

278980

T.C.

AGETTEPE ÜNİVERSİTESİ
ĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**TÜRKİYE 'DE BEBEK VE ÇOCUK
ÖLÜMLERİ İLE AİLELERİN BESLENME DURUMU,
SOSYO - EKONOMİK VE KÜLTÜREL DÜZEYİ VE NÜFUS
YAPISI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİ**

**BESLENME VE GIDA BİLİMLERİ PROGRAMI
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ**

FATMA AKDAĞ (AKMAN)

ANKARA, 1977

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa No</u>
GİRİŞ	1-3
I- BEBEK ve ÇOCUK TERİMLERİNİN TANIMLANMASI, BEBEK ve ÇOCUK ÖLÜM HIZLARI NEDENLERİ VE BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİLERİ	3-28
I.1. Bebek ve Çocuk Terimlerinin Tanımlanması	3
I.2. Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları	4
I.3. Bebek ve Çocuk Ölümlerinde Nedenler	7
I.4. Bebek ve Çocuk Ölümleri ile Beslenme Durumu Arasındaki İlişkiler	18
II- TEZİN AMACI	28
III- ARAŞTIRMA YÖNTEMİ VE ARAÇLAR	29-31
III.1. Araştırmanın Planlanması ve Uygulanması	29
III.2. Örnek Seçimi	29
III.3. Bilgi Toplama Yöntemi ve Toplanan Bilgiler	30
III.4. Bilgi Toplama Süresi	31
III.5. Toplanan Bilgilerin Değerlendirilmesi	31
IV- BULGULAR	32-55
IV.1. İncelenen Kadınların Gebelik Durumları	32
IV.2. İncelenen Kadınların Düşük Yapma Durumları	32
IV.3. İncelenen Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	32
IV.4. Beş Yaş Altı Çocuk Sayısının Dağılımı	43
IV.5. İncelenen Kadınların Ölen Çocuk Sayılarının Dağılımı	44
IV.5. İncelenen Kadınların Ölen Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	44

IV.7. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Öğrenim Durumları	: 44
IV.8. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Yaş Dağılımı	: 50
IV.9. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	: 50
IV.10. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Kalori Tüketim Düzeyleri	: 51
IV.11. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Total Protein Tüketim Düzeyleri	: 52
IV.12. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Hayvansal Protein Tüketim Düzeyleri	: 53
IV.13. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Gelir Dağılımları	: 53
IV.14. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Tüm Nüfus Sayısına Göre Dağılımı	: 55
V- TARTIŞMA	: 56-61
VI- SONUÇ ve ÖNERİLER	: 62-65
VII- ÖZET	: 66
VIII- KAYNAKLAR	: 67-71
IX- EKLER	: 72

TABLULARIN LİSTESİ

	<u>Sayfa No.</u>
Tablo: 1 Türkiye'de Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları	6
Tablo: 2 Türkiye'de ve Bazı Ülkelerde Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları	7
Tablo: 3 1899-1962 Yıllarında Norveçte Canlı Doğan Her 10.000 Çocukta Ölüm Oranı	16
Tablo: 4 Hollanda'da 1921-1963 Yıllarında Çocuk Ölüm Nedenlerinin Dağılım Yüzdesi	17
Tablo: 5 Gebe ve Emzikli Kadınlar için Önerilen Günlük Kalori ve Besin Öğeleri Miktarları	20
Tablo: 6 İncelenen Kadınların (15 yaş ve Üzeri) Bölgelere ve Gebelik Durumlarına Göre Dağılımı	33
Tablo: 7 İncelenen Kadınların (15 yaş ve Üzeri) Yerleşme Yerlerine ve Gebelik Durumlarına Göre Dağılımı	34
Tablo: 8 Gebeleşti Olan Kadınların Bölgelere ve Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	35
Tablo: 9 Gebeliği Olan Kadınların Yerleşme Yerlerine ve Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	36
Tablo: 10 İncelenen Kadınların (15 Yaş ve Üzeri) Bölgelere ve Düşük Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	37
Tablo: 11 İncelenen Kadınların (15 Yaş ve Üzeri) Yerleşme Yerlerine ve Düşük Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo: 12 Düşüğü Olan Kadınların Bölgelere ve Düşük Sayılarına Göre Dağılımı	39
Tablo: 13 Düşüğü Olan Kadınların Yerleşme Yerlerine ve Düşük Sayılarına Göre Dağılımı	40

Tablo: 14	İncelenen Kadınların (15 Yaş ve Üzeri) Bölgelere ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	41
Tablo: 15	İncelenen Kadınların (15 Yaş ve Üzeri) Yerleşme Yerlerine ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı ...	42
Tablo: 16	Beş Yaş Altı Çocuk Sayısının Bölgelere ve Cinslere Göre Dağılımı	43
Tablo: 17	Beş Yaş Altı Çocuk Sayısının Yerleşme Yerlerine ve Cinslere Göre Dağılımı	43
Tablo: 18	İncelenen Kadınların (15 Yaş ve Üzeri) Bölgelere ve Ölen Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	45
Tablo: 19	İncelenen Kadınların (15 Yaş ve Üzeri) Yerleşme Yerlerine ve Ölen Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı.....	46
Tablo: 20	Kadınların Bölgelere ve Ölen Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	47
Tablo: 21	Kadınların Yerleşme Yerlerine ve Ölen Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	48
Tablo: 22	Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Öğrenim Durumları	49
Tablo: 23	Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Yaş Dağılımları:	49
Tablo: 24	Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Çalışma Durumları	50
Tablo: 25	Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Kalori Tüketim Düzeyleri	51
Tablo: 26	Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Ailelerin Total Protein Tüketim Düzeyleri	52

