

ALTINDAĞ GECEKONDU BÖLGESİNDE
0-6 YAŞ ÇOCUKLARINDA
ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI
ÜZERİNDE BİR İNCELEME

ÇOCUK GELİŞİMİ VE EĞİTİMİ
PROGRAMI

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

HACER LÜLECI

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

ALTINDAĞ GECEKONDU BÖLGESİNDE
0-6 YAŞ ÇOCUKLARINDA
ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI
ÜZERİNDE BİR İNCELEME

ÇOCUK GELİŞİMİ VE EĞİTİMİ
PROGRAMI

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

H A C E R L Ü L E C İ

REHBER ÖĞRETİM GÖREVLİSİ: Meziyet Başaran

ANKARA 1981

İÇİNDEKİLER

	sayfa
TABLolar	
SUNU	
BÖLÜM	
I. PROBLEM	I
Problem Durumu	I
Problem Cümlesi	3
Alt Problemler	3
Denenceler	4
Araştırmanın Önemi	5
II. İLGİLİ KAYNAKLAR	7
Kuramsal Yayınlar	7
Araştırma Yayınları	37
III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	40
Evren	40
Örneklem	40
Veri Toplama Yöntemleri	42
Verilerin Değerlendirilmesi	43
IV. BULGULAR	44
Verilerin Analizi ve Denencelerin Test Edilmesi	44
Tartışma ve Yorum	53
SONUÇ	59
ÖNERİLER	61
ÖZET	63
Kaynaklar	64
Ekler	68

TABLÖLAR

<u>TABLO</u>	<u>SAYFA</u>
1. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarına Yakalanma Durumuna Göre Ana Çocuk Sağlığına Giden ve Gitmeyen Çocuklar Arasındaki Farklar	44
2. Annenin Eğitim Durumuna Göre Çocuklarda Üst Solunum yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı.....	45
3. Baba Mesleğine Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı.....	46
4. Evdeki Birey Sayısına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı.....	47
5. Doğum Sırasına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı.....	48
6. Fiziksel Çevre Koşullarına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı.....	49
7. Bebeklik Dönemindeki Beslenme Şekline Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı	50
8. Bebeklik Dönemindeki Ek Gıdalara Başlama Zamanına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı.....	51
9. Çocuklukta Geçirilen Bir Bulaşıcı Hastalıktan Sonra Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı.....	52

SURU

Araştırmanın yapılmasında yardımcı olan Ev Ekonomisi Yüksek Okulu Müdürü ve Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Şula Bilir'e, araştırmanın yürütülmesinde katkıları olan Rehber Öğretim Görevlisi Sayın Dr. Meziyet Başaran'a , araştırmanın istatistiksel analizinde yardımını gördüğüm Devlet İstatistik Enstitüsü Araştırma, Örneklem, Anket, Grubu Yönetmeni Dr. Sühendan Ekni ve Müslim Ekni'ye teşekkür ederim.

HACER LÜLEÇİ
ANKARA-1981

BÖLÜM I

PROBLEM

Problem Durumu

Bir çocuğun sağlıklı olması fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimini başarı ile tamamlaması ile olasıdır. Bu başarının edinilmesinde en büyük sorumluluğu anne üstlenmektedir.

Çocuk anne karnına düştüğü andan itibaren kontrol altına alınmalıdır. Bu kontrolün düzenli ve sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesinde, toplumun en küçük birimi olan ana ve çocuğuna en büyük desteği ve yardımları sağlayacak koruyucu hekimlik alanı Ana ve Çocuk Sağlığı Kuruluşlarıdır. Ana ve Çocuk Sağlığı Kuruluşları bu koruyucu görevini, evliliğe aday genç kızlardan başlayıp, gebe kadınların gebelik süresince sağlıklarının en iyi bir şekilde izlenmesi, hastalıklardan korunma için gerekli aşıların zamanında yapılması, beslenmenin öğretilmesi, doğumlarının en sağlıklı hastane koşullarında yaptırılması, lohusalık dönemlerinde enfeksiyonlardan korunmaları, süt verme sürecinde de beslenme yönünden izlenmeleri ile yerine getirmektedir.

Ülkemizde çocuk ölümleri diğer dünya ülkeleri ile kıyaslandığı zaman çok yüksektir. Özellikle kırsal kesimde çocuk ölümlerinin en yüksek olduğu dönem neonatal dönemdir. Bu ölüm nedenleri arasında gebelik sürecindeki bakım ve beslenme yetersizliği ön plandadır.

Sürekli olarak izlenen gebelerde hastalık ve beslenme yetersizlikleri çocuk için zararlı hale gelmeden önce saptanır. Ülkemizde doğumun sağlıklı koşullarda ve bu alanda yetişmiş personel tarafından yapılmaması bir yaşın altındaki ölümlere neden olan etkenlerden biridir.

Ülkemizde özellikle kırsal kesimde kış aylarında solunum yolu enfeksiyonları, yaz aylarında da gastro-enteritler çocukluk dönemindeki en yaygın ölüm nedenleridir.

Yeni doğanın bakımı, beslenmesi, enfeksiyon hastalıklarından korunması için zamanında aşılarla başlanması, ilkökul dönemine kadar belirli aralarla periyodik olarak izlenmeleri ile bu ölüm oranları azaltılabilir.

Ana Çocuk Sağlığı Kuruluşlarının bu koruyucu işlevlerinden yararlanan ailelerin 0-6 yaş dönemindeki çocuklarıyla, bu olanaklardan yararlanamayan çocuklarda yaygın bir hastalık olan ve vücut direncinin düşük olduğu durumlarda ortaya çıkabilecek ağır komplikasyonlar sonucunda pnomoniye kadar giden ve ölümlle sonuçlanabilecek üst solunum yolu enfeksiyonlarının, ana çocuk sağlığı hizmetleriyle olan ilişkilerini ortaya koymak amacı ile bu araştırmaya gereksinme duyulmuştur.

Problem Cümlesi

Ana Çocuk Sağlığına periyodik sağlık kontrollerine gidip gitmeme durumuna göre üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanan çocuk sayısı arasında bir ilişki var mıdır?

Alt Problemler

1. Annenin eğitim durumu ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?
2. Baba mesleği ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?
3. Evdeki birey sayısı ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?
4. Çocuğun doğum sırası ile üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?
5. Fiziksel çevre koşulları ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?
6. Bebeklik dönemindeki beslenme şekli ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?
7. Bebeklik dönemindeki ek gıdalara başlama zamanı ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?
8. Çocuklukta geçirilen bir bulaşıcı hastalıktan sonra, çocuklarda Ü.S.Y. Enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?

Denenceler

1. Annenin eğitim durumu ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki vardır.
2. Baba mesleği ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında taşıyıcı olma yönünden bir ilişki vardır.
3. Evdeki bireş sayısı ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki vardır.
4. Doğum sırası ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki vardır.
5. Fiziksel çevre koşulları ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki vardır.
6. Bebeklik dönemindeki beslenme şekli ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki vardır.
7. Bebeklik dönemindeki ek gıdalara başlama zamanı ile çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki vardır.
8. Çocuklukta geçirilen bir bulaşıcı hastalıktan sonra çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki vardır.

Arastırmanın Onemi

Çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişiminin kontrol altına alınmasını amaçlayan Ana Çocuk Sağlığı Kuruluşları, halk sağlığında koruyucu hekimliğin önem kazanmasının bir sonucu olarak doğmuştur.

Bugün bütün dünyada bir toplumun sosyal, ekonomik ve güç üstünlüğü, çocuklarının her yönden sağlıklı bir şekilde yetiştirilmeleri ile olasıdır. Bu görüşün gerçekleşmesi için de çocuğun fiziksel ve ruhsal yönden gelişiminin kontrol altında tutulması istenilmiş ve böylece değişik çocuk kuruluşları meydana gelmiştir. Ana Çocuk Sağlığı Kuruluşları da bunlardan biridir. (1).

Ana Çocuk Sağlığı Kuruluşları; anne adayı genç kızları evliliğe hazırlamak, evli kadınların gebelik halinde doğum öncesi ve sonrası bakımını yapmak, normal doğumu sağlamak, lohusalık ve emzicilik süresince her türlü tıbbi, sosyal yardımı yapmak, çocuk bakımı, beslenmesi ve hastalıklardan korunması yönünden eğitmek-öğretmek aşılarını yapmak, çocukların doğduğu günden altıncı yaş sonuna kadar periyodik sağlık kontrolüne alınarak; sağlıklı olarak büyümesini ve gelişmesinin sağlamak, aileleri aile planlaması yönünden eğitmek, rehberlik ve uygulama yapmak ve çeşitli sosyal yardımlarla aileleri desteklemek gibi sorumlulukları yüklenmiştir.

Ülkemizde çocuk ölümleri yüksek orandadır. Doğanelerin %65 i 0-6 yaş döneminde kaybedilmektedir. Bütün ölümlerin %44-45 ini 0-6 yaş çocukları oluşturmaktadır. (2). Enfeksiyon hastalıkları sonucu ölümler bu yaş grubunda en başta gelen ölüm nedenlerinden biridir. Bu hastalıklar arasında beslenme bozukluklarının, özellikle protein yeter-

sizliğinin ayrı bir önemi vardır. Kötü beslenme koşulları organizmanın direncini düşürerek hastalıkların seyirlerini ağırlaştırmakta ve ölümlere neden olmaktadır. Bir ülkede 0-6 yağ grubunda mortalite oranının yüksek olması çok büyük bir olasılıkla o ülkede endemik bir kötü beslenme durumunun var olduğunu gösterir (3).

Türkiye'de üst solunum yolu enfeksiyonları çocuklarda en yaygın hastalık nedenlerinden biridir. Bu enfeksiyonların genellikle ılımlı ve kısa süreli olmasına karşın olumsuz çevre koşulları, maddi olanakların yetersizliği ve eğitimsizlik sonucu oluşan beslenme bozuklukları ağır komplikasyonlara veya daha ciddi hastalıkların oluşmasına neden olabilir (4).

Bu noktadan hareketle, yeni doğanın bakımı, beslenmesi, enfeksiyon hastalıklarından korunması için zamanında ağılara başlanması, ilkokul çağlarına kadar belirli aralıklarla çocukların gözlenmeleri sonucunda, üst solunum yolu enfeksiyonlarının öldürücü sonuçları ortadan kalkacak ve daha sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun temelleri atılacaktır.

Kuramsal Yayınlar

Çocukları hastalıklardan koruma beş düzeyde gerçekleşir.1. Genellikle sağlıklı bir gelişim sağlanması 2. Belirli hastalıklardan koruma 3. Klinik veriler belirlenmeden hastalıkların tanımı ile erken tedavi uygulanımı ve kalıcı bozuklukların önlenmesi 4. Klinik bulgu vermiş olan hastalıkların erken tanımı ve tedavisi ile kalıcı bozuklukların önlenmesi. Çocuk doktoru bu koruyucu görevlere ek olarak, toplumun çocuğun yeterli bir ortamda gelişmesi için gerekli olanakların sağlanmasında çocuk haklarını koruyucu olarak çalışmalıdır. Koruyucu hekimlik kavramı sağlığa ilişkin tüm ilişkileri içermelidir. Örneğin, acil bir hastalık nedeni ile yapılan bir ev ziyaretinde gözlenen bir tehlike olasılığı üzerine ailenin uyarılması başka bir zamanda muayenehanede yapılan uzun önerilerden çok daha etkili olur.

Yeterli bir etki yapabilmek için koruyucu uygulamalar o toplumdaki en yaygın güçlere yönelik olmalıdır. Bu nedenle özel programlar yöreye, toplumsal özelliklerine ve zamana ilişkin olarak değişecektir. Koruyucu sağlık yöntemlerinin en iyi uygulanımı yalnız doktor tarafından sağlanamaz. Temiz su ve süt sağlanması gibi bir çoğu toplumun görevleri arasındadır.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları bilimi yalnız doktora gelen değil, bütün çocuklara yönelik olduğundan bazı sağlık koruyucu yöntem uygulamalarını toplum kuruluşlarına görev olarak vermek uygun olur.(5).

ÇOCUK SAĞLIĞI SERVİSİNİN İLKELERİ

Çocuk sağlığı ile ilgili herhangi bir toplulukta etkenler beş grupta belirlenir:

1. Genetik durumlar
2. Yaş ve seksüel yapı
3. Fiziksel çevre: örneğin; kazalar, hava kirliliği, su ve yiyecek gereksinimleri ve sağlık bilgisi.
4. Kişisel davranış: örneğin; beslenme alışkanlıkları, çocuk bakım pratikleri, ilaçlar ve alkolün zararları.
5. Sağlık ve sosyal servislerin yararı ve niteliği.

