASI

Eğri devamlı olarak yukarı doğru çıkıyorsa büyüme iyidir. Eğer düz gidiyor veya iniyorsa durum tehlikelidir. Eğrinin yönü noktanın durduğu yerden daha önemlidir.

İLK 6 AYDA BÜYÜME EĞRİSİNİN AŞAĞIYA DOĞRU İNMESE TEHLİKELİ BİR DURUMDUR. 2 YAŞINDAN SONRA 1-2 AYDA KÜÇÜK DEĞİŞİMLER OLMASI OKADAR ÖNEMLİ DEĞİLDİR.

Üç izlemdir kilo almayan (iki ay) bütün çocuklar beslenme uzmanına veya sağlık ocağına sevk edilmelidir.

### 3.7. ÇOCUĞUN BESLENME DURUMUNUN SAPTANMASI

Tek bir inceleme ile çocuğun beslenme durumu ortaya çıkarılamaz. Ülkemizde bu amaçla yaşa göre düzenlenmiş ağırlık ve boy standartları kullanılmaktadır. Köksal, O. tarafından geliştirilmiş standarta göre ağırlığı % 80'in altına düşen çocuklar malnütrisyonlu olarak kabul edilir. Boy için ise boyu standart değen % 90'ının altına düşenler malnütrisyonlu kabul edilirler.

Bu yöntem çocuğun beslenme durumu hakkında tam fikir vermez. Çocuk yaşına göre fazla kilo olabilir, ancak büyüme eğrisi yukarı doğru çıkıyorsa durum tehlikelidir. Aynı şekilde başka bir çocuk yaşına göre malnütrisyonludur ama büyüme eğrisi yukarı doğru çıkıyorsa durumu tehlikeli değildir.

BÖLÜM III

ANNE SÜTÜ

1. EĞİTİMDEN ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER:

1. Köyünüzde son altı ayda doğum yapmış anneleri ziyaret ederek aşağıdaki soruların cevaplarını almaya çalışın.
  - Köyünüzde yeni doğum yapmış kadınlar çocuklarını emziriyorlar mı?
  - İlk gün gelen sütü bebeklere veriyorlar mı?
  - Günde kaç kere emziriyorlar?
  - Bebeklere doymadı diye başka yiyeceklere ilk defa ne zaman bağlıyorlar?
  - Emzirmeyen anne var mı? neden emzirmiyor?
  - Yeni doğan bebeğe biberon veren anne var mı? neden veriyor?
  - Genellikle kaç ay emziriliyor?
  - Emziren anneler temizlik kurullarına dikkat ediyorlar mı?
  - Anneler emzirmekten memnun mu?
  - Anneler sütün bollaşması için neler yapıyorlar?
  - Emziren annelerin problemleri var mı? neler?
2. Anne sütü ile beslenme ile yapay beslenmenin maliyetini karşılaştırın. Bunun için üç aylık bir bebeğin 1 günde gerektirdiği süt, şeker, yakıt, malzemeyi hesaplayın . Anneye fazla verilecek besinle karşılaştırın.
3. Köyünüzde varsa, biberonla beslenen çocukla anne sütü alan çocuğun gelişmesini karşılaştırın.

## 2. HEDEFLER

Bu bölüm işlendikten sonra ebe;

- Toplumdaki çocuk besleme alışkanlıklarını ortaya koyabilmeli,
- Kadınları anne sütünün yararları hakkında eğitebilmeli ve emzirmelerini sağlayabilmeli,
- Emzirme ile ilgili sorunlara (çökük meme başı, ağrıyan, şiş, apseli memeler, yetersiz veya kalitesiz süt korkusu) çare bulabilmeli, kadınları ikna edebilmeli,
- Anneye çocuğunu nasıl emzireceğini pratik olarak gösterebilmeli,
- Biberonla beslemenin sakıncalarını ve maliyetini açıklayabilmeli,

## 3- KAPSAM

### 3.1. ANNELERİN ÇOCUKLARINI NASIL BESLEDİKLERİNİN SAPTANMASI

Bebek ilk 1 yıl uygun beslenirse gelişmesi iyi olacak ve hayata iyi bağlayacaktır. İlk birinci yıldaki beslenme, ikinci ve üçüncü yılda ortaya çıkabilecek malnütrisyon riskini azaltacaktır. Bu yüzden annelerin çocuklarını bu dönemde nasıl beslediklerini bilmek önemlidir.

Bunu öğrenebilmek gözleyerek veya sorarak mümkündür. Yalnız anneyi incitmeden, dostça bilgi edinilmesi uygun olur. Her anne eleştirilmekten korkar. Ebelerin aşağıdaki sorulara cevap alması yerinde olur:

- Anne doğumdan ne kadar süre sonra emzirmeye başlar ?
- İlk gün gelen süt bebeklere verilir mi?
- Köyde yeni doğum yapmış kadınların hepsi çocuklarını emzirirler mi?
- Günde kaç kere bebek emzirilir?
- Emzirmeyen anne var mı? Neden emzirmiyor?
- Yeni doğan bebeğine biberon voren anne var mı? Neden veriyor?
- Genellikle bebekler kaç ay emziriliyor?
- Bebek doymadı diye başka yiyeceklere ilk defa ne zaman başlıyorlar? Ne veriyorlar?
- Annelerin emzirme konusunda karşılaştıkları zorluklar nelerdir?
- Anne sütünün bollaşması için ne yapıyorlar?
- Emziren anneler bebeklerini başka yollarla da besleyebileceklerini biliyorlar mı?
- Emziren anneler temizlik kurallarına dikkat ediyorlar mı?

Kırsal bölgelerde emzirme çok yaygındır. Ancak bazı hatalı uygulamalar, davranışlar vardır. Bunları da ortaya çıkarmak önemlidir.

### 3.2. ANNE SÜTÜNÜN YARARLARI

Pekçok yararları vardır. Ebe bunları bilmeli ve inanmalıdır. Eğer kendisi yararlarına inanmıyorsa yapacağı eğitim etkin olmaz. Örneğin başta kendisi çocuklarını emzirmelidir.

ANNE SÜTÜ EN İYİ DOĞAL BESİNDİR

Anne sütü, bebek için en uygun oranda protein, şeker ve yağ kapsar. Bu yüzden sindirimi kolaydır. 4-6 aya kadar bebeğin tüm besin gereksinimlerini karşılayabilir.

ANNE SÜTÜ HERZAMAN TEMİZDİR.

Anne sütü bebeğin ağızına direk memeden gelir. Mikropla enfekte olmaz. Diğer sütler kirli eller, fincanlar, kaşık, biberon, sinek vb. şeylerle kirlenebilir. Anne memesini temiz tutarsa bebeğe hiçbir kötü etki olmaz.

ANNE SÜTÜ BEBEGİ HASTALIKLARDAN KORUR

Anne sütü, ishal, öksürük ve soğuk almaya direnç sağlayan koruyucu maddeleri içermektedir. Araştırmalara göre anne sütü alan bebekler daha az enfeksiyon hastalıklarına yakalanmaktadır.

ANNE SÜTÜ DAİMA HAZIRDIR. ÖZEL HARCAMA GEREKTİRMEZ

Emzirmede özel bir arz-talep mekanizması vardır. Bebek emdikçe daha çok süt gelir.

Diğer sütlerin bebeğe verilmeden önce kaynatılması gerekir. Ayrıca şeker eklenebilir. Kaynatmak yakıt masrafına yol açar, ayrıca ılıtmak da zaman kaybına yol açar.

ANNE SÜTÜ SAĞIN ALMA GEREKTİRMEZ BEDAVADIR

Birçok besin para ile alınır. Oysa anne sütü bedavadır. 3 aylık bir çocuk 600-700.000 süt gerektirecektir. Bu sütü almaya kalkınca önemli bir para tutacaktır. Gerçi emzikli annenin daha fazla besin alması gerekir ama bu daha ucuza malolacaktır. Üstelik diğer sütlerin verilmesinin yol açacağı sorunlar gözönüne alınacak olursa bu önemsiz olacaktır.

ANNE SÜTÜ BEBEKLE-ANNE ARASINDA ÖZEL BİR BAĞ KURULMASINI SAĞLAR

Emzirme ile dokunma, koklama, sıcaklık gibi duyguların iletimi ile bebekte güç ve güven duygusu oluşmaktadır.

### 3.3. EMZİRME KONUSUNDA BAZI ÖNEMLİ NOKTALAR

Anne emzirmeye ne zaman başlamalı?

Hemen doğar doğmaz emzirmelidir. Mümkün olan en kısa zamanda *demek daha doğru olur.* Böylece hem annede süt yapımı uyarılır, hem de annenin *rahimi kan-* larının uyarılmasıyla toparlanmaya başlamış olur.

Kolostrum bebeğe verilmeli mi?

Bebek için çok önemli koruyucu maddeleri ve bol protein kapsayan *kolo-* strum mutlaka bebeğe verilmelidir. Hiç bir kötü etkisi yoktur.

### Bebek Nasıl Emzirilmelidir?

Normalde anne bunu bilir. Ancak bazı uyarılarda bulunmak yerinde olur. Bebek mümkün olduğu kadar dik tutulmalı, sadece meme başını değil, tüm koyu renkli bölgeyi ağzına almalı, çenesi memeyi bastırmalıdır. Anne her iki memeyi de emzirmeli, bir keresinde sağ memeyle diğerinde sol memeyle emzirmeye başlamalıdır.

### Ne Sıklıkta Emzirmek Gerekir?

Ne kadar sık emzirilirse süt yapımı okadar çok olur. İlk günlerde ağladıkça emziren bebek sonradan kendiliğinden düzene girer. Açlık için ağladığına emin olunursa emzirilmelidir. Ancak iki saat geçmeden meme isteyen çocuk pek doğmuyor demektir.

### Her seferinde ne kadar süre emzirilmelidir?

Bebekler genellikle emmekten büyük bir zevk duyarlar. Başlangıçta her meme için 5-10 dakika iken sonraları 15-20 dakika olabilir. Ancak bebekler memedeki süütün yarısını ilk 2 dakikada boşaltmaktadırlar. Bu yüzden kısa süre emon bebekleri zorlamaya gerek yoktur.

### Bebek kaç aya kadar emzirilmelidir?

Mümkün olduğu kadar uzun süre emzirilmesi uygundur. Ancak 4-6 ayda mutlaka ek yiyeceklere başlanması gerekir. Bir yıldan sonra emzirilmesi şart değildir.

### Memeden Nasıl Kesmelidir?

Yavaş yavaş kesmek doğru olur. Verilen ek yiyeceklerin miktarı arttırılır, bebek daha az emzirilir. Böylece süt üretimi azalır. Geceleri emzirilir, gündüz emzirilmez, 2-3 ay içinde kesilir.

### Bebek'in yeterli süt emdiği nasıl anlaşılır?

Genellikle ilk 4-6 ay annelerin sütü yeterlidir. Bebek'in düzenli tartılıp kilo alması yeterli beslendiğini gösterir. Ayrıca karnı doyan bebek rahat bir şekilde uykuya dalar. Huzursuz değildir. Sık sık ağlayarak uyanmaz. Aç olduğundan emin olmadan ek yiyecek verilmemelidir.