Ulusal ölçütleri içeren kapsamlı bir çocuk sağlığı servisi ülkede baştan başa aynı standartlara sahip servislerin oluşturulması ile gerçekleşir. Herkesin çocuk sağlığı servisinin amacı konusunda aydınlatılması gereklidir. Çocuk sağlığı servisinin detaylarını belirleyen amaçlar ülkeden ülkeye değişebilir fakat, tüm çocukların en uygun düzeyde zihinsel, fiziksel ve duygusal gelişimlerini sağlamak ana amaçtır.(4).

Bu amaçları gerçekleştirecek ilkeler şunlardır:

- a. Fark gözetmeden her çocuğun gelişimini kaydetmek
- b. Fetüsün sağlığı ve yeni doğanın bakımını sağlamada doğum servisleri ile iş birliği yapmak
- c. Koruyucu yöntemleri içeren aşılama, sağlık eğitimi, ebeveynlere öneriler, genetik danışmanlık, okul öncesi eğitim kurumları ve ilkokullarda çevre sağlığı koşullarının kontrolü
- d. Hastalıkların ve normal gelişimden sapmaların erken tanısı
- e. Zihinsel veya fiziksel geriliği olan çocuklar için acil ve etkili tıbbi bakımı sağlamak.

f. Kronik hastalıkları olan veya engellenmiş çocukların gereksinimlerini karşılayacak bir değerlendirme servisi

g. Koruma ve tedavi için bir diş servisi

h. Çocukla çalışan öğretmenler, sosyal çalışmacılar ve diğer personel için bir danışma servisi

Çocuk sağlığı servisinin bazı ana ilkelerini belirleyen bu liste, bütün ayrıntıları belirtmez ve toplumun ekonomik ve eğitim düzeyine göre ülkeden ülkeye değişiklikler olabilir.
(5).

SAĞLIKLI ÇOCUK KONTROLÜNDE TEMEL YÖNTEMLER VE TEKNİKLER

Amerikan pediatri akademisi aşağıdaki sağlam çocuk muayenesi sırasını önerir:

Doğum öncesi. Çocuğun doğumundan önce, ailenin çocuğa ileride bakacak çocuk doktoru ile ilişki kurmasını önerir.

Doğumda. Hastane doğumlarında doğumu izleyen ilk 24 saatle ilki, çocuk eve gönderilmeden öncede ikincisi yapılmak üzere en az iki muayene.

İlk altı ay. Her ay muayene.

İkinci altı ay. İki ayda bir muayene.

Bir iki yaş arası. Dört ayda bir muayene.

İki altı yaş arası. Yılda bir veya iki muayene.

Altı yaştan sonra. Yıllık muayene.

Periyodik muayene planı esnek olabilmelidir. Bazı aileler uzun süreli bir problemi olduğunda daha fazla ve sık ziyaret isteyebilir. Özel durumlarda baba ile görüşmek istenildiğinde günün sonunda veya cumartesi günleri uygun

bir saat kararlaştırılabilir (6).

Birçok çocuk için yaşamın en tehlikeli dönemi 4-6 haftadır. Bu dönemde yukarıda bildirilenden daha sık muayene veya telefonla danışma gerekebilir. Bundan sonraki senelerdeki birçok periyodik ziyaret aşılamalara ilişkin olup, düşük risk gruplarındaki çocuklarda hemşire tarafından gerçekleştirilebilir. Bir toplumun koruyucu sağlık görevlerini yüklenmede amaç o toplumun bütün çocuklarına yönelik ve bütününe etkili bir uygulama sağlamak olmalıdır (7).

DEĞİŞİK YAŞ DÖNEMLERİNDE KORUYUCU YÖNTEMLER

Doğum Öncesi ve Yeni Doğan Dönemleri

Prematüreliliği ve konjenital malformasyonları önleyici etkili yöntemlerden daha çok yarar sağlayacak bir yöntem düşünülemez. Etkili korunma yumurta ve spermin birleşmesinden daha önce başlar. Annenin daha önceki yaşamı, çocuklukta beslenme durumu ve yaşama düzeyinin onun çocuk sahibi olabilme yeteneğine etkili olduğu konusunda bazı gözlemler bulunmaktadır.

Genç, erişkinlik ve ergenlik döneminde, geleceğin anne ve babaları ile yapılacak genetik tartışmalar ve öneriler yanında çocuklara uygulanacak koruyucu yöntemler gelecek kuşağın yeni doğan döneminde karşılaşılabileceği birçok problemi önleyebilir.

Gebelik süresince annenin yeterli beslenmesi, anne enfeksiyonlarının erken tanısı ve yeterli tedavisi, kullanılacak ilaçların dikkatle seçilmesi ve uygun dozda kullanılması, gereken radyasyonun en az düzeye indirilmesi, yüksek risk grubundaki annenin tanınması ile normal bir doğum sağlanabilmesi tamamen kadın doktoru ile ilgili ise de bu konuların hemen hepsi çocuğun daha sonraki yaşamı üzerinde büyük etki yaparlar.(5).

Bebeklik Dönemi

Birinci ayın bitiminden bir yaşına kadar olan bu devrede, sağlık düzeyinin düzeltilmesi amacı ile hastalıklardan korunma ve hastalıklar sırasında oluşan birtakım sapmaların erken teşhis edilmesi amacı ile bazı ölçümler alınır. Bu amaçlarda başarı elde etmek için en etkili yöntem, periyodik muayeneler ve halk sağlığı hemşiresi veya

pratisyen hekim tarafından bilgi ve rehberlik için yapılan ziyaretlerle desteklenir.(6).

Süt Çocukluğu Dönemi.

Yaşamın ilk yılında koruyucu yöntemlerin uygulanmasından bir dereceye kadar başarı sağlanması gereken konular şunlardır: Beslenme problemleri, enfeksiyonlar, gelişme problemleri ve çocuk bakım yöntemlerinin yetersizliği. Doktor aynı zamanda konjenital bozuklukları ve kalıtımla ilgili metabolik düzensizlikleri erken tanımayı amaçlar. Her doktor ziyaretinde beslenme durumu tartışılarak o konuda bir kanıya varılmalıdır. Boy ve ağırlığın grafik çizelgesinde noktalanması, beslenme öyküsü ve çocuğun muayenesi ile beslenme düzensizliği konusunda yeterli tarama yapılmış olur.

Çocuklarda en belli başlı yetersizlik demir eksikliğidir. Bu en sık yaşamın ilk altı ayında görülür. Ek mamalar özellikle demir içeren çocuk mamalarının 3-6 ay arasında çocuğa verilmeye başlanmasıyla önlenabilir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda demir eksikliği prevalansı % 10-20 oranında görülürken, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda ancak %1 oranında görülmektedir.(6).

KORUYUCU HEKİMLİK ÇALIŞMALARI

1. Évlilik ve Seksüel Eğitimi Merkezleri: Bu merkezlerde nişanlılar öjenik ve klinik yönden incelenir. Eşlere bu incelemelerin sonuçları, doğacak çocuklar yönünden olası tehlikeler bildirilir ve gerekli önerilerde bulunulur. Bu merkezler evlilik yaşamı boyunca evlilikle ilgili bütün medikal ve sosyal konularda ailelere yardımcı olur.

2. Gebelik Konsültasyon Merkezleri: Hem anneye hemde intra uterin süreç içinde bulunan çocuğu korur. Her gebe gebeliğin birinci ayından başlamak üzere bu merkezlerden birine kaydedilerek izleme alınır. Bu merkezlerin başlıca görevleri şunlardır:

- a. Gebelik devresine ait kayıt ve istatistik çalışmaları
- b. Periyodik kontroller

3. Doğum Klinikleri: Bu kuruluşlar özel ve hastanelere bağlı olarak çalışırlar. Her doğumun bu kliniklerde yapılması idealdir. Özellikle ilk doğumlar ile, güç olacağı önceden saptanan doğumların kliniklerde yapılması gerekir.

4. Evlerde Ebe Yardımı: Doğum, klinik bulunmadığı yerlerde evde diplomalı ebeler tarafından yapılabilir.

5. Ana Ölünleri Araştırma Merkezleri: Bu merkezlerde ana ölümlerinin bölgesel koşullar içinde başlıca nedenleri incelenir ve bunlara karşı alınması gerekli önlemler belirlenir. Bu amaçla her ana ölüm vakası tüm yönleri ile incelenir.

6. Pratisyen Hekim Hizmeti: Yukarıda bildirilen organizasyonların bulunmadığı yerlerde pratisyen hekim bu işleride yapmaya çalışır. (8).

ÇOCUKLUK DEVRESİ ÖLÜMLERİ

Süt Çocuğu (Bebek) Ölümleeri

Ülkemizde bebek ölümleeri oranı çok yüksektir. 1959 yılında Orta ve Doğu Anadolu köylerinde yapılan bir örnekleme etüdünde süt çocuğu ölüm oranı %165 olarak bulunmuştur.

Süt çocuğu ölüm oranının düşük bulunduğu ülkelerde 0-1 yaş devresi içindeki ölümler doğum gününe doğru yayılır. Bütün süt çocuğu devresi ölümlerinin 1/3 ünden fazlası birinci gün içine, ortalama olarak 1-30 uncu gün içine düşer. Geri kalan 1/3 üne yakın bir kısmı ise postnatal (1-12 ay) devreye aittir.

Süt çocuğu sayısının yüksek olduğu toplumlarda süt çocukluğu devresinin bütün kısımlarında enfeksiyon hastalıkları en önemli ölüm nedenidir. (8).

1-4 Yaş Ölümleeri

Bu gruba ait ölüm oranı ileri kültür devletlerinde çok düşük, % 2-3 e kadar inmiş olmasına karşın gelişmemiş ülkelerde ise % 60 dolayındadır. Bu grupta başlıca ölüm nedenleri; gastro-intestinal hastalıklar, enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar, beslenme bozuklukları ve kazalardır. Bu hastalıklar arasında beslenme bozukluklarının özellikle protein yetersizliğinin ayrı bir önemi vardır. Bir ülkede 1-4 yaş grubunda ölüm oranının yüksek olması, çok büyük bir olasılıkla o ülkede endemik bir beslenme bozukluğunun var olduğunu gösterir. Bu sebepten bazı araştırmacılar 1-4 yaş grubuna ait ölüm oranının bütün popülasyonun beslenme durumunu gösterecek bir index olarak da kullanılabileceğini ileri sürmüşlerdir. (9).

TÜRKİYE'DE BESLENME PROBLEMLERİNİN NEDENLERİ

Anne sütüyle beslenme süresinin uzunluğu, ek gıdalara başlama zamanı, verilen ek gıdaların miktar ve çeşitliliği çocuklar arasındaki beslenme yetersizliklerinin nedenlerini belirlemede oldukça kullanışlı bir yöntemdir.

Türkiye'de çocukların büyük bir kısmı uzun bir süre anne sütü almakta ve ek gıdalara uygun bir zamanda başlanmamaktadır. Bu beslenme sistemi gözle görülebilir bir şekilde marasmusla sonuçlanır.

Türkiye'de bebekler genel olarak yaşamın ilk yıllarında güneş ışığından yararlanamazlar. Uzun süre sadece anne sütüyle beslenme sonucu bebek günlük kalsiyum gereksinimini karşılayamaz. Bu durum çocuklarda yaygın olarak görülen raşitizm e neden olur.

Protein ve demir yönünden zengin yiyeceklerin yetersizliği Türkiye'de yerleşik bir problemdir. Ailelerin çocuk beslenmesi konusundaki bilgisizliği, fakirlik, ek gıdalarla beslenmedeki yetersizliklerin ana nedenleridir.

Bilgisizlik, protein-kalori-malnutrisyonunun ve raşitizmin, fakirlik ise anemilerin ana nedenidir. Çok çocuklu ailelerde malnutrisyon oranı üçüncü çocuktan sonra yüksektir.

Solunum ve sindirim sistemine ait enfeksiyonlar ve bağırsak parazitleri Türkiye'de çocuklar arasında yaygındır. Bu enfeksiyonların nedenleri metabolizma, enerji ve protein gereksinmelerinin azalması ve demir kaybıdır. Enfeksiyonlar Türkiye'de okul öncesi çocukları arasında beslenme yetersizliklerinin görülmesinde oldukça önemli bir etkidir.(10).

BESLENME VE HASTALIKLAR

Büyüme ve gelişmenin normal olabilmesi çocuk beslenmesinin yeterli ve dengeli olmasına bağlıdır. Çocuklardaki protein gereksinmesinin yetişkinlere göre fazla olduğu bilinmektedir. Bir yaşından küçük çocuklarda kilo başına 3,5 gram, 2-6 yaş arasında kilo başına 2-2,5 gram, 7-14 yaş arasında kilo başına 1,8-2 gram protein alımı gereklidir. Özellikle çocuklarda beslenme bozuklukları gelişme ve büyüme bozukluklarına, sindirim sistemi bozukluklarına ve enfeksiyon hastalıklarının ağır seyretmesine yol açar. Özellikle son iki hastalık türünün ülkemizde toplumsal bir yeri vardır. Bozuk beslenmenin çocuk enfeksiyonlarındaki önemine ilgi çekici bir örnek olarak kızamık alınabilir. Beslenme durumu iyi olmayan toplumlarda kızamık öldürücü bir hastalıktır. (II).

BEBEKLİK VE ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDEKİ PROBLEMLER

Bebek ölüm hızı sağlık koşullarına uygun olmayan ve çok kalabalık evler, yetersiz yada az eğitim, yetersiz tıbbi bakım, yüksek doğurganlık, düşük doğum ağırlığı ve diğer sosyal, ekonomik ve sağlık problemlerini sıklıkla yansıtır. Genel olarak postnatal dönemdeki ölümler, enfeksiyonlar, paraziter hastalıklar, kalp hastalıkları, grip pnömoni, bronşit, mide-bağırsak hastalıkları ve kazalar gibi çevresel etkenlere bağlıdır.(34).

Yeni doğan döneminden sonraki bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki ölümlerin pek çoğu gelişmekte olan ülkelerde önlenabilir. Ölüm nedenleri olarak yaygın solunum

yolu hastalıkları ve gastrointestinal hastalıklar başta gelmektedir. Bununla beraber beslenme ve enfeksiyonlar arasındaki kompleks ilişkileri detaylara inerek açıklayan sistematik çalışmalar Pan Amerikan Sağlık Organizasyonu'nun IO bölgeden aldığı çocukluk dönemindeki ölümlerle ilgili Inter-Amerikan araştırmasında malnütrisyonun enfeksiyonlara bağlı ölümlerdeki önemini açıkça göstermektedir. Kişisel sağlık bilgisinin yetersizliği ve çevresel sağlık kuruluşlarının yetersizliği diğer önemli etkenlerdir.

Sağlık ve beslenme eğitimi, aşılama yoluyla enfeksiyonları önleme, sağlık bilgisindeki ilerlemeler ve daha iyi beslenme bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki çocukların sağlık düzeyinin yükseltilmesinde özel ölçümleri halk sağlığı ekibi üstlenmiştir. Halk sağlığı servisleri, çocukları yaşamın ilk yıllarından okula başlayıncaya kadar devamlı sağlık kontrollerini yapabilecek şekilde organize edilmelidir.

Eğitim, kişisel sağlık bilgisi, çevre sağlığı, salgın hastalıkların kontrolü, aşıların zamanında yapılması, malnütrisyon ve enfeksiyon hastalıklarından korunma başarı elde etmede önemli ölçütlerdir.

Çocuklukta yaygın enfeksiyon hastalıkları aşılama ile çok az da olsa önlenir. Fakat gelişmekte olan ülkelerde bu hastalıklardan ölümler oldukça yüksektir. Enfeksiyon hastalıklarına yakalanan çocukların sayısı gelişmiş ülkelere göre daha fazladır (35).

TÜRKİYE'DE

ANA VE ÇOCUK SAĞLIĞI KURULUŞLARININ TARİHÇESİ

Batı ülkelerinde meydana gelen sanayileşme, büyük kentlerin çoğalması, kadının iş hayatına atılması ve genellikle ana-çocuk ölümlerinin fazlalığı ana ve çocuk sağlığını zorunlu kılmıştır. 18. yüzyıldan itibaren bu ülkelerde ana ve çocuk sağlığını korumak amacı ile kurulan örgütler bugün ileri bir çalışma düzeyine erişmiştir.

Cumhuriyetten önce özellikle ana sağlığının korunması amacı ile ebelik hizmetlerinin belirli bir düzen içerisinde yürütülmesi için çalışmalar yapılmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra önemle üzerinde durulan konulardan biri de ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin ele alınması olmuş ve ileri bir düşünce ile 1962 yılında Ankara ve Konya'da ilk Doğum ve Çocuk Bakımevleri açılmıştır. 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 162. maddesi gereğince nüfusu 10000 den fazla olan belediyeler, çocuk sağlığını korumak amacı ile "Süt Çocuğu Muayene ve Müşavere Evleri" ismi altında dispanser açmakla yükümlü kılmıştır. Bu dispanserlerde sağlam çocukların büyüme ve gelişmeleri izlenmekte ve çocuklarda meydana gelen ve gelmesi olası hastalıkların kontrol ve tedavisi yapılmaktaydı. Ana, bebek ve çocuk ölüm oranlarının, çeşitli nedenlerle eğitim ve öğretim yetersizliği, yeterli ve dengeli beslenememe, çevre sağlığı koşullarının bozukluğu, çocukluk çağı hastalıkları, yaz ishallerinin yüksek oluşu ve zamanla doğum ve çocuk bakım evlerinin koruyucu hekimliği kayması, koruyucu hekimlikte önemli bir yer tutan ana ve çocuk sağlığı hizmetinin düzenli bir şekilde ele alınması zorunlu olmuştur (12).

1952 yılında WHO ve UNICEF ile yapılan anlaşmalarla koruyucu olarak çalışmak üzere bakanlık bünyesinde fiilen ana ve çocuk sağlığı örgütü kurulmuştur. Bu örgütün amaçları şunlardır:

- a. Anne adaylarını, sağlık eğitimi yoluyla gebelik, doğum ve doğum sonrası analık hijyeni, düşüklerin önlenmesi, çocuk bakımı, beslenmesi, yetiştirilmesi ve nüfus planlaması konularında eğitmek ve yetiştirmek.
- b. Anneleri gebelikten başlayarak sistematik ve periyodik bir şekilde tıbbi kontrol altında bulundurmak, düşük ve ölü doğumların önlenmesi için gerekli önlemleri almak, doğumların normal ve sağlık koşulları içerisinde yapılmasını sağlamak.
- c. Doğumdan sonra anne ve çocuğun bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunması için gerekli önlemlere almak ve çocukların belli yöntemlere göre belli zamanlarda aşılarını yapmak.
- d. 0-6 yaş grubundaki çocukların fizik ve moral gelişimlerini izlemek, sağlık kontrollerini yapmak, özellikle bakım ve beslenme konusunda anneye yardımcı olmak, gerektiğinde aileye sosyal yardımlarla desteklemektir.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri, Şubeleri ve Köy İstasyonları ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde de Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri ve Ana Çocuk Sağlığı Dispanserince yerine getirilmektedir. Bu hizmet üniteleri kurulurken sosyal, ekonomik ve kültürel yönden gelişmemiş anne özellikle bebek ve çocuk ölümlerinin fazla olduğu bölgeler göz önünde tutulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde bulunan sağlık ocak ve evlerinin

yükümlü bulunduğu hizmetlerin en önemlilerini, Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmet ünitelerinin özellikle kırsal bölgelerde oluşu gebe, lohusa, bebek ve çocukların devamlı kontrol ve takip altında bulundurulmasını ve bu nedenle olumlu sonuçların alınmasını sağlamaktadır. Sağlık ocakları bünyelerinde kurulmuş olan eğitim odaları ve köşelerinde ana ve çocuk sağlığı için gerekli teorik ve pratik eğitim yapılmaktadır.

Son yıllarda ülke çapında geliştirilen sistematik aşı uygulamalarına genellikle çocukluk ve okul çağındaki yaş gruplarına yönelmiştir. Bu uygulamalarda, ana ve çocuk sağlığı ile ilgili her kademedeki örgütün çalışmaları ile olumlu sonuçlar alınmaktadır.(13).

TÜRKİYE'DE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI ORGANİZASYONU VE ÇALIŞMA ESASLARI

Ana çocuk sağlığı kuruluşları, genç anne adaylarını evliliğe hazırlayan, gebe, lohusa, emzikli annelerle 0-6 yaş arası çocukların sağlığını koruyan ve periyodik sağlık kontrolleri yapılan, annelere hastalıklarında yardım eden, hastalık durumlarında teşhis koyan ve tedavilerinde yardımcı olmak üzere yol gösteren, yardım eden, çocuk bakımı, çocuk beslenmesi ve gereksinme duyan ailelere mümkün olan ilaç ve gıda yardımı ile aileleri destekleyen mediko sosyal kuruluşlardır.

Türkiye'de halkın özellikle sağlık bilgilerinden yoksun oluşu, hamilelik, doğum ve fazla çocuk sahibi olmak dolayısı ile, koruma yöntemlerini bilmemeleri ana ölümlerinin nedenlerinin ve çocuk bakımı beslenmesi ve hastalıklardan korunmasını nüfus planlaması konularının bilinmemesi ve çok sayıda ana ve özellikle çocuk ölümlerine neden olmakta.

ANA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİ

I. Kuruluşlarda

2. Gezici halk sağlığı ve sosyal kayaretçi hemşirelerce ev ve köy ziyaretleri ile, olmak üzere iki grupta yapılmaktadır.

Gerek kuruluşlar ve gerekse gezici halk sağlığı ziyaretçi hemşireleri tarafından yapılan çalışmalardaki ana ilkeleri de şöyle özetleyebiliriz:

a. İlk olarak çalışılacak bölge belirlenir.

b. Belirlenen bu bölgenin bütün özellikleriyle tanınması gerekir. Bölge içindeki bütün evler gezici personel tarafından tek tek tanınır, gebe kadınlar, emzikli annelerle, 0-6 yaş arasındaki çocuklar belirlenir. Evin ve ailenin bütün özellikleri incelenerek öğrenilir ve bunlar kişisel ve özel fişlere işlenir. Bölge olarak alınan sahada belirlenen gebe, lohusa, emzikli annelerle 0-6 yaş çocukların kuruluşlara davetleri yapılarak ana çocuk sağlığının amaç ve çalışmalarını ailelere devamlı olarak anlatılır ve ana çocuk sağlığı kuruluşlarına geldiklerinde ilk sağlık muayeneleri yapılarak fişleri çıkarılır, periyodik sağlık kontrollerine alınır.(14)

Ana Çocuk Sağlığı Çalışmalarında Ev Ziyaretleri

Ev ziyaretleri; periyodik ve amaçlı olmak üzere iki ana grupta toplanmıştır. Periyodik olarak yapılan ziyaretlerde ailelerin gebe, lohusa, emzikli anne ve 0-6 yaş arası çocuk sayıları, sosyal ve sağlık durumları, nüfus hareketleri ve değişiklikleri, gelişmeler ve yapılması gerekli olan noktalar saptanır.

Amaçlı ziyaretlerde ise gebe, lohusa, emzikli annelerle 0-6 yaş arası çocukların sağlıklı olmaları ve gelişmeleri için yapılması gereken işleri uygulamak, öğretmek, gelişmelerini sağlamak, izlemek ve annelerle birlikte daha uzun olarak evde çalışmak ve en iyi koşulların sağlanmasına yardımcı olmaktır. (15).

Çocuk Sağlığı Eğitimi

Çocukluk çağlarına göre müesseselerde ve ev ziyaretlerinde çocukların periyodik sağlık kontrolleri:

- a. 0-3 ay arasında 15 günde bir
- b. 4-9 ay arasında ayda bir
- c. 10-24 ay arasında iki ayda bir
- d. 3-6 yaş arasında üç ayda bir, olmak üzere yapılmalıdır.

1. Intrauterin Çocuk Gelişimi: Intrauterin gelişme, yeni doğmuş çocukluk ve daha sonraki çağlardaki gelişmeye etkisi bakımından büyük önem taşır. Intrauterin çocuk gelişiminde, kalıtım, cinsiyet, doğum sayısı ve özellikle annenin gebelikteki beslenmesi, sosyal durumu önemli rol oynar. Sağlıklı bir çocuğun doğumunu sağlamak için annenin beslenmesi, çalışma şekli, giyim ve hijyen kurallarına uyumu ve istirahate öncelik tanınması gerekir.

2. Çocuk Bakımı:

a. Yeni doğum çocukluk çağı: Intrauterin yaşamın etkileri kayboluncaya kadargeçen zamana yeni doğmuş çocukluk çağı denir. Süresi 2-3 haftadır. Birinci devrede tartı azalır, ısı ayarlanması, beslenme, defekasyon yoluna girer, göbük düşer.

Burada esas, fizyolojik olayların iyi bilinmesi ve patolojik durumlardan ayırd edilebilmesidir. Çocuğun cilt bakımı-

nın iyi yapılması, göze ilaç damlatılması, göbek bakımı, meme verme ve beslenmesinin ayarlanması, çocuğun genel temizliğinin yapılması, en başta gelen konulardır ve bunlar anneye öğretilmelidir.(I6).

b. Süt çocuğu (1 yaş): Birinci yaşın sonuna kadar devam eden devredir. Boy ve ağırlık artışı en fazla bu dönemde olur. Bu bakımdan beslenme en önemli problemdir. İkinci problem çocukların hastalık ve özellikle enfeksiyonlardan korunması, gerekli aşıların yapılmasıdır. Bu bakımdan ailelerin aydınlatılması ve onlara yardımcı olunması Ana çocuk sağlığı personelinin başlıca görevlerindedir.

c. Okul çocuğu (2-7 yaş): Bu devre 2-7 yaş arasını içermektedir. Bu devrede çocuk hareket etmeye başlamıştır. Çevreyle ilgilenir, zeka bakımından gelişme dönemindedir. Bu dönem oldukça önemli olup aileler büyük sorumluluk taşırlar. Bu bakımdan ailelere yardımcı olmak, gerekenleri öğretmek ana çocuk sağlığı personeline düşer. (I7).