### Gebe kalan anne emzirmeye devam edebilir mi?

Her yeni gebeliğin getirdiği hem de süt üretiminin gerektirdiği besinleri sağlayabilmek pek kolay değildir. Bu yüzden önce emzirirken gebe kalmamaya dikkat edilmeli, etkin bir yöntemle korunmalıdır. Bebek'in en az bir yıl anne sütü alması önemlidir. Bu arada gebe kalırsa emzirmeye son verilmelidir.

### Çalışan annenin emzirmesi

Kısa süre çalışan anneler emzirmeye devam edebilir. Uzun süreli çalışan anneler ise amirinden izin alabilirse emzirir. Mümkün olduğu kadar işte iken göğsünü boşaltır. Bu süt uygun bir yerde saklanırsa tekrar bebeğe verilebilir. Kendi evde yokken bebeğe kaşıkla başka yiyecekler verilir.

### 3.4. EMZİRME SORUNLARI

Özellikle doğumdan sonraki ilk 1-2 hafta pekçok sorun çıkabilir. En sık rastlanan sorun annenin endişeli olmasıdır (sütünün yetersizliği ve kalitesi hakkında). Diğerleri ise gökük meme başı, meme başı çatlakları, ağrılı-şiş memeler-

dir.

Gebelik sırasında göğüsleri hazırlamak bu problemleri önemli ölçüde çözer. Ebe, gebelikte kadına hergün meme başını çekip bırakmasını, yavaşça bastırarak birkaç damla sıvı akıtmasını, kendine güven duymasını öğretilmelidir. Doğumdan sonra da hemen gelerek anneye destek olmalı, sık sık yoklamalıdır.

#### 3.4.1. Çökük Meme Başı

Bazı kadınların kısa, içe girik meme başları olur. İlk çocuğunu doğuranlarda daha sık rastlanır. Çoğu büyük meme başıdır. Masaajla çekilip uzatılabilir. Eğer büyük değil çökükse emzirmek zor olabilir. Özel emzik kullanarak veya sütü sağılarak bebeğe vermek uygun olur.

#### 3.4.2. Çatlak Meme Başı

Meme başları çok duyarlıdır. Deri çok yumuşaksa ve bebek sertçe emiyorsa acı artar. Çatlaklardan kolaylıkla mikrop girer ve apse yapar.

Önlemek için aerola ve meme başı yağlanır, çok uzun süre emzirilmez, memenin düzenli boşalması sağlanır, emzirdikten sonra meme başı kuru bırakılmalıdır.

#### 3.4.3. Şişmiş Memeler

Bazen annenin sütü çok dolar, bebek iyi boşaltamazsa ağrır ve şişer. Deri kızarır, bebek aerolayı ağızına alamaz. Bu durumda meme tiple ile düzenli boşaltılmalıdır. Eğer boşaltılmazsa süt üretimi azalır, meme apsesi oluşabilir. Boşaltılan süt kağıkla bebeğe verilir.

#### 3.4.4. Meme Apsesi

Bazen meme başından mikroplar içeri girer (özellikle çatlak meme başından) ve enfeksiyona yol açarlar. Memenin bir kısmı ağrır, şişer ve kızarır, sertleşir. Kadının ateşi çıkar. Bu durumda kadın hastane veya sağlık ocağında muayene edilerek antibiyotik başlanır. Memenin boşaltılması gerekir. Emzirmeye devam edilebilir, ancak meme başından iltihap geliyorsa emzirme durdurulur.

#### 3.4.5. Sütün Az Olduğu veya Kalitesiz Olduğu Korkusu

Pekçok anne sütünün yetmediğinden endişe duyar. Doğumdan sonraki ilk 2-3 gün memenin boş olması normaldir. Anneye şunlar öğütlenmelidir:

- Sütün üçüncü veya beşinci gün gelebileceği
- Bebeğin vücudunda pekçok suyla doğduğu bu yüzden ilk birkaç gün fazla ihtiyacı olmadığı
- Bebeğin süt gelmesi bile düzenli olarak memeye tutulması. Böylece hem süt yapımı uyarılır, hem bebek kolostrumu almış olur.

2-6 aylık bebeği olan anneler de özellikle bebekleri biraz ağlıyorsa sütlerinin yetmediğinden endişelenirler. Bu durumda,

- Bebek düzenli tartılır, sürekli artma varsa anne ikna edilir.
- Bebek ağılıktan başka şeyler için de ağlayabilir. Altı ıslak, uykusuz veya rahatsız olmuş olabilir. Beslendikten sonra ağlama genellikle başka nedene bağlıdır.
- Eğer bebek yeterli kilo almıyorsa önce annenin sütü arttırılmaya çalışılır.

Daha çok sıvı, besin alması, dinlenmesi, sık emzirmesi söylenir, moral verilir. Endişe sütü azaltır. Çok az sütü olsa bile emzirmeye devam etmelidir.

Bazen anneler sütlerinin bebeğe yaramadığını düşünürler. Kaynanalar da destekler. Bu çok yanlıştır. Aslında her kadının sütü kendi çocuğu içindir. Kendine güveni artırılmalıdır, yoksa bu endişe de sütü azaltır.

### 3.5. BIBERONLA BESLEMENİN SAKINCALARI VE ANNE SÜTÜ YOKSA BESLENME ŞEKLİ

Annenin sütü hiç gelmezse veya herhangi bir nedenle biterse, ilk yapılacak başka bir emzikli kadın (sütanne) bulmaktır. Küçük çocuğu olmayan veya emzikli olmayan bir kadın bile isterse ve sık sık bebeği memeye tutarsa sütünü tekrar getirebilir. Buna relaktasyon denir, ancak her kadında olmaz.

Eğer sütanne bulunamıyorsa (bizim toplumda oldukça zordur), yapay beslenmeye geçilir. Yapay beslenmede en uygun yiyecek inek sütüdür. Ancak inek sütü kesinlikle biberonla verilmemelidir. Yapay beslemenin sakıncaları:

- Kirli biberonlardan, ellerden, kaşıklardan süte mikroplar bulabilir,
- Anne sütünden başka sütlerde çocuğu hastalıklara karşı koruyucu maddeler yoktur.
- Süt kısa sürede bozulur. Özellikle yazın buzdolabı yoksa saklanması zordur.
- Genellikle pahalı olduğu için süte fazla su katılır, bu da besin değerini azaltır.
- Biberon emziğinin ağzı geniş olursa hızlı beslendiği için kusabilir, küçük olursa çocuk sütü çıkmak için çok uğraşır ve süt yerine bol hava yutar. Bu da gaz sancıklarına yolaçar.

#### Annenin Yapacakları:

- Ellerini, yiyeceği hazırlamadan önce su ve sabunla yıkamalı,
- Biberon yerine kaşık-bardak vb. tercih etmeli,
- Kullandığı şeyleri beslenmeden sonra kaynatmalı,
- Sulandırılması gerekiyorsa süte kaynamış su katmalı,
- Yiyecekleri bir gününkük hazırlamalı, hazırladığı yiyecekleri bekletmemeli,

#### Ebenin Yapacakları:

- Ailenin süt alma olanağı yoksa yardımcı olmalı,
- Sadece emzirme olanağı olmayan annelere yapay beslenme anlatmalı, grup halinde tüm annelere anlatmamalı, özendirilmemeli,
- Annelere yapay beslemenin anne sütünü azaltacağını söylemeli.

#### İNEK SÜTÜNÜN HAZIRLANIŞI

- İlk bir ay 1 kısım süt+1 kısım su
- İkinci ve üçüncü aylar 2 kısım süt+1 kısım su
- Dördüncü ay ve sonra Sulandırılmamış süt

#### NE KADAR SÜT VERİLEBİLİR

Sadece yapay yolla beslenen bebeklere kilogram başına 150 cc sıvı verilir. Sulandırılması gereken miktar ve süt miktarının toplamı hesaplanır. Her günün 3 aylık bir bebek yaklaşık 6 kez alsun. Bu bebeğin günlük ihtiyacı 150x6=900cc -



dir. Üç aylık bir bebek 2/3 oranında sulandırılmış süt alabileceğinden bunun 300 cc si su, 600 cc si süt olacaktır.

Ayrıca hazırlanan süte % 5 oranında şeker ile % 2 oranında sıvı yağ eklenmesi uygun olur.

**YAPAY BESLENME ANLATIRKEN BAZI ÖNEMLİ**

**NOKTALAR**

Anne sütü, bebek 18-24 aylık olana kadar en yararlı besindir. Ancak 4-6 aydan sonra mutlaka ek yiyeceklere başlanmalıdır.

Anne sütü kadar iyi hazırlanabilecek hiç bir süt yoktur.

İnek sütü ve süt tozlarının uygun ölçülerde sulandırılması çok önemlidir.

## BÖLÜM IV

### ÇOCUKLARIN BESLENMESİ

#### 1. EĞİTİMDEN ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER

1. Köyünüzde 4-12 a.lık çocukların izleminden elde ettiğiniz gözlemlere göre aşağıdaki soruları cevaplayınız.
  - Çocuklara katı yiyecekleri hangi ayda veriyorlar?
  - Genellikle hangi yiyecekleri veriyorlar?
  - Çocuklara kaç öğün ek yiyecek veriyorlar?
  - Çocukları genellikle kim besliyor?
  - Çocuklara verilen yiyecekler nasıl hazırlanıyor?
  - Çocuklara ayrı kaptan yiyecek veriliyor mu?
  - Çocuklara verilmeyen yiyecekler var mı?

## 2. HEDEFLER

Bu bölüm incelendikten sonra ebe;

- Annelerin çocuklarını nasıl beslediklerini, geçitli yiyecekler hakkındaki inançlarını ortaya koyabilmeli
- Köyde çocuklara uygun olacak yiyecekleri saptayabilmeli,
- Değişik mevsimlere göre yiyeceklerin bulunabilmesi ve fiyat durumlarındaki değişiklikleri saptayabilmeli,
- Çocuklara uygun diyet önerilebilmeli, ne sıklıkta ve ne kadar verileceğini anlatabilmeli.

## 3.KAPSAM

### 3.1. BÖLGEDEKİ ANNELERİN ÇOCUKLARINI NASIL BESLEDİKLERİNİN SAPTANMASI

Kırsal bölgede emzirme yaygındır. Anne sütü güphesiz ki bebekler için en uygun ve yararlı bir besindir. Ancak anne sütü 4-6. aydan sonra bebeğin ihtiyacını tam olarak karşılamaz. Başka yiyeceklerle desteklenmesi gerekir. Bu yüzden bölgedeki bu konudaki inançları, yapıları bilmek gerekir. Şu sorulara cevap alınması yararlı olacaktır.