3. Çocuk Beslenmesi:

Burada çocuğun yaşına göre hangi mamaların verilebileceği, ek gıdaların neler olduğu ve nasıl verileceği, hazırlanışı anlatılarak, yaptırılarak evlerde ve kuruluşlarda izlenmektedir.

4. Hastalıklardan Korunma ve Aşılar:

Yeni doğan ve büyüyen çocuğun henüz tam olarak gelişmemiş olması ve birçok hastalıklarla ve özellikle bulaşıcı hastalıklarla karşı karşıya bulunması özel bir bakım ve korunmayı gerektirir. Bu bakımdan alınacak önlemler ve konunun önemi ailelere ve annelere ana çocuk sağlığı personeli tarafından öğretilir. Bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu aşılar kuruluşlarda ve ev ziyaretlerin-

de bizzat uygulanır ve bütün çocukluk çağında da izlenir.
(18).

TÜRKİYE'DE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI

Genel Durum: Toplumun enaz %45 ini içeren ana ve 0-6 yaş çocuklarının sağlığının korunması ve garanti altına alınması için bugün memleketimizde sosyalleştirilen bölgeler dışında 23 ilde 62 Ana Çocuk Sağlığı Merkezi, ilçelerde 68 Ana Çocuk Sağlığı Şubesi ile bu merkez ve şubelere bağlı 459 Ana ve Çocuk Sağlığı İstasyonu (bunlara ek olarak 192 entegrasyon köy istasyonu çalışmaktadır. Sosyalleştirilen 47 il ve 4 bölgede Ana Çocuk Sağlığı Dispanseri, 1744 Sağlık Ocağı, 5255 Sağlık Evinde ana çocuk sağlığı hizmetleri yapılmaktadır.

Sosyalizasyon dışı Ana Çocuk Sağlığı Merkez ve Şubelerinde ve bunlara bağlı ana çocuk sağlığı köy istasyonlarında tesbitleri yapılan gebe, lohusa ve emzikli annelerle, 0-6 yaş arası çocukların periyodik sağlık kontrollerine, annelerin kişisel sağlık, çocuk bakımı ve özellikle beslenmesi konularında teorik ve pratik olarak eğitimlerine, çeşitli gıdalarla desteklenmelerine, çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı zamanında aşılannelarına önem verilmiştir.

1979 yılında İstanbul 8 nolu Küçükyalı Ana Çocuk Sağlığı Merkezi açılmıştır. Sakarya, Geyve, Manisa Salihli ilçelerinde Ana Çocuk Sağlığı şubeleri açılmıştır. Ayrıca Kocaeli'nde dernekçe temin olunan bina yapımına 1975 te başlanmıştır, tamamlanmış ve açılışı yapılmıştır.

1979 yılında çalışır bulunan ana çocuk sağlığı

leri ve organizasyonu şu şekilde sıralanır:

I. Sosyalleştirilmiş iller dışında olan Ana Çocuk Sağlığı Örgütleri

- a. 25 ilde 62 ana çocuk sağlığı merkezi
- b. 68 ilçede 68 ana çocuk sağlığı şubesi
- c. Merkez ve şubelere bağlı 459 ana çocuk sağlığı köy istasyonunun (bunlara ek olarak 192 entegrasyon köy istasyonu) hizmetleri 236 sayılı Ana Çocuk Sağlığı Talimatnamesi gereğince yürütülmektedir.

2. Sosyalleştirilen bölgelerde 63 Ana Çocuk Sağlığı Dispanseri ve dispanserlerin denetiminde 1744 Sağlık Ocağı ve 5255 Sağlık Evi mevcuttur. (19).

Personel: Sosyalizasyon dışı 62 Ana Çocuk Sağlığı Merkezi ile 62 Ana Çocuk Sağlığı şubesinde 45 asil kadın doğum mütehassısı, 91 asil çocuk sağlığı ve hastalıkları mütehassısı ve 23 pratisyen doktor, 164 dış doktoru mevcuttur. Ayrıca 657 sayılı kanunun değişik 86. maddesine göre 10 pratisyen doktor çalışmaktadır.

Sosyalizasyon dışı Ana Çocuk Sağlığı örgütlerinde halen 30 sağlık memuru, 248 memur, 5 Gevher Nesibe mezunu hemşire, 9 diyetisyen, 1 psikolog, 2 sosyal hizmet uzmanı, 296 hemşire, 347 ebe-hemşire, 368 ebe, 117 yardımcı hemşire, ana çocuk sağlığı köy istasyonlarında 375 köy ebesi, merkez ve şubelerde 419 müstahdem vardır.

Sosyalleştirilen 47 il ve 4 bölgede 7 asil çocuk sağlığı ve hastalıkları mütehassısı, 7 kadın doğum mütehassısı, 25 pratisyen doktor, 41 dış tabibi bulunmaktadır. (19,20).

Eğitim:

1. Anadolunun Eğitimi: Sosyalizasyon b6lgelerinde dispanser ocak ve sağlık evleri, sosyalizasyon dağı illerde mevcut ana ocuk kuruluşlarında herg6n belirli zamanlarda kadınlara, çocuklu annelere periyodik kontrol muayeneleri esnasında, ayrı 6zel toplantılar yapılarak kuruluşlarda; ev ziyaretleri yapan ebe ve hemşireler tarafından evlerde halk sağlığı, evre sağlığı, aile planlaması, sağlığın korunması, aşılar, bireysel ve genital hijyen, beslenme problemleri, evlerin sosyal yaşantısı ve ev ekonomisi, giyim konusunda gerekli bilgiler ve uygulamalar yapılmaktadır.

2. ocuk Eğitimi:

a. Yeni doğan çocuğun 6zellikleri, bebek bakımı, beslenmesi, banyosu, hastalıklardan korunması ve aşılarının yapılmasının gerekliliği ve d6şuklerin zararları, aile planlaması konuları annelere 6đretilmekte ve uygulanmaktadır.

b. 0-1 yaş arasında meme saatlerinin ayarlanması, anne s6t6n6n 6nemi, aşıların ne zaman yapılacağı, memeden kesilmesi ve ek mama ve besinlerin vitaminlerin verilmesi konusunda annelerin kontrol muayeneleeri esnasında veya toplu bir şekilde yada ev ziyaretlerinde bireysel eğitim yoluyla uygulamalı olarak aydınlatılmakta ve devamlı olarak bebekler periyodik sağlık kontrol6 altında tutulmaktadır.

c. 1-6 yaş arası çocukların bakımı, beslenmesi, ruhsal gelişimi aşıların tekrarı için gerekli 6neriler verilmekte ve sonuçlar devamlı olarak izlenmekte ve periyodik sağlık kontrolleri yapılmaktadır.

Tıbbi Hizmet: Annelerin ve çocukların sağlıklarını korumak için belirlenen ve fişleri çıkarılanların düzenli periyodik kontrolleri yapılmaktadır. Hastalık tesbit edilenlerden ayakta tedavisi mümkün olanların reçeteleri verilmekte ve yatması gerekli olanlarda yataklı kuruluşlara sevk edilerek tedavileri sağlanmaktadır.

Sosyal Hizmet: Durumların mama mutfağında, ev ziyaretlerinde CARE Teşkilatı tarafından ancak çok az ana çocuk sağlığı kuruluşlarında verilen sınırlı miktarda bulunan nebati yağ ve memleketimizde Sek mama gibi hazır çocuk mamaları ile, mahallen satın alınan ve evde bulunan gıda maddelerinden yararlanarak annelere çocukları için gerekli mama yapımı ve yedirilmesi uygulanmakta ve öğretilmektedir.

1979 yılı Ana Çocuk Sağlığı Merkez ve Şubelerinin 10 aylık çalışmalarında 252512 anne kontrol muayenesi, 783797 çocuk muayenesi, 771647 aile ziyareti yapılmıştır. 1.229.772 çocuğa çeşitli aşılar yapılmıştır. (19).

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDEKİ ENFEKSİYONLAR

Enfeksiyon hastalıklarına çocukluk döneminde, yaşamın diğer dönemlerine oranla daha sık görüldüğü gibi çok defa gelişimide daha ağırdır. Bu durum yaşamın bu devresindeki enfeksiyon problemini oldukça ciddi ve üzerinde durulmağa değer bir önem taşıdığını ortaya koyar. Enfeksiyonların çocukluk dönemindeki bu özelliği üzerinde değişik etkenler rol oynar.

Çocukluk dönemi bir büyüme ve gelişme dönemidir. Çocuğun büyüme ve gelişmesi için gereksinme duyduğu enerjinin başlıca iki kaynağı vardır.:

1. Ana baba yoluyla gelen herediter kuvvet
2. Bakım ve beslenme ile kazanılan dayanıklılık

Dünyaya gelen bir çocuk doğumdan itibaren değişik mikroplarla çevrilidir. Anne karnında steril bulunan burun, boğaz çevresi ve sindirim yolları mikroplarla dolar. Bir kısmı saprofit olan bu mikropların diğer bir kısmı da fizyolojik bir görev taşır. Fakat hangi bölümde yer alırsa alsın araya giren hazırlayıcı etkenler (ani hava değişikliklikleri, ıstıme, fazla sıcaklık, beslenme düzensizliği) iye bu mikroplar patojen bir karakter alabilir.

Çocukluk dönemi enfeksiyonları yalnız uterus dışı yaşamda görülmez. Bazı vakanlarda çocuk uterus içi devrede de enfeksiyonu alır. Bu devredeki enfeksiyonlar, organların oluşma halinde olduğu bir dönemde oluştuklarından çok defa büyüme ve gelişme üzerinde ağır etkiler yapar ve çocuk ya ölü yada sakat doğar. Buna göre çocukluk dönemi enfeksiyonları uterus içinde anne karnı yoluyla alınanlar ve yaşam boyunca alınanlar şeklinde bölümlenebilir (22).

Enfeksiyonların Vücuda Giriş ve Bulaşma Yolları: Çocukluk döneminde oluşan enfeksiyonların vücuda giriş ve bulaşma şekilleri çocukluk devrelerine göre az çok değişiklik gösterebilir. Doğumdan puberteye kadar olan çocukluk döneminde oluşan enfeksiyon hastalıkları çocuğa çevresinden bulaşır. Enfeksiyonun giriş yolu özellikle ağız ve üst solunum yollarıdır. Konjonktivalar, kız çocuklarında Üro-genital organlar da enfeksiyonların giriş yollarıdır (23).

Enfeksiyonların bulaşmaları çocuğun yaşına ve sosyal durumuna göre ayrı ayrı özellikler gösterir. Süt çocukluğu döneminde oluşan hastalıklar çocuğa yakınları, anne baba ve evdeki insanlarla bulaşır. Bu bakımdan ilk yaştaki çocuğa daha çok tuberkiloz ve burun boğaz enfeksiyonları gibi gizli ve sinsi geçen hastalıklar özellikle bulaşır. Bununla beraber sosyal durumun burada büyük etkisi vardır. Yaşından sonraki dönemde çocuğun çevresi ile ilgisi artar. Bu nedenle enfeksiyon hastalıklarından en önemlileri daha çok bu devrede geçirilir. Okul çocukluğu denemi de denilen 6 yaşından puberteye kadar olan zaman çocuğun toplu yaşadığı bir devredir. Buna rağmen istatistikler spesifik enfeksiyonların okul döneminde , önceki devrelere oranla daha seyrek olduğuna belirtir. Bununla beraber okul öncesi döneminde geçirilmemiş olan enfeksiyon hastalıkları bu devrede kolayca alındığı gibi, evdeki küçük kardeşlere de kolayca bulaştırılabilir. Spesifik enfeksiyonlar dışında bağışıklık vermeyen ve epidemiy yapan viral enfeksiyonlar; grip, mevsim nezleleri gibi hastalıklar da bu dönemde daha sık görülür.

Yaşamın ilk yıllarında görülen enfeksiyon hastalıklarının büyük bir kısmında pnömonokokun önemli bir yeri vardır. Faranjitler, burun nezleleri, otitler, bronşit ve bronkopnömoniler ve septisemilerin doğuşunda bu mikrobu büyük rolü vardır.

Enfeksiyonların gelişiminde vücut yapısındaki özellikler ve beslenmenin de değişik etkileri olur. Anne sütü ile beslenmiş, büyüme ve gelişmesi normal olan çocukların hastalıklara karşı dirençleri daha fazladır. Buna karşılık yeterli besin alamayan, zayıf ve kansız çocuklarda enfeksiyonlar daha kolay ve daha ağır bir gelişim gösterirler (24).