- Çocuklara ilk verilen yiyecekler hangileridir?
- Anne sütüne ek besin vermeye hangi ayda başlanır?
- Kaç kere ek besin verilir, neler verilir?
- Çocuk arı kim besler?
- Çocuklara verilen yiyecekler nasıl hasırlanır, nerede saklanır?
- Ailenin yediklerinden verilmeye ne zaman başlanır?
- Çocuklara hiç verilmeyen yiyecekler hangileridir?
- Küçük çocukların tabaklarına konan yiyeceği mutlaka bitirmesi gibi adetler var mıdır?

### 3.2. BÖLGEDE BULUNAN ÇOCUKLAR İÇİN UYGUN YIYECEKLER

Bölgede yaygın olarak bulunan yiyecekler araştırılır. Başlıca yarıyabilecek besin grupları şunlardır:

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| - Süt ve türevleri           | - Kuru baklagiller(nohut, mercimek,vb) |
| - Yumurta                    | - Tahıl ürünleri(bulgur, pirinç,)      |
| - Yeşil yapraklı sebzeler    | - Diğer sebzeler(patates, havuç vb)    |
| - Turunçgiller(portakal, vb) | - Et, balık, tavuk                     |

Köyde bu gruplardan hangileri olduğu araştırılır, çocuğun yaşına göre uygun olanlar seçilerek verilir.

#### 3.2.1. ALTI AYDAN KÜÇÜK BEBEKLER

Bu dönemde en uygun besin güphesiz ki anne sütüdür. Herhangi bir yetersizlik durumu saptandığında ek olarak ilk verilecek şey süt veya yoğurttur. Eğer daha önce hiç süt verilmediyse ilk günler sulandırılır. Anne sütüne ek olarak 2-4 ÇB süt-yoğurt, dördüncü aydan sonra tarhana, mercimek çorbaları verilir. Eğer hiç anne sütü alıyorsa günde 8-9 ÇB süt-yoğurt verilmelidir. 5 aylık o-

İnca ailenin olanakları uygunsa çorbalara kıyma katılabilir.

### 3.2.2. 6-12 AYLIK BEBEKLER

Günlük alması gereken süt ve yoğurda ilave olarak bu dönemde kurubaklağıl yumurta, sebze yemekleri verilmeye başlanır.

Daha önce süt-yoğurda başlanmadıysa mutlaka başlanmalıdır. Et alma olanağı olanlar kıymadan köfte, balık, karaciğer vb. verebilirler. Et almayanlar yumurta, mercimek çorbası, kurufasulye yemeği vb. verebilirler.

Yumurtanın önce sarısı başlanır. İlk verilşte fındık büyüklüğünde parça verilir, yavaş yavaş arttırılır. 7 aylık olunca sarının hepsi, 8 aylık olunca da tüm yumurta verilir. Olanaklar uygunsa hergün bir yumurta verilmesi uygun olur.

Çocuk ek yiyeceklere başlasa bile günlük süt-yoğurt miktarı azaltılmamalıdır. Anne sütü alan çocuklara 4 ÇB, almayanlara 10 ÇB süt-yoğurt verilmeye devam edilmelidir.

Köyde bulunabilen veya satın alınabilen meyvelerden hergün bir tane verilmesi gerekir. Sebze yemekleri suyuyla birlikte ezilerek verilir. Normal büyüyen bir çocuk 9 aydan sonra ailenin yedikleri yemeklerden yemeye başlar (acısız, baharatsız). Ek olarak süt-yoğurda devam edilir.

### 3.3. ÇOCUKLARIN BESLENME SİALİĞİ- EK YİYECEKLERİN VERİLMESİNDE DİKTAT EDİLECEK NOKTALAR

Çocuğun iyi beslenebilmesi için annenin çocuğunun büyüyüp geliştiğini görmesi, beslenme bilgisinin olması ve sabırlı olması gereklidir. Birçok annede beslenme bilgisi yetersizdir. Bu konuda eğitilmeleri gerekir.

#### 3.3.1. ANNE SÜTÜNE EK YİYECEĞİN VERİLME ZAMANI

Katı yiyeceklere en geç çocuk 4-6 aylık olunca başlanır. Bu aya kadar anne sütü bebeğin tüm gereksinimlerini karşılar.

BEBEK 4-6 AYLIK OLDUĞUNDA, ANNE SÜTÜ TEK  
BAŞINA YETERSİZDİR.  
KATI YİYECEKLERE BAŞLAYIN.

#### 3.3.2. ÖĞÜN SAYISI

Başlangıçta, yoğurt veya inek sütü günde 2 kere 1-2 tatlı kaşığı verilir. Miktar ve verilme sıklığı yavaş yavaş arttırılır. 6-9 aylık olduğunda anne sütünden ayrı olarak 3-4 öğün beslenmesi gerekir.

#### 3.3.3. EK BESİNİN VERİLME ZAMANI

İlk başlarken bebek açken verilir. Alıştıktan sonra, anne sütü aldıktan en az 45 dakika sonra ek yiyecek verilmelidir. Daha sık beslenirse anne sütünün besleyici ve koruyucu değeri azalacaktır. Ek besin olsa da anne sütüne devam edilebilir.

### 3.3.4. AİLE İÇİNDE KÜÇÜK ÇOCUKLARA ÖNCELİK TANINMASI

Küçük çocuklar önce beslenmelidir. Çünkü yavaş yerler ve büyüklere yeti-  
şemezler. Ayrıca büyükler genellikle günde üç öğünle yetinirler oysa küçük çoc-  
uklar 5-6 kez beslenmelidir. Tabakları ayrı olmalı, yediği miktar gözlenmeli-  
dir. Hastalık durumlarında ise özel ilgi gösterilmelidir.

### 3.4. ANNELERİN BESLENME KONUSUNDA EĞİTİLMESİ

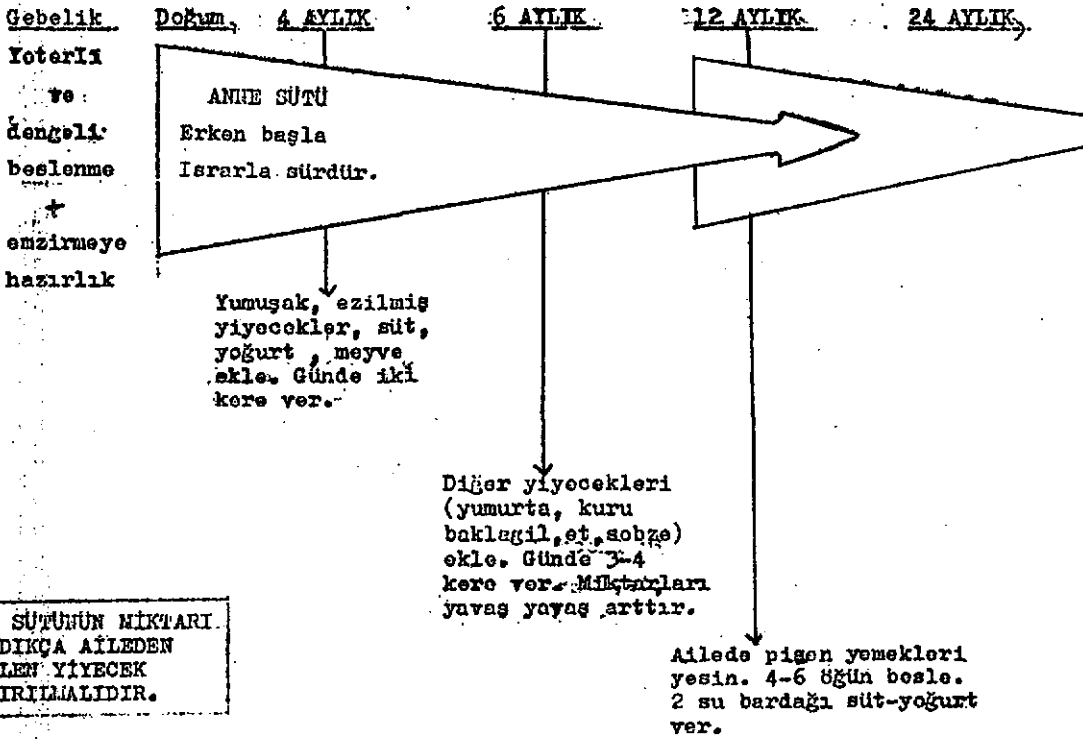
Yapılacak eğitimin etkili olabilmesi için ebeanın sadece çocuk beslenmesi-  
ni iyi bilmesi yeterli değildir. Bunlara mutlaka inanması gerekir. Kendi çocuk-  
ları ve yakınları için de bu yöntemleri uygulamalıdır. Aileler, ebeanın kendi  
evinde de bu yöntemlerin uygulandığını bilmelidir.

Eğitim yapabilmek için aileyle dostça ilişki olması gerekir. Bazı anneler,  
başka birinin kendi çocuğunun beslenmesine karışmasından rahatsız olabilirler.  
Bu yüzden, eğitmeden önce annelerle arkadaşlık kurmak, onların güvenini kazan-  
mak gerekir. En iyi bilgi arkadaştan öğrenilir.

Eğitilen annelerin çocuklarının iyi gelişmiş ve sağlıklı olduğunu diğer  
annelerin görmesi yararlı olur. Böyle imkanlar yaratılmalıdır.

Bir de yapılacak eğitimin mutlaka aile olanaklarına uygun olması, aileye  
fazla yük getirmemesi gerekir. Birinci bölümde anlatılanlar bu konuda yardımcı  
olur.

Aşağıda verilen şema bu bölümü özetlemektedir:



BÖLÜM V

GEBELİK VE EMZİKLİLİKTE BESLENME

1. EĞİTİMDEN ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER:

1. Köyünüzde gebelik ve emziklilik dönemine ait inançlar neler? Bunları saptayarak üç gruba ayırın.

-Beslenme açısından yararlı olanlar

-Beslenme açısından zararlı olanlar

-Beslenme açısından önemsiz olanlar

2. Gebe kartlarını inceleyerek

-Az kilo olan kadınları tesbit edin.

-Çok kilo alan kadınları tesbit edin.

-Anemik kadınları tesbit edin.

3. Bunlara nasıl eğitim yaparsınız açıklayın.

## 2. HEDEFLER

- Bu bölüm işlendikten sonra ebe;
- Gebelik ve emzicilik dönemindeki beslenmeyle ilgili inançları ve adetleri ortaya çıkarabilmeli,
  - Kadınlara gebelik ve emzicilikteki beslenmenin önemini anlatabilmeli,
  - Hangi gebe ve emzikli kadınların malnütrisyon riskinde olduklarını saptayabilmeli,
  - Anemik gebeleri saptayabilmeli,
  - Gebe ve emzikli kadınlara uygun beslenme eğitimi yapabilmeli.

## 3. KAPSAM

### 3.1. GEBELİK VE EMZİKLİLİK DÖNEMİNDE BESLEME İLE İLGİLİ İNANÇ VE ALIŞKANLIKLAR

Gebelik, anne vücudunda ikinci bir canlının oluştuğu dönemdir. Doğacak bebek, tamamen anneden alacağı besinlerle sağlıklı olacaktır.