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

Genel olarak kabul edilen bir tanımlamaya göre üst solunum yolu enfeksiyonları primer olarak larenks in üstündeki respiratuar traktusu tutanlardır. Bir çok respiratuar hastalıklar bununla beraber üst ve alt solunum yollarını ardarda veya kısım kısım tutar. Bir kısmı ise solunum ağacının spesifik kısımlarını daha fazla kapsar. Fazla sayıda mikro organizmalar, ön planda virüsler primer üst solunum yolu enfeksiyonuna sebep olmaktadır. Bunlardan birkaç tanesi aynı klinik sendromlara neden olabilmektedir. Etiyolojik bir sınıflandırma çok kısıtlı kalmaktadır. Aynı organizma farklı ağırlıkta klinik semptom veya sendromlara sebep olmakta ve yaş, cinsiyet, etkenle daha önceden temas allerji, nütrisyonel durum ve bunun gibi konak etkenleri ile uyum göstermektedir. Örneğin, bir ailenin farklı bireylerinde tek bir virüs, anne babada soğuk algınlığı, süt

çocuğunda bronşiolit, büyük çocuktan birinde krup, diğeri-
de faranjit ve bir diğeriinde de subklinik enfeksiyon mey-
dana getirebilmiştir. Klinik bir anlamda gerçek bir soğuk
algınlığı virüsü veya faranjit etkeni yoktur. Daha çok üst
solunum traktusunu tutan klinik sendrom laboratuvar ola-
nakları ile identifiye edilmeyen çeşitli sayıdaki organiz-
malarla meydana getirilmektedir. (25).

Akut nazofaranjit (Soğuk Algınlığı)

Çocuklarda çoğunlukla ateşle birlikte seyreder.

Yarınca özellikler: İyi bilinmeyen nedenlerden akut nazofa-
ranjite yatkınlık aynı kişide bile zaman zaman farklılık
gösterir. Soğuk algınlığı, rutubet, ayakların ıslanması
gibi etkenler enfeksiyona yatkınlığın artmasını sağlar.

Beslenme durumunun orta derecede bir etkisi vardır. Malnü-
trisyon ise büyük oranda komplikasyonları arttırır.

epidemiyoloji: Enfeksiyon bütün yıl boyunca meydana gele-
bilir fakat Kuzey'de 3 ayrı tepe yapar:

- a. Eylül'de okullar açıldığında
- b. Ocak sonuna doğru
- c. Nisan sonuna doğru

Çocuklardaki insidans yılda 3-6 enfeksiyon şeklinde
tahmin edilebilir. Fakat bazı çocuklarda daha fazla sayıda
olabilir. Hastalık yaşama 2. ve 3. yıllarında en çok etki-
lidir. ve virüsel olarak ve ana okullarında endemiktir (26).

Klinik özellikler: Soğuk algınlığı erişkin ve büyük çocuk-
lara oranla en çok ufak çocuklarda görülür. Genellikle 3
ay ve 3 yaş arası çocuklar enfeksiyonun seyri esnasında
erken olarak ateşlenirler. Ufak çocuklar genellikle ateş-
sizdirler. Büyük çocuklarda düşük bir ateş görülebilir.

Yaşla ters orantılı olarak irinli komplikasyonla artan bir sıklık ve ağırlıkta meydana gelebilir. Devamlı sinüzit bununla beraber büyük çocukta daha sık olup süt çocuklarında nadiren ortaya çıkar. 3 aylıktan büyük süt çocuklarında inisyel beşirti olarak ani ateş 39°C - 40°C ve ajitasyon, huysuzluk, aksırma olur. Burun akıntısı birkaç saat içinde başlar. Emzirmeyi zorlaştıran bir burun tıkanması ve küçük süt çocuklarında da burun teneffüsü ile ilgili olarak orta derecede bir solunum yetmezliği ortaya çıkar. İlk 2-3 günde kulak zarının arkasında bir sıvı dikkati çeker. Bunu takiben bir otit meydana çıkabilir. Bazı süt çocukları kusabilir, bazıları da ishal olabilir. Daha büyük çocuklarda karakteristik olarak inisyel semptomlar, burunda ve aynı zamanda farengeste kızarıklık ve iritasyondur. Bu bir kaç saat içinde aksırma, soğuk algınlığı, adale ağrıları, kalın bir burun akıntısı, bazen de öksürükle devam eder. Akut faz 4-10 gün kadar sürer. (27).

SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARINDA

YAŞ- CİNSİYET-DOĞUM AĞIRLIĞI-ŞİŞMANLIK-KONJENİTAL BOZUKLUK-
LARIN ROLÜ

Yaş:En ciddi solunum hastalıkları yaşamın ilk iki yılında özellikle birinci yılında ortaya çıkar. Bronşiolit yaşamın ilk 6 ayında, pnömoni ilk 2 yılında ve laringio-trekhiobronşit ikinci veya üçüncü yılda hakim olan hastalıklardır. Solunum yolu hastalıklarından ölümlerin büyük bir bölümü bu süreçlerde oluşur. 3 yaştan sonra solunum yolu hastalıklarına yakalanma ve ölüm oranlarında gözle görülen hızlı bir azalma olur (28).

Cinsiyet:Virüsler veya bakteriler sonucu oluşan üst solunum yolu enfeksiyonların görülme sıklığı kızlarda ve erkeklerde aynıdır. Bununla beraber 6 yaşın altındaki erkek çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının görülmesi enfeksiyonların çoğunluğunda yüksektir fakat 6 yaş civarındaki kız ve erkek çocuklarda hemen hemen aynıdır.

Doğum Ağırlığı:Doğum ağırlığı düşük olan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma oranı normal doğum ağırlığına sahip çocuklardan daha fazladır. Bir araştırma da alt solunum yolu enfeksiyonlarından tedavi gören çocuklarından % 9'u 2,5 kilogram'ın altında düşük doğum ağırlığına sahipti ve toplam katılımanın % 6' ini oluşturuyordu.

Şişmanlık: Birçok kliniklerde şişman çocukların normal ağırlığa sahip olan çocuklardan daha fazla solunum yolu enfeksiyonlarına eğilimli oldukları düşünülmüştür. Ağırlıkları 97. persentilin üstünde olan solunum yolu enfeksiyonlarının araştırıldığı kontrollü bir çalışmada, ağırlıkları 25. ve 75. persentilde olan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında

şişman çocuklarda enfeksiyon sayısı normal çocuklardan daha fazla görülmüştür.

Konjenital Bozukluklar: Konjenital bozukluğu özellikle kalp hastalığı olan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının gelişimi normal çocuklardan daha fazladır ve ölüm oranı da buna uygun bir artış gösterir. Bunların büyük bir kısmı yetersiz beslenme düzeyine sahiptir ve kalp yetersizliği olanlarda akciğer mekanizması sık sık değişmektedir. (29).

SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARINDA

ÇEVRESSEL ETKENLERİN ROLÜ

Sosyo-Ekonomik Etkenler

Newcastle-on-Tyne'da 1000 aile ile yapılan bir çalışmada düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocukları ile yüksek ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında alt solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı araştırılmış, iki sınıfın karşılaştırılmasında düşük sosyo-ekonomik çocuklarda 10 kat daha fazla görülmüştür. Diğer çalışmalarda da üst sosyo-ekonomik düzeydeki çocuklarda bronşialitin görülme sıklığı ve hastaneye yatma sayısının düşük sosyo-ekonomik gruptan daha az olduğunu göstermiştir. Alt solunum yolu enfeksiyonlarından hastaneye yatan çocukların sayısı ile evde yaşayan birey sayısı arasında gözle görülür derecede bir korelasyon vardır. (30).

Hijyen şartlarının bozukluğu patojen mikroorganizmaların gelişmesi için ortam hazırlar. Sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan toplumlarda beslenme şekline ve her türlü temizliğe dikkat edilmediğinden, üst solunum yolları normal filorasında çok çeşitli mikroorganizmalar bulunabilir.

Yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik durumu etken olarak ele alındığında streptokok izolasyonu sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan toplumlarda fazla olmuştur. (31).

Sosyo-ekonomik çevre şartlarının sağlık ve hastalıklar üzerine etkisini şöyle özetleyebiliriz.:

- a. Sosyo-ekonomik durumun dışında toplumun din ve inanışlarındaki değişiklikler
- b. Sosyal bünyede cins farkları
- c. Bölgede ekonomik duruma etki eden önemli ve başlıca değişiklikler
- d. Ekonomik duruma olduğu kadar ekonomik durumun dışında spesifik hastalıkların ve bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkışı, dağılışı, yayılışı ve devamına etki eden sosyal bünyedeki değişiklikler
- e. Sosyal bünyenin psikolojisindeki değişiklikler (32).

Enfeksiyona Maruz Kalma

Bir çocukta enfeksiyona yakalanma sayısı havasızlık ve enfeksiyona maruz kalma ile ilişkilidir. Solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma okula giden çocuklarda bir ve ikinci yılda şiddetle artar fakat sonra azalır. Bebeklerde ve okul öncesi çocuklarda enfeksiyon hızı ailenin ilk çocuğu okula gittiği zaman ailede artar. Ailede okul öncesi dönemindeki tek çocuk, aynı yaştaki ana okuluna veya ilk okula giden çocukten daha az enfeksiyonla karşılaşır. (29).

Mevsinler

Solunum yolu enfeksiyonları yılın soğuk aylarında daha çok görülür. Baza salgınlar sıcaklığın birden azalmasıyla artış gösterir. Kış aylarında ölümler çoğaldığı gibi belirli hastalıklar da artmaktadır. Inflüenze salgınları

kış aylarında görülürsveya hastaların sayısı enyüksek düzeye ulaşır. (32).

Hava Kirliliği

Hava kirliliği ile üst solunum enfeksiyonlarına yakalanma sayısı arasında büyük bir ilişki yoktur. Bununla beraber hava kirliliğinin artışı ile alt solunum yolu enfeksiyonlarının tekrarlanma sıklığı arasında belirgin bir ilişki vardır (33).

Arastırma Yayınları

Kanadalı çocuklarda doğumdan 14 yaşa kadar üst solunum yolu enfeksiyonlarının etkilere ve maliyetleri hakkında bir proje geliştirilmiştir. 1973'te 23,8-42,3 milyon arasında üst solunum yolu enfeksiyonlarından zarar gören Kanada'lı çocuklardan; 5,6 miyyonu tıbbi tedaviye 215300 ü hastane tedavisine gereksinime görülen 6,2 milyon çocuk alınmıştır. 742800 hastane gününün kullanıldığı araştırmada doktorların ücretleri, hastane ücretleri, ilaçlar ve eczane ücretleri gibi bir çok direkt maliyetlerin belirlenmesinden üst solunum yolu enfeksiyonlarının maliyetinin 1970 te \$ 141 milyon dan 1973 te \$ 211 milyon a yükseldiği görülmüştür. (36).

Türkiye'de 1975 te Nurten Meriç tarafından yapılan bir araştırmada üst solunum yolu enfeksiyonları hakkında epidemiyolojik veriler ve çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının çeşitleri araştırılmıştır. Bu amaçlar için kırsal ve kentsel yöre özelliklerini tam olarak belirleyen iki hastane seçilmiştir. Yüksek sosyo-ekonomik düzey için çocuklar İzmir Behçet Uz Çocuk Hastanesindeki çocuklar arasından, düşük sosyo-ekonomik düzey için de Ankara Doktor Sami Ulus Çocuk Hastanesindeki çocuklar arasından seçilmiştir. 1975 Ocak ayından 1975 Aralık sonuna kadar olan sürede 84877 çocuk Sami Ulus Çocuk Hastanesine kabul edilmiş ve bunların arasından 26100 çocukta solunum yolu enfeksiyonu görülmüştür. Akut nazofaranjit solunum yolu enfeksiyonlarının % 49 unun ve tüm vakaların % 15 ini, Bronko-pnömoni ve pnömoni ise solunum hastalıklarının % 19,6 sını ve tüm vakaların % 6 sını oluşturmuştur.

Bronko-pnomoniden ölüm oranı İzmirde % 7,5 iken Ankara'da aynı kentsel kesimde bu oran %27,6 olarak bulunmuştur.

Akut solunum yolu enfeksiyonlarında en büyük artış Aralık ve Ocak aylarında görülmüştür. Solunum yolu hastalıklarından ölümlerin çoğu 2 yaşın altında bulunmuştur. En yüksek yüzdenin 3-12 aylar arasında olduğu 2 yaştan sonra yüzdenin önemli bir fark yaparak düştüğü ortaya çıkmıştır. Bu proje sonunda bebeklikte 2 yaşın altında solunum yolu enfeksiyonlarından ölümlerin en önemli nedeninin malnütrisyon, ikinci derecede de demir eksikliği anemisi olduğu görülmüştür (4).