Bazı yerlerde çeşitli yiyeceklerin çocuğun anne karnındaki büyümesini etkilediğine inanılır. Bunlar asılsız olmasına rağmen gebenin beslenmesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Bazı bölgelerde ise gebe kadınlara özel bazı yiyecekler verilir, özen gösterilir. Bunlar olumlu olabilir, yararlanılabilir.

Aynı şekilde sütü arttırdığına inanılan yiyecekler de olabilir. Ebe tüm bu inançları saptamalı, yararlı olanları kullanmalı, yanlış olanları düzeltmeye çalışmalıdır.

### 3.2. GEBELİK VE EMZİKLİLİKTE BESLENME SAĞLIK İLİSKİSİ

Gebelik sırasında, anne çocuğunun sağlıklı olması için ayrıca besin almaz. Yeterli ve dengeli beslenemeyen annelerin çocukları düşük doğum ağırlıklı doğar. Böyle doğan bebeklerin bakımı zordur, sık hastalanırlar ve güçsüzdürler. Normal doğan bebeklere göre hastalıklara ve ölüme dirençleri daha azdır. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin malnütrisyon riski de çoktur. Bu yüzden gebelikteki beslenme çocuğun sağlığını önemli derecede etkilemektedir.

Yeterli beslenen annenin vücudunda biriken yağın bir kısmı emzicilik döneminde süt yapımı için kullanılır. Gebelik süresince yeterli kilo alamayan annelerde süt üretimi yeterli olmaz.

Emzicilik döneminde, annenin yediklerinden sağlanan enerji ile süt üretimi sağlanır. Yeterli besin alınamazsa annenin sütü yeterli olmaz. Günde ortalama 500-750 cc süt yapılmaktadır. Düzenli beslenilmezse bu mümkün olmaz.

Ayrıca annenin kalıtsal durumu, psikolojik durumu da önemlidir. Uzun süre ağır işte çalışan annenin gereksinimi daha fazladır.

Yeterli ve dengeli beslenme annenin kendi sağlığını koruması açısından da önemlidir. Kendisi zayıf düşer, anemik olabilir, kemiklerde yumuşama vb. durum-

lar olabilir.

### 3.3. GEBE KADINLARDA MALNÜTRİSYON

Gebelik esnasında malnütrisyonlu olan kadınlara saptamak pek kolay değildir, ancak riskli olabilecek kadınlar şunlardır:

- Ekonomik durumu çok kötü olanlar,
- Doğum aralığı 1 yıldan az olan ve sık doğum yapan kadınlar
- Tüberküloz gibi beslenmenin önemli olduğu hastalığı olan kadınlar,
- Gebelik süresince çok az kilo alan kadınlardır.

Kadının görünümü de malnütrisyonlu olduğunu gösterebilir. Zayıf-kuru, kol ve bacakların inceliği, göğüs, karın ve üstkolde deri altı yağ tabakasının erime durumu incelenir. Bu belirtiler varsa kadın malnütrisyonludur.

Malnütrisyonlu gebeler sık izlenmeli ve beslenme konusunda eğitilmelidir. Normal bir gebe ilk 3 ayda 1 kilo, sonraki aylarda 1,5-2 kilo alır. Toplam artış 9-13 kilodur. Daha az kilo alan gebeler risklidir.

### 3.4. GEBELERDE ANEMİ

Gebelikte anemi ülkemizde çok yaygın bir beslenme sorunudur.

Anemi belirtileri= Dudakların iç kısmının, göz diplerinin soluk olması, çok anemikçe çabuk yorulma, nefes darlığı, yüz ve bacaklarda şişmedir. Kesin olarak Hb. bakılarak tanı konur. Hb. 11 gr. dan daha düşükse kadın anemiktir. Anemik gebelerin doktora gönderilmesi gerekir. Ayrıca kan hapa, beslenme eğitimi verilmelidir.

### 3.5. GEBELİK VE EMZİKLİLİKTE BESLENME

Aşağıda yeterli ve dengeli beslenebilmek için neler yenmesi gerektiği gösterilmiştir:

<u>YIYECEK GRUBU</u>	<u>NORMALDE</u>	<u>GEBELİKTE</u>	<u>EMZİKLİLİKTE</u>
1.)SÜT GRUBU			
Süt-Yoğurt	1 Su bardağı	2 su bardağı	2 su bardağı
Peynir	1 kibrit kutusu	aynı	aynı
2.)ET GRUBU			
Et,yumurta,	2 tabak etli	2 yumurta	1 yumurta
kurubaklagil	yemek veya kuru baklagil yemeği	2 tabak etli veya kuru b. yemeği	2 tabak etli veya kurubaklagil yemeği
3.) TAHİL GRUBU			
Ekmek	3 dilim	3 dilim	4-5 dilim
Diğerleri	1 tabak	1 tabak	1.5 tabak



<u>YIYECEK GRUBU</u>	<u>NORMALDE</u>	<u>GEDELİKTE</u>	<u>EMZİKLİLİKTE</u>
4.) MEYVESEBZE	2 meyve 2 tabak sebze	3 Meyve 2 tabak sebze	3 Meyve 3 tabak sebze
5.) YAĞ-ŞEKER			
Yağ	3 yemek kaşığı	Aynı	Aynı
Şeker	4 yemek kaşığı	(pekmez eklenir)	(pekmez eklenir)

NOT:

- Fazla kilo alanlarda üçüncü ve beşinci grup yiyecekler azaltılır, diğerlerine dokunulmaz.
- Süt veya yoğurt sevmeyenler ayrıca 4 kibrit kutusu kadar daha peynir yemelidir.
- Sebzelerden yeşil yapraklılar, domates, havuç; meyvelerden turunggiller tercih edilmelidir.
- Kurubaklağil yemekleri mutlaka tahıl grubu yiyeceklerle birlikte tüketilmelidir.
- Yemekler kızartılmadan yapılmalıdır.
- Gebe kadın oruç tutmamalıdır. Emzikli kadının da oruç tutması sakıncalıdır.
- Gebe ve emzikli kadın hergün kol ve bacaklarını güneşe tutmalıdır.
- Her gebe, ne kadar iyi beslenirse beslensin, 3. aydan sonra mutlaka kan hapti içmelidir.
- Anemik gebelere kan haptinin yanısıra, pekmez, yumurta, karaciğer, dalak, et, kurubaklağiller, kurutulmuş meyveler, yeşil yapraklı sebzeler yemesi, süt içmesi (protein açısından) önerilmelidir. Yiyeceklerdeki demirden daha çok yararlanabilmesi için her öğün domates, maydonoz, turunggil gibi C vitamininden zengin bir yiyecek yemesi de önerilir.

## BÖLÜM VI

### MALNÜTRİSYON

#### 1. EĞİTİMDEN ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER

1. Bölgenizdeki malnütrisyonlu çocukları saptayınız.
2. Bu çocuklar sizce hangi nedenlerden malnütrisyonu girmiş olabilir, araştırınız.
3. Malnütrisyon çocuk sağlığı için neden önemlidir, açıklayınız.

#### 2. HEDEFLER

Bu bölüm işlendikten sonra ebe;

- Protein-enerji malnütrisyonunu saptayabilmeli,
- Protein-enerji malnütrisyonunun temel nedenlerini açıklayabilmeli,
- Protein-enerji malnütrisyonu riski altında olan çocukları tesbit edebilmeli, ailelerine eğitim yapabilmeli,
- Hafif ve orta derecedeki malnütrisyonlu çocukları gerekli beslenme eğitimi yaparak tedavi edebilmeli.

#### 3. KAPSAM

##### 3.1. PROTEİN-ENERJİ MALNÜTRİSYONUNUN SAPTANMASI

Malnütrisyon, yeterli protein ve enerji alınmadığında ortaya çıkar. Özellikle 5 yaş altı çocuklarda yaygın olarak görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde milyonları bulan malnütrisyonlu çocuklarda ölüm oranı çok yüksektir

MALNÜTRİSYONU MÜMKÜN OLDUĞU KADAR ERKEN SAHADA  
TESBİT ETMEK-, TEDAVİ ETMEKTEN DAHA ETKİLİDİR.

Tüm protein-enerji malnütrisyonu tiplerinin en erken belirtisi büyüme geriliğidir. Büyüme geriliği çocukların izlem kartlarından kolayca görülür. Malnütrisyon ortaya çıkmadan haftalar, hatta aylar önce büyüme durur. Çocukların düzenli tartılması ve büyüme kartına işlenmesi ve büyüme eğrisinin çizilmesiyle malnütrisyon en erken safhada tesbit edilmiş olur.

BÜYÜME GERİLİĞİ PROTEİN-ENERJİ  
MALNÜTRİSYONUNUN EN ERKEN BELİRTİSİDİR

Büyüme eğrisi düz veya aşağıya doğru gidenler malnütrisyonu giriyor demektir. Grafikte kırmızı bölgeye girenler ise kesin malnütrisyonludurlar.

### 3.2. MALNÜTRİSYONUN NEDENLERİ

Malnütrisyon, birçok kompleks ve birbirleriyle yakından ilgili sosyal ve ekonomik faktörlere bağlıdır. Bu faktörlerin bazıları: yoksulluk, cahillik, yiyecek yetersizliği, temizlik şartlarının iyi olmaması, tekrarlayan enfeksiyonlardır. Bu faktörlerin birbirleriyle ilişkisi çok karışıktır.

Ayrıca malnütrisyonu yol açabilecek bazı genel faktörler de vardır. Bunları:

- Yaş: 6 ay- 48 ay arası çocuklar risklidir. Çünkü bu dönem hızlı büyüme dönemidir.
- Cins: Bir çok toplumda erkek çocuklara sosyal ve ekonomik nedenlerden dolayı daha çok değer verilmektedir.
- Çok çocuk: Kalabalık ailelerde kişi başına düşen yiyecek miktarı azalır. Ayrıca anne ilgisi de az olur.
- Doğum Aralığı: Büyük çocuk 6 aylık olmadan annenin tekrar gebe kalması doğacak çocuk için çok zararlıdır. Hem büyüğü emziremez, hem de diğeri yanında iyi beslenemez.
- Anne sütü verilmemesi: Bazı anneler çocuk doğunca yanlış inanç ve adetlerden dolayı çocuğuna biberon verir ve anne sütü erken dönemde kesilir. Bu da tehlikeylidir.
- Ek yiyeceklere geç başlama: Anne sütü tek başına çocuğa 6 ay yetmektedir. Bu dönemde ek yiyeceklere başlanmaması da çocuğun büyümesini etkiler.
- Enfeksiyon hastalıkları-özellikle ishal, kızamık vb.: Enfeksiyonlarla malnütrisyon arasında kısır bir döngü vardır. Daha sonra açıklanacaktır.
- Çoğul doğumlar: Genellikle küçük doğdukları ve çok çocuğa annenin ilgisi azalacağı için risklidirler.

### 3.3. RİSKLİLERİN SAPTANMASI

Ebe-hemşire bölgesindeki her çocuğun gelişmesini izlemektedir. Her çocuk için kendikendine bu çocuğun malnütrisyon riski altında olup olmadığını sorgular. Eğer "evet" diyorsa o çocuğa farklı özen göstermesi gerekecektir.