1975 te Orta Afrika'da bölgesel halk sağlığı programının planlanması için dört çok amaçlı Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezi kurulmuştur. Merkezler ana problemler olan doğurganlık, kısırlık ve doğum alanına göre hazırlanmış, babaların programa mümkün olduğu ölçüde katılımı için konsültasyonlar yapılmıştır. Her bir merkez halk sağlığı hemşiresi tarafından donatılmış ve her bir klinikte bir pediyatrist, bir ebe haftada bir gün nöbetleşe çalışmıştır. Bölgede özellikle ana ve çocuk sağlığı, malnütrisyon ve doğurganlık arasındaki ilişkilere önem verilmiştir. Bölgede; gebe kadınlar, emzikli anneler, bebekler ve çocuklarla çalışılmıştır. Gebe kadınlar için; gebelikte ağırlık artışı, tansiyon, serum protein ve albumin düzeyi, emzikli anneler için; serum protein, albumin düzeyi, anne sütünün nicelik ve niteliği üzerinde çalışılmıştır.

Çocuklarla ve bebeklerle ilgili bilgiler yaş, sex, etnik grup, baba mesleği, çocuğun ailedeki diğer bireylerle ilişkileri, ailede yaşayan ve ölü çocuk sayısı, beslenme şekli, sütün kesme ve ek gıdalara başlama zamanı, büyüme (ağırlık, boy, diş çıkarma, baş çevresi, göğüs ve kol çevresi) kızamık, kızamıkçık, su çiçeği, ishal, pnomoni, sıtma, bağırsak parazitleri konusunda bilgiler alınmıştır,

Kadınlar arasında genel olarak endemik malnutrisyonun yaygın olduğu görülmüş ve bu sonuç, kadınların tarımsal yükün büyük bir kısmını üstlenmeleri, aralıksız doğum ve gebelik denemelerine bağlanmıştır. Gebelikte ağırlık artışı 4,5 kg. olarak bulunmuş ve bazı aylarda hiç ağırlık artışı görülmemiştir. Süt üretimi günde 600 ml. den daha düşük bulunmuştur.

Havu'da Idjwi adasında, Kivu'da Zairede 0-2 yaş arasındaki 200 erkek bebekle yapılan uzunlamasına bir çalışmada 99 persentil'in iyasına kadar ve 60 persentil'inde 2 yaşına kadar anne sütüyle beslendiği görülmüştür.

Great Lakes bölgesinde bebeklerde büyüme ile ilgili bir çalışmada somatik ve psikomotor gelişimde ayrılıklar görülmüştür. Doğum ağırlığı ortalaması erkekler için 2,9 kg. ve kızlar için 2,8 kg. olarak bulunmuştur. Pnömoni ve gastro-enteritlere yakalanma oranı yaşamın ilk yılında düşük bulunmuştur. Barsak parazitleri oldukça yaygındır ve 2,5 yaşında yetişkinlerle kıyaslanabilecek düzeyde görülmüştür (37).

BÖLÜM III

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

EVREN

Ankara'da Altındağ gece kondu bölgesinde Ana Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen 0-6 yaş grubunu içeren çocuklar bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

ÖRNEKLEM

Altındağ Ana Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen çocuklardan toplam 300 çocuk örneklem grubu olarak seçilmiştir. Örneklem dağılımı ise şöyledir, Ana Çocuk Sağlığı Merkezine giden çocuklardan 150 ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezine gitmeyen çocuklardan 150 çocuk olmak üzere toplam 300 çocuk örneklem olarak seçilmiştir. Araştırma da deneklerin seçiminde şu kriterler göz önünde tutulmuştur.

- Ana Çocuk Sağlığı Merkezine giden çocukların sağlık kontrollerinin periyodik olması

- Ana Çocuk Sağlığı Merkezine gitmeyen çocukların ana çocuk sağlığı hizmetlerinden hiç yararlanmamış olmaları.

Çocukların üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanmasıkliğında Ana Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine gitmesi ve gitmemesinin etkisi araştırıldığı için evren, Ana Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen çocuklar olarak iki bölüme ayrılmakta ve her bir bölüm ayrı bir evren gibi düşünülmektedir.

Ana Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine giden 150 deneğin seçimi için çocuk takip ve muayene fişlerinden yararlanarak doğum tarihi ve periyodik kontrole başlama tarihini belirten listeler hazırlanmıştır. Listelerdeki çocuklara sıra numarası verilmiş, başlangıç noktası tesadüfi olarak alınmış, random yöntemi kullanılarak araştırmaya alınacak denekler saptanmıştır. Ana Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine gitmeyen 150 deneğin seçiminde ise ana çocuk sağlığı ziyaretçi hemşire örgütünün hane halkı tesbitlerini yaptığı fakat eğitim vermediği Selver Somuncu mahallesindeki 0-6 yaş grubu çocuklarının bulunduğu hane halkı tesbit fişlerine sıra numarası verilerek başlangıç noktası tesadüfi olarak alınmış, random yöntemi kullanılarak denekler seçilmiştir.

VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ

Veriler anket yoluyla elde edilmiştir. Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'ne periyodik sağlık kontrolüne giden çocuklar için çocuk takip ve muayene fişlerinden gerekli durumlarda yararlanılmıştır. Anketler, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'ne periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen çocukların annelerine yapılandırılmış görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Araştırmada bağımsız değişkenler olarak annenin eğitim durumu, baba mesleği, evdeki birey sayısı, çocuğun doğum sırası, fiziksel çevre koşulları, bebeklik dönemindeki beslenme şekli, ek gıdalara başlama zamanı, çocuklukta bir bulaşıcı hastalık geçirip geçirmeme durumu ele alınmıştır.

Araştırmada üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıkları olarak; faranjit, tonsillit, sinüzit ve laranjit alınmıştır. Veriler I.Mart-30.Nisan tarihleri arasında elde edilmiştir. Annelere önce üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıklarının klinik belirtileri konusunda bazı basit tanımlayıcı bilgiler verilmiştir. İkinci aşamada Eylül 1979-Nisan 1980 ayları arasında bu hastalıklara çocuklarının yakalanma sayıları sorularak veriler elde edilmiştir. Anket soruları EK' te verilmiştir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler ana çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen 0-6 yaş çocukları olmak üzere sınıflandırılmıştır. Veriler ikinci aşamada periyodik sağlık kontrollerine gidip gitme ile üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren ve geçirmeyen çocuk sayısı ve alt problemlerde belirtilen diğer etkenlere göre üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına göre sınıflandırılmıştır.

Sınıflandırılmış bu veriler yığınlar arasındaki farkın önemli olup olmadığını araştırmak için Khi Kare analizi yöntemi ile test edilmiştir. Elde edilen sayısal verilerin ortak olasılık ve marjinal olasılıkları hesaplanarak değişkenlerin % değerleri elde edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Verilerin Analizi ve Denencelerin Test Edilmesi

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarına Yakalanma Durumuna Göre Ana Çocuk Sağlığına Giden ve Gitmeyen Çocuklar Arasındaki Farklara İlişkin Khi Kare Analizi Sonuçları Tablo I de verilmiştir.

TABLO I: Ü.S.Y.Enfeksiyonlarına Yakalanma Durumuna Göre Ana Çocuk Sağlığına Giden ve Gitmeyen Çocuklar Arasındaki Farklar

U.S.Y. ENFEKSİYON DURUMU	A.Ç.S.na Giden ÇOCUKLAR		A.Ç.S.na Gitmeyen ÇOCUKLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
USY Enf. geçiren çocuklar	112	37	133	44	245	81
USY Enf. geçirmeyen çocuklar	38	13	17	6	55	19
GENEL TOPLAM	150	50	150	50	300	100

$$\chi^2: 9,8$$

$$p < 0,01$$

H₀: Gruplar arasında farklılık yoktur.

H₁: Gruplar arasında farklılık vardır.

$$\chi^2: 6,63$$

$$0,99, 1$$

Gruplar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur. A.Ç.S. na gitmekle gitmemek, hastalığa yakalanan çocuk sayısını etkilemektedir. Toplam 300 çocuktan, Ü.S.Y. Enfeksiyonu geçiren A.Ç.S. na giden çocukların oranı % 37, A.Ç.S. na gitmeyenlerin oranı ise % 44 tür.

Annenin eğitim durumuna göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi Kare analizi sonuçları Tablo 2' de verilmiştir.

TABLO 2: Annenin Eğitim Durumuna Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

ANNENİN EĞİTİM DURUMU	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI								
	A.Ç.S.na giden çocuklar			A.Ç.S. na gitmeyen çocuklar			TOPLAM		
	Sayı	f	%	Sayı	f	%	Sayı	f	%
Okur yazar olmayanlar	45	21	6	272	79	35	317	100	41
İlkokul mezunu olanlar	228	129	29	237	71	30	465	200	59
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	65	782	300	100

χ^2 : 100.65

$p < 0.01$

H_0 : Gruplar arasında farklılık yoktur.

H_1 : Gruplar arasında farklılık vardır.

χ^2 : 6,63

0.99, 1

Gruplar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 vakanın A.Ç.S.na giden ve anneleri okur yazar olmayan çocuklarda görülme olasılığı % 6, A.Ç.S. na gitmeyen ve okur yazar olmayan annelerin çocuklarında ise % 35 tir.

Baba mesleğine göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi Kare analizi sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

TABLO 3: Baba Mesleğine Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

BABA MESLEĞİ	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI								
	A.Ç.Sna giden çocuklar			A.Ç.Sna gitmeyen çocuklar			TOPLAM		
	Sayı	f	%	Sayı	f	%	Sayı	f	%
MEMUR	72	54	9	63	31	8	135	85	17
HİZMET İŞLERİNDE ÇALIŞANLAR	133	62	17	423	111	54	556	173	71
SERBEST MESLEK SAHİPLERİ	68	34	9	23	8	3	91	42	12
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	55	782	300	100

χ^2 : 113,20 $p < 0.01$
 H_0 : Gruplar arasında farklılık yoktur.
 H_1 : Gruplar arasında farklılık vardır.
 χ^2 : 9,21
 0.01, 2

Gruplar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 vakanın babaları hizmet işlerinde çalışan ve A.Ç.S. na giden çocuklarda görülme olasılığı % 17, A.Ç.S. na gitmeyen çocuklarda ise % 54 tür.

Evdeki birey sayısına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

TABLO 4: Evdeki Birey Sayısına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

EVDEKİ BİREY SAYISI	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI						TOPLAM		
	A.Ç.S.na giden çocuklar			A.Ç.S.na gitmeyen çocuklar			Sayı	f	%
	Sayı	f	%	Sayı	f	%	Sayı	f	%
2-4	173	94	22	194	55	25	367	149	47
5-7	62	42	8	207	74	26	269	116	34
8-10	22	10	3	58	18	7	80	28	10
11-13	16	4	2	50	3	6	66	7	8
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	65	782	300	100

$$x^2: 45,85$$

$$p < 0,01$$

H₀: Gruplar arasında farklılık yoktur.
H₁: Gruplar arasında farklılık vardır.

$$x^2: 11,84$$

$$0,99, 3$$

Gruplar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 vakanın evdeki birey sayısı 5-7 olan ve A.Ç.S. na giden çocuklarda görülme olasılığı % 8, A.Ç.S. na gitmeyenlerde ise % 26 dır.

Doğum sırasına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 5' te verilmiştir.

TABLO 5: Doğum Sırasına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

DÖĞÜM SIRASI	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI								
	A.Ç.S.na giden çocuklar			A.Ç.S.na gitmeyen çocuklar			TOPLAM		
	Sayı	f	%	Sayı	f	%	Sayı	f	%
BİRİNCİ ÇOCUK	125	74	16	95	30	12	220	104	28
İKİNCİ ÇOCUK	83	41	11	127	37	16	210	78	27
ÜÇÜNCÜ ÇOCUK	45	22	7	105	33	13	150	55	20
DÖRDÜNCÜ VE DAHA SONRAKİ ÇOCUKLAR	20	13	1	182	50	24	202	63	25
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	65	782	300	100

χ^2 : 105,58

$p < 0.01$

H_0 : Gruplar arasında farklılık yoktur.

H_1 : Gruplar arasında farklılık vardır.

χ^2 : 11,34

0,99, 3

Gruplar arasındaki fark 0.01 eşliğinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 vakanın dördüncü ve daha sonraki çocuklarda görülme olasılığı A.Ç.S. na giden çocuklarda % 1, A.Ç.S. na gitmeyen çocuklarda ise % 24 tür.

Fiziksel çevre koşullarına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Chi-kare analizi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

TABLO 6: Fiziksel Çevre Koşullarına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

Fiziksel Çevre Koşulları	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI								
	A.Ç.S.na giden Çocuklar			A.Ç.S.na gitmeyen Çocuklar			TOPLAM		
	Sayı	f	%	Sayı	f	%	Sayı	f	%
Suyu,WCsi çocuğun ayrı odası olmayan güneş görmeyen evler	34	17	4	380	93	38	334	110	42
Sadece suyu WCsi olan güneş gören evler	13	94	2	201	57	26	214	151	28
Suyu,WCsi çocuğun ayrı odası olan güneş gören evler	226	39	29	8	--	1	234	39	30
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	65	782	300	100

χ^2 : 559,83 $p < 0.01$
 H_0 : Gruplar arasında farklılık yoktur.
 H_1 : Gruplar arasında farklılık vardır.