Riskli bulduklarının beslenme şartlarını değiştirerek ve geliştirerek malnütrisyonundan koruması mümkün olabilir. Eğer aile ve özellikle anne ikna olursa bu görevi başarı ile sürdürür. Ebe-hemşire çocuğun ne yemesi gerektiğini bilebilir ama önemli olan anneyi ikna edebilmesidir.

Malnütrisyonluların daha iyi beslenebilmeleri için şunlar yapılabilir:

- Su anda yediğinden daha fazla yiyecek verilmesi: Çocuğun yediği yiyeceklere kurubaklagil-tahıl karışımları ilave etmek, süt-yoğurt eklemek gibi.
- Günlük öğün sayısını arttırmak: Malnütrisyonlu bir çocuğun günde 6 öğün yemek yemesi önerilmelidir. Öğünler basit kahvaltı gibi geçiştirilmemelidir.
- Verilen yiyeceklerin miktarının arttırılması: Anneler çocuğu için her şeyi yiyor diyorsa o zaman miktarda yetersizlik düşünülmalıdır. Somut ölçülerle miktar belirtilmelidir.

- Çocuğun iştahını azaltan yiyeceklerin verilmemesi: Çocuklara yaygın olarak verilen çay, şeker, lokum, çikolata vb. yiyecekler iştahlarını azaltarak yararlı besinleri almalarını engeller. Bu konunun da üzerinde durulması gerekir.

- Ek Yiyecek Yardımı Programları: Bakanlık aracılığı ile gönderilen Sek Mama vb. yiyeceklerin özellikle malnütrisyonlu çocuklara verilmesi için çalışılmalı, bu programların başarıya ulaşabilmesi için mamanın yapılarak aileye gösterilmesi ve çocuğun yakından izlenmesi gerekir.

#### 3.4. PROTEİN-ENERJİ MALNÜTRİSYONUNUN KONTROL ALTINA ALINMASI

Bölgedeki malnütrisyonlu çocuklardan hafif ve orta derecedekileri ebe-hemşireler kendileri tedavi edebilir, ocak hekimleri ile işbirliği yapabilirler. Ancak ağır malnütrisyonluların hastanede tedavi edilmeleri gereklidir. Ağır malnütrisyonluların tesbit edilerek biran önce hastaneye gönderilmeleri gereklidir. Kendi izlemindeki hafif ve orta derecedeki malnütrisyonlular ise sık sık izlenerek ailenin verilen eğitimi uygulayıp uygulamadığı kontrol edilmeli, çocuğun gelişimi izlenmelidir. Ayrıca önerilenleri yapacak gücü olmayanlar için de imkanlar yaratılmaya çalışılmalı, köyden veya bölgeden yardım edebilecekler araştırılmalıdır.

## BÖLÜM 7

### İSHAL VE BESLENME

#### 1. BÖLGENİZDE ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER

1. Bölgenizde geçen yaz ishalden ölen bebek var mı araştırınız.
2. Sıfır bebekler ishalden neden ölür? Açıklayın.
3. Bölgenizde ishali olan çocuklara yiyecek birşey veriliyor mu araştırın.
4. İshale iyi geldiği düşünülen yiyecekler var mı araştırın.

#### 2. HEDİFLER

Bu bölüm tartışıldıktan sonra ebe;

- İshalin nedenlerini ve tehlikesini açıklayabilmeli,
- Dehidratasyonu olan çocukları saptayıp ORT verebilmeli,
- Ağır dehidratasyonu olanları hastaneye sevk edebilmeli,
- İshalli çocukların annelerine beslenme anlatabilmeli,
- Aileleri ishalden korumak için gerekli önlemleri alabilmeli.

#### 3. KAPSAM

##### 3.1. İSHAL NEDİR?

Dışkıının sayısının ve miktarının artması, şeklinin bozulması ile ortaya çıkan duruma ishal denir. Anne sütü alan bebeklerin dışkıları yumuşaktır, ancak bu ishalden değildir.

Genellikle anneler çocuklarının ishali olduğunu bilirler. Annelere sorularak çocuğun ishali olup olmadığı anlaşılabilir.

İshal, özellikle 6 ay-3 yaş çocuklar arasında sıklıkla görülür. Anne sütü almayan 6 aydan küçük bebeklerde de sık görülür.

Acilen müdahale edilmesi gereken bir hastalıktır, ihmale gelmez.

##### 3.2. İSHAL NEDEN TEHLİKELİDİR?

İshalin iki önemli tehlikesi "ölüm" ve "malnütrisyon" dur.

**ÖLÜM:** Vücuttan çok miktarda su ve elektrolit kaybına bağlı olarak meydana gelir. Bu duruma dehidratasyon diyoruz. Özellikle küçük bebekler ağır ishale yakalanırsa, hızlı su ve tuz kaybına bağlı olarak birkaç saat içinde ölebilirler. Birçok ishalleri çocuk kendikendine iyileşir ancak kilo kaybeder.

**Malnütrisyon:** İshalleri olan çocuklarda alınan yiyecekler absorbe olmadan dışarı atılır, ayrıca iştah da olmaz. Bu yüzden malnütrisyon olabilir. Aynı zamanda malnütrisyonu olan çocuklarda ishal çok yaygın ve ağır seyredir.

Birçok ülkede, ishali olan çocuklara yiyecek birşey verilmez. Bu da hatalıdır, malnütrisiyona yol açar. İshalli çocukları malnütrisiyondan korumak için uygun tedavi ve beslenme verilmelidir.

### 3.3. İSHALİN NEDENLERİ

İshal, gözle görülmeyecek kadar küçük olan mikrop veya organizmaların barsaklarda yaptığı enfeksiyon sonucu olur. Bu mikroplar, kirli eller, kirli yiyecekler, kirli süt, kirli su, kirli biberon vb. şeylerle ağızdan vücuda girerler. Bazı mikroplar barsakları da geçer, başka insanlara da bulaşır.

### 3.4. DEHİDRATASYON NEDEN OLUR?

Vücudun ihtiyacı olan su yiyecek ve içtiğimiz suyla karşılanır. Barsaklar sağlıklı ise alınan su kana karışır ve vücutta kullanılır. Vücuda yaramayan su ise ter ve idrarla dışarı atılır.

İshal olduğunda, barsaklar normal çalışmaz ve alınan su kana geç karışır veya hiç karışmaz. Böylece vücut kaybettiği suyu yerine koyamaz. Vücut su ve tuz kaybına uğrar. Bu duruma dehidratasyon denir. Sıcak iklimlerde ve kusma olduğunda, ateş olduğunda dehidratasyon daha çabuk oluşur.

### 3.5. DEHİDRATASYONUNUN SINIFLANDIRILMASI

İshali olan bütün çocuklar tehlikededir. Acil yardım edilmesi gerekenleri bulmak için arkadaki şemadaki sorular sorulur. Dehidratasyonun derecesine göre davranılır.

## BELİRTİLER:

## BELİRTİLER:

## TEHLİKELİ BELİRTİLER:

Günde 4'den az sulu dışkı

Günde 4-10 sulu dışkı

Günde 10'dan fazla sulu dışkı veya kanlı, müküslü dışkı

1-SORU İshal

Yok veya çok az

Biraz

Çok sık

Kusma

Normal

Normalden çok

İçebilecek durumda değil

Susuzluk

Normal

Az miktarda, koyu sarı

6 saattir hiç idrara çıkmamış

İdrar

İyi

İyi değil, uyukulu veya irrite

Çok uyukulu, şuur kapalı, titreme veya konvülsiyonlar var

2-GÖRÜNÜŞ

Genel Durumu

Gözler

Normal

İçe çökmüş

Çok kuru ve çökük

Ağız ve Dil

Nemli

Kuru

Çok kuru

Solunum

Normal

Normalden hızlı

Ço' hızlı ve derin

3-MUAYENE

Deri

Çekip bırakınca hemen eski halini alıyor

Çekip bırakınca ya-vaşca eski halini alıyor

Çekip bırakınca buruşuk olarak bir süre kalır.

Mabız

Normal

Normalden hızlı

Çok hızlı, zayıf veya hiç alınmaz

Fontanel

Normal

Çökük

Çok çökük

4- Ağrılık (Mümkünse) Kilo kaybı yok

Her kilo başına 25-100 gr. kaybetmiş

Her kilo başına 100 gr'dan fazla kaybetmiş

5- Ateş (Mümkünse)

-

Yüksek Ateş: 39° den fazla

Karar

Eğer böyle ise dehidratasyon yok

Yukarıdakilerden 2 veya daha çok belirtir varsa ağır dehidratasyon

Eğer yukarıdaki belirtilerin 2 veya daha çoğu varsa ağır dehidratasyon

A Tedavi Planını Uygula

B Tedavi Planını Uygula

C Tedavi Planını Uygula

## TEDAVİ PLANI

### A (Dehidratasyon Yok)

- Anneye dehidratasyon belirtileri anlatılır, bunları görürse veya çocuk kötüleşirse doktora getirmesi söylenir.
- Fazla sıvı ve elektrolit, anne sütü vermesi söylenir.
- 4 aydan büyüklere anne sütüne ek olarak ishale diyeti verilir:
  - .Lapa, haşlanmış patates, pirinç çorbası
  - .Kaymağı alınmış ve sulandırılmış süt, yoğurt ve tuzlu ayran
  - .Elma suyu, şeftali suyu

### C (Ağır Dehidratasyon)

- En yakın sağlık kuruluşuna gönderilir. Gidene kadar ağızdan alabiliyorsa Oral Rehidratasyon sıvısı verilir.

### B (Dehidratasyon Var)

- \* Vücuttan kaybedilen su ve tuz "Oral Rehidratasyon Sıvısı" verilerek yerine konmalıdır. Bu sıvı:
  - . 5 Bardak Kaynatılmış Soğutulmuş Su
  - . 1 Yemek kaşığı şeker
  - . 1 Tatlı kaşığı tuz
  - . 1 Çay kaşığı karbonattan oluşur. Kilogram başına 1-1,5 ÇB verilir.
- Hazırlanan sıvının 24 saatte bitirilmesi, kalanın dışkılması söylenir.
- \* Ayrıca ishal diyetine devam edilir.

### Korunma

- Anne sütü ile beslenmesinin sağlanması
- Çocuklara kaynatılmış su verilmesi
- Çocuğa verilen yiyeceklerin temiz suyla yıkanması, biberon, emzik vb. hergün kaynatılması
- Sinek vb. korunma
- Helaların sağlıklı olması
- Enfeksiyonlara karşı zamanında aşı yapılması



## BÖLÜM 8

### ENFEKSİYONLAR VE BESLENME

#### 1. EĞİTİMDEN ÖNCE HAZIRLANACAK ÖDEVLER

- 1- Bölgenizde hangi enfeksiyon hastalıklarının görüldüğünü araştırın.
2. Enfeksiyon hastalığı olduğunda halk genellikle nasıl davranıyor, araştırın.
3. Geçen yıl enfeksiyon hastalığından ölen bebek veya çocuk var mı araştırın.
4. Neden enfeksiyon hastalıkları oluyor, açıklayın.