χ^2 : 9,21
 $0,99, 2$

Gruplar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 vakadan A.Ç.S. na giden suyu, tuvaleti, çocuğun ayrı odası olmayan, güneş görmeyen evlerde yaşayan çocuklarda görülme olasılığı % 4, A.Ç.S. na gitmeyenlerde ise % 38 dir.

Bebeklik dönemindeki beslenme şekline göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 7'de ve verilmiştir.

TABLO 7: Bebeklik Dönemindeki Beslenme Şekline Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

BEBEKLIK DÖNEMİNDEKİ BESLENME SEKLI	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI								
	A.Ç.S.na giden Çocuklar			A.Ç.S.na gitmeyen Çocuklar			TOPLAM		
	Sayı	f	%	Sayı	f	%	Sayı	f	%
DOĞAL BESLENME	105	57	13	286	84	37	391	141	50
YAPAY BESLENME	33	20	5	66	17	8	99	37	13
KARIŞIK BESLENME	135	73	17	157	49	20	292	122	37
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	65	782	300	100

$$\chi^2: 27,72$$

$$p < 0,01$$

H₀: Gruplar arasında farklılık yoktur.

H₁: Gruplar arasında farklılık vardır.

$$\chi^2: 9,21$$

$$0,99, 2$$

Gruplar arasındaki fark 0,01 düzeyinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 vakanın, A.Ç.S.na giden ve doğal beslenme ile beslenen çocuklarda görülme olasılığı % 13, A.Ç.S.na gitmeyen ve doğal beslenme ile beslenen çocuklarda görülme olasılığı ise % 37 dir.

Bebeklik dönemindeki ek gıdalara başlama zamanına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 8' de verilmiştir.

TABLO 8: Bebeklik Dönemindeki Ek Gıdalara Başlama zamanına Göre Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

EK GIDALARA BAŞLAMA ZAMANI (Ay olarak)	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI						TOPLAM		
	A.Ç.S'na giden Çocuklar			A.Ç.S'na gitmeyen Çocuklar			Sayı	f	%
1-3	58	90	7	34	33	5	92	123	12
4-6	145	56	19	121	57	15	266	113	34
7-9	57	1	8	129	28	16	186	29	24
10-12	13	3	1	225	32	29	238	35	30
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	65	782	300	100

χ^2 : 169,31 $p < 0.01$
 H_0 : Gruplar arasında farklılık yoktur.
 H_1 : Gruplar arasında farklılık vardır.
 χ^2 : 11,34
 $0.99, 3$

Gruplar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 vakanın A.Ç.S'na giden ve 10-12 aylar arasında ek gıdalara başlayan çocuklarda görülme olasılığı % 1, A.Ç.S. na gitmeyen ve 10-12 aylar arasında ek gıdalara başlayan çocuklarda görülme olasılığı ise % 29 dur.

Çocuklukta geçirilen bir bulaşıcı hastalıktan sonra çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 9 da verilmiştir.

TABLO 9: Çocuklukta Geçirilen Bir Bulaşıcı Hastalıktan sonra Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

ÇOCUKLUKTA GEÇİRİLEN BULAŞICI HASTALIKLAR	ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI								
	A.Ç.S.na giden Çocuklar			A.Ç.S.na gitmeyen Çocuklar			TOPLAM		
	Sayı	f	%	Sayı	f	%	Sayı	f	%
Bulaşıcı hastalık geçiren çocuklar	123	49	16	396	107	51	519	156	67
Bulaşıcı hastalık Geçirmeyen çocuklar	150	101	19	113	43	14	263	144	33
GENEL TOPLAM	273	150	35	509	150	65	782	300	100

$$\chi^2: 78,6$$

$$p < 0,01$$

H₀: Gruplar arasında farklılık yoktur.

H₁: Gruplar arasında farklılık vardır.

$$\chi^2: 6,63$$

$$0,99, 1$$

Gruplar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur. Toplam 782 üst solunum yolu enfeksiyonu vakasının % 67 si bulaşıcı hastalık geçiren çocuklarda görülmüştür. Bu oranın A.Ç.S. na giden çocuklarda görülme olasılığı % 16, A.Ç.S. na gitmeyen çocuklarda ise % 51 dir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Ankara'da Altındağ gece kondu bölgesinde Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine gidip gitmeyen 0-6 yaş çocuklarında üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına etki eden etkenler arasındaki ilişkiler Khi kare testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen değerler karşılaştırılarak Altındağ gecekondu bölgesindeki 0-6 yaş çocuklarının ana ve çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine gidip gitmemesi ile üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında küçük bir örneklem üzerinde de olsa birtakım sonuçlara ulaşılmıştır. Bulgular bölümünde sonuçlar tablolar halinde verilmiştir. Bu bölüm bulgulardaki veri sırası izlenerek yapılan tartışmayı içermektedir.

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına etki eden etkenlerden annenin eğitim durumu, baba mesleği, evdeki birey sayısı, çocuğun doğum sırası, fiziksel çevre koşulları, bebeklik dönemindeki beslenme şekli ve ek gıdalara başlama zamanı, çocuklukta bir bulaşıcı hastalık geçirip geçirmeme durumu incelenmiştir.

Tablo I' de görüldüğü gibi, çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığında ana çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine gidip gitmeme durumunun önemi araştırılmış ve yapılan Khi kare analizi sonuçlarına göre bir farklılık bulunmuştur . Ana çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine gitmekle gitmemek üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanan çocuk sayısını etkilemiştir. Ana çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine gitmeyen çocuklar üst solunum yolu enfeksiyonlarından daha fazla etkilenmişlerdir.

Annenin eğitim durumuna göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 2'de verilmiştir. Annenin eğitim durumuna göre üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Annenin eğitim durumunun çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığında etkili olduğu görülmüştür. Üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma olasılığının, anneleri okur yazar olmayan ve ana çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine gitmeyenlerde, ana çocuk sağlığına periyodik kontrollere giden çocuklardan daha fazla olduğu görülmektedir. Annenin eğitim durumu ile çocuğun ana çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma olasılığı arasında doğru orantılı bir ilişkinin var olduğu düşünülebilir. Araştırmanın yapıldığı bölgede çocuklarını ana ve çocuk sağlığına götürmeyen annelerin genellikle okur yazar olmadıkları görülmüştür. Ana ve çocuk sağlığına gitmeyen ve anneleri ilkokul mezunu olan çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme olasılığı okur yazar olmayan annelerin çocuklarından daha az orandadır. Bu durum örneklemdeki denek sayısının az olması ve ilkokul mezunu annelerin çocuk sağlığı, çevre sağlığı konularında kendilerini yetiştirme olanaklarının daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

Tablo 3'te baba mesleğine göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları verilmiştir. Burada görüldüğü gibi, çocuklarda baba mesleğine göre üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Baba mesleği, çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığında etkili olmaktadır.

Baba mesleklerine göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme olasılıkları incelendiğinde her iki grupta hizmet işlerinde çalışanların çocuklarının, memur ve serbest meslek sahibi olanlara oranla üst solunum yolu enfeksiyonlarından daha fazla etkilendikleri görülmüştür. Babaları hizmet işlerinde çalışan ana ve çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine giden çocukların üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma olasılığı ana ve çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine gitmeyen çocuklardan daha azdır.

Hizmet işlerinde çalışan babaların çalıştıkları yerler; otel, kahvehane, oyun salonları, lokanta, gazino, pastahane, sinema, tiyatro gibi halkın toplu halde bulunduğu yerler olduğundan bu iş yerlerinde çalışan babaların üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma olasılıkları diğer meslek gruplarından daha fazla olacağından çocuklarının üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma olasılıkları daha fazla olacaktır.

Evdeki birey sayısına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 4 'te verilmiştir. Evdeki birey sayısına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Evdeki birey sayısı, çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığını etkilemektedir. Evdeki birey sayısı 5-7 olan ve ana çocuk sağlığına gitmeyen çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma olasılığının ana çocuk sağlığına giden çocuklardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı bölgede ana ve çocuk sağlığına gitmeyen çocukların ailelerinde geniş aile tipine daha fazla rastlanmıştır. Evdeki birey sayısının fazla oluşu ve oda sayısının yetersizliği bu çocukların üst solunum yolu enfeksiyonlarına daha sık yakalanmalarına neden olabilir.

Tablo 5'te doğum sırasına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları verilmiştir. Çocuğun doğum sırası ile üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Doğum sırası, çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığında etkili olmaktadır. Burada görüldüğü gibi ana çocuk sağlığına giden çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme olasılığı birinci çocuktan dördüncü çocuğa doğru gittikçe azalmakta, ana çocuk sağlığına gitmeyen çocuklarda ise birinci çocuktan dördüncü çocuğa doğru artmaktadır.

Çocuklarını ana çocuk sağlığına periyodik kontrollere götüren anneler; çocuk bakımı, beslenmesi, hastalıklardan korunma yöntemleri konusunda eğitildiklerinden ikinci ve daha sonraki çocuklarda çocuğun sağlığına daha fazla özen göstereceği, çocuğunu periyodik kontrollere götürmeyen anneler ise bu konularda eğitilmediklerinden çocuk sayısının artması ile ikinci ve daha sonraki çocukların sağlık, bakım ve beslenmelerine gereken önemi vermemelerinin bir sonucu olabilir.

Fiziksel çevre koşullarına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir. Fiziksel çevre koşullarına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Fiziksel çevre koşullarının çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığında etkili olduğu görülmüştür. Suyu, tuvaleti, çocuğun ayrı odası olmayan ve güneş görmeyen evlerde yaşayan çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme olasılığının ana çocuk sağlığına gitmeyenlerde daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 7' de bebeklik dönemindeki beslenme şekline göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçlarına göre farklılık bulunmuştur. Bebeklik dönemindeki beslenme şeklinin çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığında etkili olduğu görülmüştür. Doğal beslenme ile beslenen ve ana çocuk sağlığına gitmeyen çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme olasılığının ana çocuk sağlığına gidenlerden daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 8' de bebeklik dönemindeki ek gıdalara başlama zamanına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçlarına göre farklılık bulunmuştur. Bebeklik dönemindeki ek gıdalara başlama zamanı çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığında etkili olmaktadır. Ana çocuk sağlığına gitmeyen ve ek gıdalara 10-12 aylar arasında başlayan çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma olasılığı diğer bütün aylardan daha fazladır.

Çocuklukta geçirilen bir bulaşıcı hastalıktan sonra çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığına ilişkin Khi kare analizi sonuçları tablo 9' da verilmiştir. Çocuklukta geçirilen bir bulaşıcı hastalıktan sonra çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki farklılık önemli bulunmuştur. Ana çocuk sağlığına gitmeyen ve çocuklukta bir bulaşıcı hastalık geçiren çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma olasılığı ana çocuk sağlığına giden çocuklara göre daha fazladır.

SONUÇ

Günümüzde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin önemi anlaşılmiş ve doğumdan ilkökul dönemine kadar çocukların periyodik sağlık kontrollerinin yapılması sonucu daha sağlıklı bireylerin topluma kazandırılmakı amaç edinilmiştir. Bunun içindir ki Ana ve Çocuk Sağlığı Kuruluşlarının bu koruyucu işlevinden yararlanan ailelerin 0-6 yaş dönemindeki çocuklarıyla, bu olanaklardan yararlanamayan ailelerin çocuklarında üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı araştırılması sonucunda bu hastalıkların ana ve çocuk sağlığı hizmetleriyle olan ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla böyle bir çalışmaya gereksinme duyulmuştur.

Dolayısıyla araştırma problemi " Ana ve Çocuk Sağlığına periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen 0-6 yaş çocuklarında üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasında bir ilişki var mıdır?" şeklinde düzenlenmiştir.

Ana ve çocuk sağlığına giden ve gitmeyen çocukların üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma sıklığına annenin eğitim durumu, baba mesleği, evdeki birey sayısı, çocuğun doğum sırası, fiziksel çevre koşulları, bebeklik dönemindeki beslenme şekli ve ek gıdalara başlama zamanı, çocuklukta bir bulaşıcı hastalık geçirip geçirmeme durumu etkili olduğu düşünülerek denenceler oluşturulmuştur.

Araştırmada bu denencelerin doğru olup olmadığı Khi kare analizi yöntemi ile test edilmiştir. Elde edilen sayısal verilerin ortak olasılık ve marjinal olasılıkları hesaplanarak değişkenlerin % değerleri elde edilmiştir.

1. Üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma durumuna göre ana çocuk sağlığına giden ve gitmeyen çocuklar arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

2. Annenin eğitim durumuna göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

3. Baba mesleğine göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

4. Evdeki birey sayısına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

5. Doğum sırasına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

6. Fiziksel çevre koşullarına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

7. Bebeklik dönemindeki beslenme şekline göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

8. Bebeklik dönemindeki ek gıdalara başlama zamanına göre çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

9. Çocuklukta geçirilen bir bulaşıcı hastalıktan sonra çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

ÖNERİLER

Yurdumuzda ana çocuk sağlığı hizmetleriyle ilgili çalışmalar az sayıda ve sınırlı olduğundan ölçme ve değerlendirilmede gerekli yöntem, teknik ve materyale ait beraberliğin sağlanması gerekmektedir. Araştırmalar Türkiye'nin çeşitli bölge, sosyo-ekonomik ve kültürel gruplarını içine alacak kapsamda olmalıdır. Bunun için kentsel ve kırsal kesimde çalışmalar yapılarak, kırsal ve kentsel kesimlerin karşılaştırılması ve her iki kesimde ana ve çocuk sağlığına etki eden etkenlerin tek tek incelenmesi ile bir genelleme yapılmalıdır.

İlerde bu çalışmaya benzer bir araştırma yapılacak olursa ana çocuk sağlığına periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı araştırılırken sosyo-ekonomik düzeye etki eden etkenlerin sabit tutulmasına dikkat edilmeli ve test uygulanmadan önce bir ön test uygulanarak denekler seçilmelidir.

Araştırmanın yapıldığı Altındağ, gecekondu bölgesinde ana çocuk sağlığı hizmetlerinden hiç yararlanamayan mahallelerin olduğu görülmüştür. Ana Çocuk Sağlığı Merkezinde de gerek kalite ve gerekse kantite açısından mevcut gereksinimlere cevap veremediği görülmüştür. Personel, kişi başına düşen aile sayısı açısından yeterli değildir. Gerek kuruluşlarda ve gerekse ev ziyaretlerinde ailelere gösterilen tutum ve davranışlarının incelenmesi, ele alınması gereken önemli bir yaklaşımdır.

Altındağ gecekondü bölgesinde yaşayan anneler yeniliklere açık olmadıklarından ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin benimsenmesi, önce o hizmetin zararlı olmadığına ve kendi toplumsal değerlerine zıt olmadığına inanmaları gerekir bu nedenle ana çocuk sağlığı merkezlerinde çalışan ziyaretçi personelin ailelere tutum ve davranışları yönünden eğitilmeleri gerekmektedir.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde başarı sağlama ancak eğitilen kişinin buna istekli olmasına bağlıdır. Eğer anne bir takım kaygılar içinde ise, acele ediyorsa anlatılanları dinlemeyeceği bir gerçektir. Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezlerinde verilen eğitimlerde de bu durum bir sorun olarak ele alınabilir. Annenin eğitim durumu ile ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini benimsemesi, bu araştırmada çocuğunu periyodik sağlık kontrollerine götüren annelerin genellikle okur yazar ve ilkökul mezunu olmalarının bir sonucudur. Ayrıca ana çocuk sağlığı konusunda yapılacak eğitim için gerekli olan araç ve gereçlerin kısıtlı olması da bir eğitim sorunu olarak ele alınabilir.

ÖZET

Ankara'da Altındağ gecekondu bölgesindeki Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezine periyodik sağlık kontrollerine giden ve gitmeyen 0-6 yaş çocuklarından toplam 300 çocuk örneklem olarak alınmıştır. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmış gerekli durumlarda çocuk takip ve muayene fişlerinden yararlanılmıştır. Veriler 1.Mart-30.Nisan tarihleri arasında elde edilmiştir.

Araştırmada çocukların üst solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma sıklığına etki eden etkenlerden annenin eğitim durumu, baba mesleği, evdeki birey sayısı, çocuğun doğum sırası, fiziksel çevre koşulları, bebeklik dönemindeki beslenme şekli, ilk gıdalara başlama zamanı, çocuklukta bulaşıcı bir hastalık geçirip geçirmeme durumuna göre üst solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı arasındaki fark 0.01 düzeyinde önemli bulunmuştur.

K A Y N A K L A R

- 1) Öneri, Galip M. "Ana ve Çocuk Sağlığı" Ana ve Çocuk Semineri, Yenilik Basımevi, Sf, 3-12. İst:1963.
- 2) Bilir, Şule. Ana ve Çocuk Sağlığı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 1965.
- 3) Velicangi, Sıtkı. Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı. İstanbul Üniversitesi Yayınları, 1962.
- 4) Meriç, Kurten. "Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları", Cento Seminar on Ambulatory and Community Paediatrics, İzmir:1976.
- 5) Vaughan, C Victor and James MC Kay. Nelson Çocuk Hastalıkları. Ankara: Güven Kitabevi Yayınları, 1978.
- 6) Jensen, Gordon D. The Well Child's Problems Management In the First Six Years. Chicago:By Year Book Medical Publishers,1962.
- 7) Hilleboe and Larimore. Preventive Medicine. Philedelphia and London: W.B.Saunders Com.,Inc.,1965.
- 8) Laevell and Clarck. Textbook of Preventive Medicine. Newyork-Toronto, London:Mc Graw-Hill Book Com., 1953.
- 9) Hop Son, W. Halk Sağlığı Bilimi ve Uygulaması. Ankara: Gürsoy Basımevi, 1970.
- 10) Baykan, Nevres ve Celal Sungur. "Toplum Hekimliği", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, sayı: 339.
- II) Öneri, Galip M. "Türkiye'de Ana Çocuk Sağlığı Organizasyonu ve Çalışma Esasları", IV. Ana Çocuk Sağlığı Semineri, Yenilik Basımevi, sf,10.İstanbul:1967.

- I2) "Halk Sağlığı Hizmetlerinde 50. Yıl", Sağlık ve Sosyal Yardım Yardım Bakanlığı Yayınları, sayı:422. Ankara: 1973, sf,181.
- I3) Niyazi, Erzin. "Ana Sağlık Davalarımız Hangi Yolda?", Ana Sağlığı, Ankara:1964.
- I4) Öneri, Galip M. "Türkiye'de Ana Çocuk Sağlığı Teşkilatı ve Çalışmaları", IV. Türk Pediatri Kurumu Semineri, Yenilik Basımevi, sf,2. İstanbul:1966.
- I5) Öncel, Burhan. "Ana Çocuk Sağlığında Ev ziyaretleri ve Kontrolleri", III. Ana Çocuk Sağlığa Semineri, sf,30. İstanbul: 1966.
- I6) Bulut, Işıl. "Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri ve Aile Planlaması", (Basılmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), H.Ü.,1979.
- I7) Tunçer, Ahmet ve Münevver Bertan. Sosyal Pediatri Aile Kliniği Ders Notları, H.Ü.,1975-1976.
- I8) Tanyeli,Danis. "Ana Çocuk Sağlığında Eğitim", III. Ana Çocuk Sağlığında Semineri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, sf, 30.İstanbul:1966.
- I9) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışma Raporu. Ankara: 1979.
- 20) Payzın, S ve Ali Tekeşin. Türkiye'nin Nüfus, Sağlık ve Sağlık Personeli Problemleri. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1964.
- 21) Seçen, Fahrunnisa. Halk Sağlığı Niçin Nasıl?. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1968.
- 22) Tunçer, Ahmet. Enfeksiyon Hastalıkları Ders Notları, H.Ü., 1976-1979.
- 23) Ulus, Sami. Süt Çocuk Hastalıkları.Ankara: Ulus Basımevi,1948.

- 24) Forbes, Colin. "Paediatric Problems", Medicine Digest.
sf,5. Nairobi: 1974.
- 25) Todd, Mel R. Child Health and Paediatrics. London:William
Reinemann Medical Books, 1958.
- 26) Neyzi, Orhan. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara:
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1970
- 27) Williams, Black Well. Respiratory Illness in Children.
Oxford: Scientific Publications, Inc:1975.
- 28) Badger, Dingle. Illness in the Home. Cleveland: The
Press of Western Reserve University, 1964.
- 29) Allyn and Bacon. Foundations of Health Science. Boston:
Copyright, Inc., 1971.
- 30) Türet, Sevgi. "Üst Solunum Yolu Bakteriyal Florasının
Sosyo Ekonomik Durumla İlgisi", (Basılmamış Bilim
Uzmanlığı Tezi), H.Ü., 1967.
- 31) Yumuturuğ, Sevim. Toplum Hastalıklarında Epidemiyolojik
Genel Prensipler. Ankara: Ankara Üniversitesi Ba-
sımevi, 1976.
- 32) Unat, Ekrem K. " Kış ve Bulağıcı Hastalıklar", Dirim
Aylık Tıp Dergisi, 7:8 (Temmuz/Ağustos, 1980),
sf, 249-250.
- 33) Wallace, H.M.M.D., MPH., Gold, E.M.M.D., Lis, E.F., M.D.
Maternal and Child Health Practices. Illinois:
Charle C. Thomas. Publisher, 1973.
- 34) King, Maurice. " Medical Care in Developing Countries",
A Symposium From Makerere, Oxford: 1966.

- 35) Larsen, J. "The Cost of Upper Respiratory Tract Infections in Canadian Children; The Journal of Otolaryngology, 5f6 (December, 1976), sf, 505-512.
- 36) Vis, Henri L. "The Health of Mother Child in Rural Central Africa, "Study Family Planning, 6:12 (December, 1975), sf, 437-441.

EK

ALTIINDAĞ GECEKONDU BÖLGESİNDE
ANA ÇOCUK SAĞLIĞI MERKEZİNE PERİYODİK
SAĞLIK KONTROLLERİNE GİDEN VE GİTMİYEN 0-6 YAŞ
ÇOCUKLARININ EYLÜL 1979- NİSAN 1980 AYLARINDA GEÇİRDİĞİ
ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

ANKET SORULARI

- 1) Çocuğunuzun doğum yeri.....İl İlçe Köy
Merkezi Merkezi Bucak
I 2 3
I-I I-I I-I
- 2) Çocuğunuzun yaşı.....I-I-I ay
- 3) Çocuğunuzun cinsiyeti.....Erkek Kız
I 2
I-I I-I
- 4) Ailenizin kaçınıcı çocuğı.....I-I-I
- 5) Çocuğunuzun kardeş sayısı.....I-I-I
- 6) Annenin mesleğı nedir?.....
- 7) Annenin eğitim durumu nedir?....
- 8) Babanın mesleğı nedir?.....
- 9) Babanın eğitim durumu nedir?....
- 10) Aile tipiniz nedir?.....Geniş Çekirdek
Aile Aile
I 2
I-I I-I
- II) Evinizin hane halkı kolaylıklarını belirleyiniz.
- Evinizde suyunuz var mı?.....Evet Hayır
I 2
I-I I-I
- Tuvaletiniz evin içinde mi?....I-I I-I
- Eviniz güneş görüyor mu?.....I-I I-I
- Çocuğunuzun ayrı odası var mı?.I-I I-I

- I2) Evinizdeki birey sayısını belirleyiniz.....I I I
- I3) Çocuğunuzun doğumdan sonra Ana Çocuk Sağlığı Merkezine götürüldü mü?.....Evet Hayır
I 2
I I I I
- I4) I3. soru evet yanıtli ise muayene süreleriniz aşağıdaki-
lerden hangisine uygundur?
Onbeş günde bir..... I I I
Ayda bir..... I I 2
Üç ayda bir..... I I 3
Alti ayda bir..... I I 4
Yılda bir..... I I 5
Bir defa..... I I 6
Hastalanınca..... I I 7
- I5) Çocuğunuzun beslenme şekli nasıldır?
Doğal beslenme..... I I I
Yapay beslenme..... I I 2
Karişik beslenme..... I I 3
- I6) Çocuğunuz anne sütü ile beslendi mi?. Evet Hayır
I 2
I I I I
- I7) I6. soru evet yanıtli ise anne sütünden ne zaman kesildi?
I I I ay
- I8) Çocuğunuza ek gıdalar vermeye kaçinci ayda başladınız?
I I I ay

- 19) Çocuğunuzun Eylül 1979- Nisan 1980 ayları arasında geçirdiği üst solunum yolu enfeksiyonlarını tablo üzerinde belirleyiniz.

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

Eylül Ekim Kasım Aralık Ocak Şubat Mart Nisan
 I 2 3 4 5 6 7 8

- 20) Çocuğunuzun geçirdiği hastalıkları belirleyiniz.

Boğmaca.....I I I
 Kızamık.....I I 2
 Kabakulak.....I I 3
 Kızamıkçık.....I I 4
 Suçiçeği.....I I 5
 Difteri.....I I 6
 Bronşit.....I I 7
 Pnömoni.....I I 8
 Akut eklem romatizması.....I I 9
 Nefrit.....I I 10
 Diğer.....I I 11