#### 2. HEDEFLER

Bu bölüm tartışıldıktan sonra ebe;

- Enfeksiyon hastalıkları ile beslenme arasındaki ilişkiyi açıklayabilmeli,
- Toplumda hangi hastalıkların yaygın olduğunu saptayabilmeli,
- Enfeksiyon hastalıklarında yapması gerekenleri bilebilmeli,
- Toplum enfeksiyon hastalıklarından korumak için bağışıklama programlarını yürütebilmeli.

#### 3. KAPSAM

##### 3.1. ENFEKSİYONLARA KARŞI VÜCUTTAKİ SAVUNMA MEKANİZMALARI

Enfeksiyona yol açan hastalıklar mikrop denilen gözle görülmeyecek kadar küçük olan canlılarla bulaşır. Bu mikroplar çeşitli yollarla kişiden kişiye geçer. Bazı hastalıklar solunum yoluyla(ÜSYK, TBC), bazıları dışkı ile(Barsak hastalıkları) bulaşır.

Vücudun bu mikroplara karşı bazı savunma mekanizmaları vardır. Deri birçok mikrobun vücuda girmesini önler. Burun ve boğazdaki sıvı da mikropları yakalayıp öldürür. Ayrıca bazı hastalıkları geçirenler bir daha o hastalığa yakalanmazlar. Örneğin kızamık geçirenler bir daha kızamığa yakalanmazlar. Çocukluk çağıında birçok hastalığa yakalanılır ve bağışıklık kazanılır, ancak soğuk algınlığı ve ishal gibi bazı hastalıklara karşı bağışıklık kazanılmamaktadır.

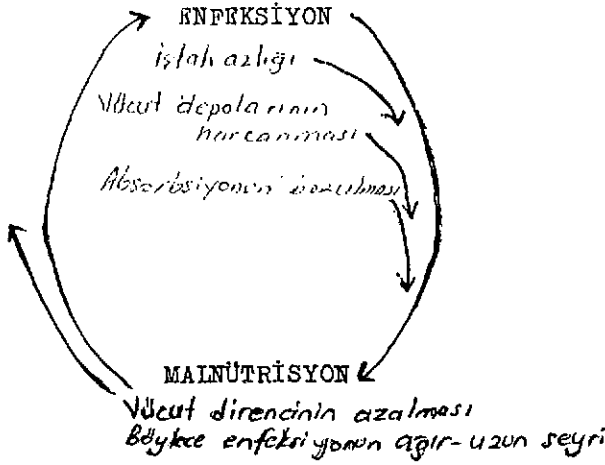
##### 3.2. ENFEKSİYONLAR BESLENMEYİ NASIL ETKİLER?

Kişi hasta olduğunda halsiz, bitkin düşer. Ateşi olur, yutma zorluğu olabilir. İştahı azalır. Bu yüzden kişi yemek yemek istemez. Ateşi olduğu için enerji ihtiyacı artar. Yemek yemediği için artan ihtiyaç kendi vücut

depolarından karşılanır. Birçok enfeksiyon hastalığında ishal de olur. Böylece kişide beslenme bozukluğu oluşabilir.

Şekil-1 de malnütrisyona enfeksiyon arasındaki halka görülmektedir. Malnütrisyon enfeksiyona, enfeksiyon malnütrisyona yol açmaktadır. Bu halkaya kırmak için her ikisini de tedavi etmek gereklidir.

ŞEKİL-1 MALNÜTRİSYON ENFEKSİYON HALKASI



### 3.3. BÖLGEDEKİ ÖNEMLİ ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Özellikle çocukluk çağında çalıştığınız bölgede belli başlı hastalıklar görülmüştür. Bunlar kızamık, boğmaca, ishal, su çiçeği, kabakulak, Ü.S.Y.F., vb. dir. Genellikle hepsinde ateş olur. Bu hastalıkların ayırıcı bazı bulguları vardır. Ancak sizden beklenen enfeksiyon hastalığı saptadığınızda çocuğun ateşini düşürmeye çalışarak doktora sevkettir.

### 3.4. ENFEKSİYON HASTALIKLARINDA BESLENME

Ateşli hastalıklarda su kaybı da olduğundan öncelikle çocuğa bol sıvı verilmelidir. Hem doku kaybını hem sıvı ihtiyacını karşılayacak en güzel besin süt-yoğurttur. Günlük süt-yoğurt ihtiyacını karşılamak hatta biraz fazla vermek önemlidir. Yalnız çocukta iştah azlığı olduğu için öğünler azar azar, sık sık düzenlenmelidir. Yiyebileceği kıvamda olduğu için çorbalar (harhana, mercimek, yoğurtlu çorba) verilebilir. Alabiliyorsa haşlanmış et vb verilir. Ayrıca vitamin ihtiyacını karşılamak için meyve (suyu da olur) verilmelidir. Uygun diyet, ilaç kadar önemlidir.

### 3.5. ENFEKSİYON HASTALIKLARINDAN KORUNMA

Enfeksiyon hastalıklarından korunmak için iki ana yol vardır.

- Kişinin veya toplumun mikroplarla karşılaşma olasılığını azaltmak,
- Kişinin vücut direncini arttırmak

Birinci yol çevre sağlığının düzeltilmesi ile olur. Sağlıklı hela, temiz su, çöplük ve gübreliklerin sağlıklı olması, karassinekle mücadele, kişisel hijyen kurallarına dikkat edilmesinin sağlanması gibi.

İkinci yol ise kişinin vücut direncinin yükseltilmesidir. Bu da iki türlü yapılır. Beslenmenin düzeltilmesi, sağlıklı beslenmenin sağlanması genel yoldur. Bağışıklama programları ise özel yoldur. Her hastalığa ayrı aşısı uygulamak suretiyle kazanılır.

IYI BESLENME ENFEKSİYONLARA  
KARŞI İYİ DİRENÇ DEMEKTİR.

Anne sütüyle besleme, çocuğa hem genel hem de özel bağışıklık getirir. Anne sütüyle besleme enfeksiyonlara karşı direnci arttıran en iyi yoldur.

### 3.6. AŞILAMA PROGRAMLARI

Çocukları genel olarak 6 hastalığa karşı aşılamaktayız. Bunlar BCG, Polio, Kızamık, Boğmaca, Difteri, Tetanoz dur. Aşılar belli aralıklarla uygulanır. Doğumdan itibaren BCG yaptırılır. İki aylık olunca B DT ile Polio birlikte başlanır, iki ay ara ile üç doz verilir, son aşından bir yıl sonra rapel yapılır. Kızamık aşısı bir yaşını dolduran çocuklara yapılır.

Aşıların beklenen bağışıklığı sağlaması için uygun şekilde saklanmaları, taşınmaları ve yapılmaları gereklidir.

## BÖLÜM 9

### EMME BİLGİLERİ

#### ANNE SÜTÜ ALAN BEBEKLER:

Yeni doğan bebeğin tek ve tartışmasız en yararlı besini anne sütüdür. Hiç bir yapay beslenme biçimi anne sütünün mükemmelliğinde değildir. Anne sütünün her zaman için temiz, uygun ısıda, hazır ve ekonomik olmasının yanısıra içerdiği besin maddeleri ve koruyucu maddeler de önemini artırmaktadır.

Bölgemizdeki tüm annelerin bebeklerini emzirmeleri için daha gebe iken eğitilmeleri gereklidir. Anne adaylarına emzirme tekniği, meme bakımı, çökük meme başı gibi sorunlar ve emzirkililerin beslenmeleri hakkında eğitim yapılmalı ve her yönden bebeklerini anne sütü ile besleme konusunda hazır olmaları sağlanmalıdır. Gerçi bölgemizde yenidoğan bebeğine bilerek ve isteyerek anne sütü vermeyenlerin sayısı yok denecek kadar azdır. ama, özellikle ilk doğumda, annelerin gerek anne sütünün nitelikleri gerekse emzirme tekniği konusunda bilgileri yetersizdir. Söz gelişi ilk önemli hata hemen doğum ortesinde yapılmakta ve yeni doğana ilk besin olarak şekerli su verilmektedir. Oysa biliyoruz ki, anne sütünün bol ve devamlı olması için ilk yapılması gereken doğumu izleyen ilk bir saat içerisinde, tercihen de ilk on dakika içinde yenidoğanın anne memesine konmasıdır. Böylece anne ile yenidoğan arasında hemen bir yakınlık sağlanması bir yana, meme başından erken dönemde kalkan uyarıların refleks yolla hipotalamustan prolaktin salınımını artırması ile süt üretimi başlatılmış olmaktadır. Erken emzirmenin bir diğer önemi de kolostrumda yüksek miktarlarda bulunan bağışıklık maddeleri yenidoğanın ağız ve miğde-bağırsağını örterek enfeksiyon ajanlarına karşı ilk korunma sağlanmış olur. Yeni doğmuş bir bebeği anne yorgundur ya da anne sütü henüz yoktur diyerek ANNE MEMESİNE KOYMAMAK veya başka bir sıvı vermek HATADIR. İlk günlerde bebek sık sık (iki saatte bir) ya da ağladıkça emzirilmelidir. Çünkü anne memesinin boşalması süt yapımı için en iyi uyarıdır.

Anne sütü ilk altı ay tek başına yeterlidir. Anne sütü ile beslenen, emzirmeyi takiben huzur içinde uyuyan, büyüme ve gelişmesi normal bebeklere anne sütüne ilave olarak ilk dört ay içinde ek gıda vermek HATADIR. Bu hata bölgemizde sıkça yapılmaktadır. Sağlıklı bebekler ilk üç ay içerisinde ayda 800 gr., 4-6 aylarda ayda 700 gr., 7-9 aylarda ayda 500 gr., 10-12 aylarda ise ayda 300 gr. ağırlık kazanırlar. Özellikle ilk 4 ay içerisinde ayda 600 gramdan az ağırlık artışı ya da hiç kilo alamama söz konusu ise ve bu arada bebeğin herhangi bir hastalık da geçirmediği saptanmışsa o bebekte anne sütünün yeterli olmadığı ve ek gıdalara ihtiyaç olduğu düşünülebilir. Anne de çocuğun emzirmeyi takiben sık sık ağladığını, memesinin dolmadığını ifade edebilir. Bu gibi durumlarda bebeğe ek besin verilmesinin yanısıra annenin beslenmesi üzerinde de durulmalıdır. Emzikli annelerin beslenmesinin özellik taşıması aşikardır. ve bu konuya ileride değinilecektir.

Bebeğe ek besin olarak anne sütüne en yakın süt ya da hazır mama verilmelidir. hazır mamalar (SMA vb.) tercih edilir ama pahalıdır. İkinci tercih inek sütüdür.

İnek sütü birinci ay içinde verilecekse 1 ölçü su, 1 ölçü süt biçiminde, ikinci ve üçüncü aylarda 1 ölçü su, 2 ölçü süt, dördüncü aydan sonra ise süt sulandırılmadan verilir. İnek sütünden sonraki üçüncü tercih bebek 15 günlük olduktan sonra yoğurttur.

Yeniden vurgulamakta yarar var: İlk 4 ay içinde hiçbir sağlık anlamı büyüme ve gelişmesi normal bir bebeğe asla ek gıda TAHSİYE ETMEMELİDİR. Karışık beslenme zorunluluğu varsa-ki çok nadir olmalıdır-bir öğün anne sütü öteki öğün ek gıda biçiminde yapılmalıdır. Diğer bir deyişle önce anne sütü verip ardından ek gıda VERİLMEMELİDİR. Çünkü bu şekilde anne sütünün biyolojik değeri düşmektedir. Ek gıda da ilk başta günde 1 öğün verilmelidir. Gerek duyulursa daha çok öğün verilir.

İlk 4-6 ay anne sütü yeten bebeklere ise bundan sonra mutlaka ek besinlere başlamak gerekir. İlk verilecek ek besin yine süt grubundan seçilmelidir. Bebek ne kadar büyük olursa olsun inek sütü ilk verilirken mutlaka sulandırılmalıdır. İlk bir hafta 1 ölçü su, 1 ölçü süt; ikinci hafta 2 ölçü süt, 1 ölçü su, üçüncü hafta ise su katılmadan verilebilir. Yoğurt ise sulandırılmadan verilir. Ailenin ekonomik durumu iyi ise Bonamil, Seknama gibi mamalar da üzerlerinde belirtilen şekillerde hazırlanarak verilebilir. Burada dikkat edilecek şey sulandırmanın çok dikkatli yapılması bu konuda ailenin iyi eğitilmesidir. Kırsal alanda özellikle saklama koşullarının uygun olmadığı yerlerde öncelikle tercih edilmesi gereken yiyecek yoğurttur. Bu dönemde anne sütüne ek olarak günde 1-2 çay bardağı kadar süt-yoğurt-mama verilebilir.

#### Altıncı ayda bebeğe verilebilecek ek gıdalar:

Yumurta sarısı, kuru baklagiller(mercimek, nohut, kurufasulye), ot, çorbalar (tarhana, sebze, yoğurt-süt çorbaları), pekmaz, meyve, peynir.

#### Yedinci ayda bebeğe verilebilecek ek gıdalar:

Karaciğer, ekmeğin içi, yukarıda belirtilen yiyeceklerin tümü. Bu dönemde günlük süt-yoğurt miktarı 2-3 çay bardağına çıkarılır.

#### Sekizinci ayda bebeğe verilebilecek ek gıdalar:

Yumurta'nın tütü, beyin, makarna, pilav, yukarıda belirtilen yiyeceklerin tümü. Bu dönemde süt-yoğurt miktarı 3-4 çay bardağına çıkarılır.

Dokuzuncu aydan sonra bebek ailenin yediği tüm yiyecekler (acısız baharatsız) yiyebilir. Yalnız ailenin olanakları uygun ise günde en az 1 yumurta yemesi, 1 kase çorba içmesi, 1 küçük tabak otlu yemek (köfte, kıymalı sebze yemeği, tavuk, balık vb.) yemesi yoksa küçük 1 tabak kurubaklagil yemeği (ekmek veya tahılla birlikte) yemesi 1 meyve yemesi ve anne sütüne ek olarak en az iki su bardağı kadar süt-yoğurt alması söylenmelidir. Çocuğa yemeklerin ayrı kaptan yedirilmesi, öğün sayılarının 4-6 olması, büyükler gibi 3 öğünde yeterli yiyecek alamıyacakları da aileye hatırlatılmalıdır.

#### ANNE SÜTÜ ALMAYAN BEBEKLERİN BESLENMESİ:

Herhangi bir nedenle anne sütü alamayan bebekler olabilir. Bunlar beslenme sorunları açısından daha risklidirler. Uygun şekilde beslenmedikleri zaman pek çok sağlık sorunları da ortaya çıkacaktır. Bu açıdan beslenme eğitimiinde ağırlık verilmesi gereken grupturlar.

#### Birinci Ayda Verilebilecek Yiyecekler:

İnek sütü yoğurt veya SMA gibi mamalar uygun şekilde sulandırılarak verilir. Süt, 1 ölçü su, 1 ölçü süt şeklinde sulandırılır. 1 çay bardağına 1 kesme şeker veya 1 tatlı kaşığı toz şeker olacak şekilde de şeker katılır. Günlük alması gereken miktar kilo başına en az 150 cc. (1,5 çay bardağı) olarak saptanır. Bebeğin acıkma durumuna göre belirlenen öğün sayısına (6-8) bölünerek bir öğünde verilecek miktar bulunur.

Bu dönemde anne sütü almayan bebeklere 15 günlük olunca meyva suyuna başlanır. En uygun meyvalar elma, şeftali, mandalina vb. dir. Alıştırdıktan sonra günde 1 fincan kadar verilir.

#### İkinci ve Üçüncü Aylarda Verilebilecek Yiyecekler:

Bebeğe verilecek süt 1 ölçü su, 2 ölçü süt şeklinde hazırlanır. Yoğurda su katılmaz mamalar ise üzerlerinde belirtilen şekilde sulandırılır. Meyva suyuna devam edilir.

#### Dördüncü Ayda Verilebilecek Yiyecekler:

Artık süt hiç sulandırılmadan verilir. Meyvalar püre şeklinde verilir. Bu ayda çorbalara başlanır. En uygun çorbalar kırmızı mercimek, tarhana, sebze ve yoğurtlu-sütlü çorbalarıdır. Anne sütü almayan bebeklerde 3 aydan sonra anemi görülebileceği için pekmezde başlanır.

Diğer ek yiyeceklere anne sütü alan bebeklerde belirtildiği aylarda başlanır. Hiç anne sütü almayan bebeklere 6 aydan sonra günde 4-5 su bardağı kadar süt-yoğurt vb. verilmelidir. Bu miktarın bir kısmı yoğurt bir kısmında mama şeklinde verilebilir. Mamalar günde en fazla 2 öğün verilmelidir. Bir öğün yoğurt ve çorba, bir öğün etli veya kurubaklagilli yemek, geri kalan iki öğün süt verilir. Sabah sütüne yumurta, beyaz peynir katılabilir. Arada da en az 1 meyva verilmelidir. Çocuk günde 5-6 öğün beslenmelidir.

#### EK YIYECEKLERİN HAZIRLANIŞLARI:

İnek Sütü-Süt ateşte kaynatılır, kabardıktan sonra kaymağı karıştırılarak en az 5 dakika daha ateşte tutulur. Aksi takdirde mikroplar ölmez. Oysa kırsal bölgelerde genellikle süt kabarıp kabarmaz ateşten indirilir. Bu konuda eğitim yapılmalıdır.

Yumurta-Yumurta suda haşlanır, sarısı beyaza ayrılır. İlk verilirken sarısından nohut büyüklüğünde koparılarak verilir. Daha sonra yavaş yavaş arttırılır. Yumurta

verirken dikkat edilecek nokta beyazının iyice pişmesidir. Eğer beyazı iyice pişmezse bazı vitaminlerin emilimi engellenir. Diğer bir nokta ise, bölgemizde yumurtanın yağa kırılarak verilmesi yaygındır, ancak besin değeri azaldığından bu da doğru değildir.

Meyva Suyu: Mevsime göre elma, şeftali, muz, vişne vb. meyva iyice yıkanır, kabuğu soyulur. Elma ve şeftali rende varsa rendelenir. Rende yoksa bıçakla ince ince kıyılır, süzgeçten (kevgir) veya temiz bir tülbentten geçirilerek bebeğe verilir. Burada dikkat edilecek nokta, meyva suyunun taze olarak bebeğe verilmesidir. Artan meyva suyu bekletilmemelidir. Ayrıca hazır satılan meyva sularının besin değeri azdır.

Sebze Çorbası: Mevsime göre iki, üç çeşit sebze yıkanır (1/2 patates, 1 havuç, 1/2 kabak, 5-6 taze fasulye vb.) ayıklanır küçük küçük doğranır, 1 su bardağı su ile haşlanır. İstenirse 1 tatlı kaşığı pirinç veya bulgur eklenir. Yumuşayınca tahta kaşıkla ezilir, süzgeçten geçirilir, suyla birlikte bebeğe verilir.

Tarhana Çorbası: Bir yemek kaşığı un tarhanası 1 su bardağı suyla iyice karıştırılarak ateşte pişirilir kaynayıp koyulaşınca ateşten indirilir.

Yoğurt-Süt Çorbası: 1 yemek kaşığı (silme)pirinç 1 su bardağı suyla haşlanır piringlor yumuşayınca 1/2 çay bardağı yoğurt ile, 1 tatlı kaşığı un karıştırılarak yavaş yavaş ilave edilir. İyice karışınca ateşten indirilir.

Kırmızı Mercimek Çorbası: 1 yemek kaşığı kırmızı mercimek, 1 su bardağı suyla haşlanır. Varsa içine bir parça patates, havuç katılır. Pirinç veya un da eklenebilir. Yumuşayınca tahta kaşıkla ezilerek süzgeçten geçirilir.

NOT: Çorbalara çok az tuz ve yağ eklenebilir.

Et-Tavuk-Balık: Yağsız bir parça et alınır. Suda haşlanır. Çatalla ezilir. Çorbanın içine katarak veya uygun bir şekilde verilir. Bebek büyüyünce köfte şeklinde verilir.

Kurubaklağil Ezme: Kuru fasulye veya nohut suda bekletilir. Bekletilen su çok fazla olmamalıdır. Daha sonra suda haşlanır. Kabukları soyulduktan sonra ezilerek püre şeklinde verilir.

Karaciğer Ezmesi: Karaciğerin zarları soyulur, suda haşlanır, rendelenir veya bıçakla kıyılır. Ezildikten sonra bebeğe verilir.

Beyin Emesi: Beyin zarları soyulur, suda haşlanır. Ezilerek bebeğe verilir.

Dokuzuncu aydan sonra bebek ailenin yediği yemeklerden yiyebilir. Ayrıca hazırlamak gerekmez. Yalnız acısız ve baharatsız olması gerekir.

**EK YIYECEK VERİRKEN DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR:**

- Aynı anda birden fazla yeni yiyecek başlanmamalı, teker teker alıştırmalıdır
- Yiyecekler azar azar başlanıp yavaş yavaş atılmalıdır.
- Yeni bir yiyecek verildikten sonra vücutta kızarıklık, döküntü olup olmadığına dikkat edilmelidir. Eğer allerji yapıyorsa tekar birkaç gün sonra denenmelidir.
- Yeni verilen yiyecek genellikle açken verilmelidir.
- Verilecek ek gıda biberonla değil kaşıkla verilmelidir. Biberon emen bebekler kısa sürede anne memesinden kesilir.

#### BEBEKLERE VERİLMEMESİ TAVSİYE OLAN YIYECEKLER:

- Lokum: Toplumumuzda özellikle kırsal alanlarda bebek ağladıkça yalnızca emzik içinde ya da tülbente sarılmış olarak lokum verilir. Lokum bebeği beslemez yalnızca açlığını geçirir, ağlaması durur. Lokum emen bebekler açlık hissi duymayacakları için iştahsızdırlar.

- Çay: Yine kırsal bölgede çocuklara çok çay verilmektedir. Çayda bulunan bazı maddeler demir emilimini engelleyerek kansızlığa yol açabilir. Ayrıca içine çok şeker konulduğu için iştahsızlığa da neden olur.

- Nişastalı Çocuk Mamaları: Bu tür mamaların protein içeriği az olduğu için dengeli beslenmeyi sağlamaz. Bu mamaları yiyen çocuklar uzun süre tok kalırlar. Ancak gelişmeleri geri kalır.

- Gazoz Kolalı İçecekler ve Hazır Meyva Suları: Bunlarda sadece enerji verirler, protein ve mineral-vitamin yönünden çok yetersizdirler.

- Çikolata, Şekerleme ve Çikletler: Bunlarda kapsadıkları şeker yüzünden iştahsızlığa yol açarlar. Ayrıca diş sağlığını da olumsuz etkilerler.

#### \* EMZİKLI ANNELERİN BESLENMESİ:

Anne sütünün çocuk beslenmesindeki öneminin büyük olduğunu belirttik annenin yeterli süt salgılayabilmesi için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme yalnızca bol bol yemek anlamına gelmemelidir. Elbetteki anne süt yapabilmek için daha fazla enerjiye gereksinim duyacağından bol yiyecektir, fakat yediği besinler nitelik yönünden de dengeli olmalıdır. Emziren annelere mümkünse her gün şu besinlerden yemesi önerilir:

- 2 su bardağı süt ya da yoğurt
- En az 2 litre sıvı
- Büyük bir dilim peynir ya da 2 kaşık dolusu gökelek
- 1 yumurta
- Yenebildiği kadar taze meyva ve sebze
- 2 tabak etli sebze ya da kurubaklagil yemeği
- Pekmez, kuru üzüm vb.

Yeterli süt salgılanması için ayrıca annenin sürekli beğenmesi, annenin sık emzirmesi, dinlenmesi, ağır iş yapmaması ve endişe, stresten uzak olması da yararlı olur.



YETERSİZ VE DENGESİZ BESLENME  
(MALNÜTRİSYON)

Malnütrisyon: Çocuğun enerji ve besin öğeleri ihtiyacının tam karşılanmaması, yani yetersiz ve dengesiz beslenmesinin yol açtığı sağlık sorunları "Malnütrisyon" deyiimi ile tanımlanır.

Tanı: 1- Çocuğun ağırlık ve boyunun düzenli olarak artmaması

2- Çocuğun ağırlık ve boyunun yaşa göre düzenlenmiş standart değerlerden düşük olması

Önemli: Standart yaşa göre düzenlendiği için çocuğun yaşının doğru hesaplanması gerekir.

HANGİ ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLÜR:

- Çoğunlukla okul öncesi çağda
- Yeterli ve dengeli beslenemeyen gebelerin çocuklarında
- Hiç anne sütü almayan ya da çok uzun süre yalnız anne sütüyle beslenen çocuklarda
- Doğuştan sindirim sistemi bozukluğu olanlarda
- Barsak paraziti olanlarda
- Düşük doğum ağırlıklı (2500 gr.az) doğan bebeklerde
- Çok çocuklu ailelerin çocuklarında

MALNÜTRİSYONUN ZARARLARI:

- Çocuk ölümlerinin başlıca nedenidir
- Enfeksiyon hastalıkları ağır seyreder
- Büyüme ve gelişme geri kalır
- Tedavisi çok pahalı, zor ve uzun sürer
- Çocuğun öğrenme yeteneği azalır başarısız bir kişi olur.

YAPILMASI GEREKENLER:

- Çocuğun malnütrisyona girmesine yol açan nedenleri bulmaya çalışın. Bunun için;
  - Anne sütü alıp almadığını öğrenin.
  - 6 ay dan sonra anne sütüyle birlikte verilmesi gereken yanına uygun ek yiyeceklerin verilip verilmediğini araştırın. Veriliyorsa miktarının yeterli olup olmadığını saptayın.
- Ailenin beslenme olamklarını araştırın (inek, tavuk olup olmadığı, bunlardan elde edilen ürünlerin tümüyle satılıp satılmadığı vb).
- Aile olanaklarını göz önünde bulundurarak anneye çocuğu nasıl beslemesi gerektiğini öğretin. Besinlerin hazırlanışını anneye gösterin ve çocuğa yedirilmesine yardımcı olun.
- Malnütrisyonlu çocukları izlemesi gereken süreden önce izleyin (sık izlem).
- Malnütrisyonlu çocukları ocak doktoruna sevk edin.

#### HAFIF MALNÜTRİSYONDA TEDAVİ:

Çocuğun ağırlık artışının yavaşlaması, durması, grafikte kesik çizgili bölüme yaklaşması hafif malnütrisyon belirtisidir. Bu durumda;

- 4-6 aylık bebekler için günlük süt ve yoğurda ilaveten tarhana çorbası, mercimek çorbası (günde 2 kere) verilebilir.
- 7-9 aylık bebeklere çorbalara ilaveten yumurta, mercimekli bulgur pilavı, nohutlu pilav yedirilir. Yemeklere yoğurt eklenir.
- 9 aydan büyük çocuklara günde 2 su bardağı süt veya yoğurt, tüm yemekler ve meyveler verilir.

#### AĞIR MALNÜTRİSYONDA TEDAVİ:

Çocuğun ağırlığı grafikte kırmızı bölgenin içindeyse bu ağır malnütrisyonudur. Böyle çocuklar hastanede tedavi edilmelidir. Sizin yapabileceğiniz:

- Çocuğun sıcak tutulması
- İlk günler yarı yarıya sulandırılmış yoğurt verilir. Olması gereken kilo başına 1 ÇB olarak hesaplanır. İçine pekmez katılır.
- Sık sık beslenir (2 saat ara ile)
- 3-7 gün sonra az sulandırılmış yoğurda geçilir. Bir kaç gün sonra sulandırılmamış yoğurt ve diğer yiyeceklere teker teker başlanır.

#### MALNÜTRİSYONDAN KORUNMAK İÇİN:

- Annenin gebeliği süresince yeterli ve dengeli beslenmesi için gerekli beslenme eğitimi yapın.
- Anne sütünün yararlarını ve her annenin mutlaka çocuğunu emzirmediği gebeden önce anlatın.
- Ev ziyaretlerini düzenli yapmaya çalışın.
- Ziyaretlerde çocuğun boyunu, ağırlığını ölçtükten sonra mutlaka standartlarla karşılaştırarak değerlendirme yapın. Bir önceki ziyarete göre de değerlendirme yaptıktan sonra anneye gerekli göreceğiniz aile olanaklarına uygun beslenme eğitimi yapın.
- Eğitmediğiniz aileleri ocak hekimine ve ocak hekimisine gösterin.
- Uygun doğum aralığı ve çocuk sayısı için AİLE PLANLAMASI eğitimine ağırlık verin.

SINAV SORULARI

1. Toplumun beslenme durumunu öğrenmek için nelerden yararlanabilirsiniz, kısaca açıklayınız.
2. Toplumun tanımak neden önemlidir?
3. Çocuğun sağlık durumunu ölçmenin en kısa ve doğru yolu nedir?
4. Büyüme eğrisi nedir, nasıl yorumlanır, önemini açıklayınız.
5. Anne sütü tek başına kaç ay yeterlidir?
6. Anne sütü alan bebeklerde hangi hastalıklar daha az görülür?
7. Çocuğa ek yiyecek başlama zamanını nasıl tayin edersiniz?
8. Katı yiyeceklere en geç hangi ayda başlanmalıdır?
9. Altı aylık bir bebeğe anne sütüne ek neler önerirsiniz?
10. Çocuklara verilmemesi gereken yiyecekler nelerdir?
11. Gebe bir kadın gebelik boyunca kaç kilo almalıdır, aylara göre alınması gereken kilo durumunu açıklayınız.
12. Gebelik ve emzilikte beslenme neden önemlidir?
13. Emzikli anne neler yemelidir?
14. Anemik gebeye neler önerirsiniz?
15. Sütünün yetmediğini düşünen anneye neler önerirsiniz?
16. Malnütrisyonu tanımlayınız.
17. Malnütrisyon tanısı nasıl konur?
18. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin çocuk sağlığına olan etkilerini açıklayınız.
19. Malnütrisyona hangi çocuklarda daha çok görülür, açıklayınız.
20. Aileye etkin bir beslenme eğitimi nasıl yaparsınız?
21. 4-6 aylık malnütrisyona uğramış bebekler için neler önerirsiniz?
22. 7-9 aylık malnütrisyona uğramış bebekler için neler önerirsiniz?
23. 9 aydan büyük malnütrisyona uğramış çocukların bir günde yemesi gereken yiyecekleri miktarları ile belirtiniz.
24. İshali tanımlayınız.

EK-II Devam

25. İshal çocuk sağlığı açısından neden önemlidir, açıklayınız.
26. İshalin nedenlerini sayınız.
27. ORT nasıl hazırlanır, yazınız.
28. Aşağıdaki tablodaki boşlukları uygun şekilde doldurunuz.

	<u>Hafif dehidratasyon</u>	<u>Ağır dehidratasyon</u>
İshal sayısı	.....	.....
İdrara çıkma	.....	.....
Gözler	.....	.....
Deri	.....	.....
Fontanel	.....	.....
Ağırlık kaybı	.....	.....

29. Dehidratasyonu olmayan çocuklara ishal diyetinde neler önerirsiniz?
30. Enfeksiyon hastalıkları ile beslenme arasındaki ilişkiyi açıklayın.
31. Enfeksiyonlara karşı korunmada neler yapılabilir, açıklayın
32. Enfeksiyonu olan çocuklar neler yemelidir?
33. Aşılama şemasını yazınız.
34. Ailelere beslenme eğitimi yaparken neleri gözönünde bulundurmalısınız?
35. Malnütrisyonlu çocukların büyük bir kısmının beslenme eğitimi yapılarak iyi edilebileceğini düşünüyor musunuz?



BİLGİ-İZLEM FORMU

Sağlık Ocağı : .....

Köyü : .....

Çocuğun Adı, Soyadı : .....

Doğum Tarihi : .....

Cinsi : .....

Doğumda:

Boy : .....

Ağırlık : .....

B.Ç.: .....

Ailenin Yaşayan Kaçınıcı Çocuğu : .....

Ailede Ölen Çocuk Sayısı : .....

Ailedeki Birey Sayısı : .....

Aile Tipi : .....

Annenin Yaşı : .....

Annenin Doğum Aralığı (Ay): .....

Annenin Eğitim Durumu : .....

İstlenen Bir Çocuk mu?:.....

Ailenin Ekonomik Durumu : .....

Ev Şartları : .....

Babanın Eğitim Durumu : .....

Çocuğa Kim Bakıyor : .....

Bakan Anne Değilse Yaşı: .....

Bakan Anne Değilse Eğitim Durumu : .....