Tablo: 27	Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Ailelerin Hayvansal Protein Tüketim Düzeyleri	: 54
Tablo: 28	Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Ailelerin Gelir Dağılım- ları	: 54
Tablo: 29	Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Ailelerin Tüm Nüfus Sayısına Göre Dağılımı	: 55

G İ R İ Ş

Toplumların ekonomik ve sosyal yönden gelişmesi, uygar ülkeler arasında yer alabilmesi ve saygınlık kazanabilmesinde en önemli etken o toplumun sahip olduğu yetenekli ve sağlıklı insan gücüdür. Toplumun yetenekli insan gücüne sahip olabilmesi için o toplumu oluşturan kişilerin sağlıklı olması gerekir. Bebek ve çocuklar yarının büyükleri olduğundan ve nüfusun önemli bir kısmını oluşturdıklarından onların sağlığı toplum açısından daha da büyük önem kazanır. Büyük Atatürk "İstikbal Çocuklarımızın iyi veya fena koşullar altında bulunmalarına bağlıdır." demekle konunun önemini belirtmiş bulunmaktadır.

Ülkemizde doğum hızı oldukça yüksektir. Yapılan bir çalışmaya göre her yıl 1000 kişiye karşılık 40 bebek doğmakta (doğum hızı binde 40) buna göre ülkemizde yılda tahminen 1,5 milyon bebek doğmaktadır (1). Doğum hızının bu kadar yüksek olmasına karşın bebek ölüm hızı da yüksektir. 1967 yılında yapılan bir araştırmaya göre, Türkiye'de doğan her 1000 bebekten 153 tanesi 1 yaşını doldurmadan ölmektedir (2).

Ancak yurdumuzun bazı bölgelerinde ve özellikle köylerde daha fazla sayıda bebek ölmektedir.

Örneğin 1971 yılında yapılan araştırmada Erzurum ilinde doğan her 1000 bebekten 125'inin, köylerde doğan her 1000 bebekten 202'sinin bir

yaşından önce öldüğü saptanmıştır (3).

Avrupa'nın bazı ülkelerinde, örneğin İsveç'te doğan her 1000 bebekten yalnızca 11 tanesi bir yaşından önce ölmektedir (4). Buna göre Türkiye'de bebekler arasındaki ölüm hızı İsveç'e göre 14 kez daha fazladır.

Ölüm insanlar için kaçınılmazdır ve her yaşta olabilir. Ancak beklenen ve doğal olan, ölenlerin çoğunun yaşlı kişiler olmasıdır. Bebek ve çocukların ölmesi istenilen bir şey değildir. Çocuk sağlığına gereken önemi vermiş ülkelerde ölenlerin çoğunun yaşlı olmasına karşılık Türkiye'de durum tamamen terstir. 1967 yılında yapılan bir araştırmaya göre Türkiye'de tüm ölenlerin % 54'ü 5 yaşından küçük olan çocuklardır (2). Bu oran bazı illerimizde daha da yüksektir. Örneğin 1971 yılında Erzurum'da yapılan bir araştırmada, tüm ölenlerin % 75'inin 5 yaşından küçük olduğu saptanmıştır (3). Diğer bir deyişle ölen her 4 kişiden 3 tanesinin 5 yaşından küçük gruplar arasında olduğu anlaşılmıştır. Bu rakamlara bakarak Türk çocuklarının sağlıklı olduğunu söylemek olanaksızdır.

Bebek ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğu toplumlarda nüfus artış hızının da yüksek olduğu görülmektedir (5). Buna karşılık bazı ülkelerde bebek ve çocuk ölümlerinin azalması sonucunda doğum hızlarının da azaldığı gözlenmektedir (5). Ayrıca bir toplumda bebek ölümlerindeki

azalma sağlık hizmetlerinin geliştiğini ve sağlık standartlarının yükseldiğini belirleyen bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Böyle bir gelişme hastalıklar için harcanan parada bir azalma yaptığı gibi toplumda iş gücünü, gıda üretimini ve diğer gelirleri de artırmaktadır (6).

Bebek ve çocuğu ölen ailelerin bireyleri huzursuz ve mutsuz olduğu gibi, anneler tekrar tekrar gebe kalıp sık doğum yaptıkları için güçlerini kaybetmekte, halsiz ve hasta duruma gelmekte, güzellik ve gençliklerini de yitirmektedirler. Çok ve sık doğum yapan kadınlar arasında kansızlık önemli bir sorun olmaktadır. Doğum sırasındaki anne ölümleri de genellikle artmaktadır. (5).

Özet olarak bu kadar önemli olan bebek ve çocuk ölümlerini azaltmak için gerekli önlemleri almak hem çocuk sağlığı hem de ülke sağlığını korumak yönünden çok önemlidir.

I. BEBEK VE ÇOCUK TERİMLERİNİN TANIMLANMASI, BEBEK VE ÇOCUK ÖLÜM HIZLARI NEDENLERİ VE BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİLERİ

I.1. Bebek ve Çocuk Terimlerinin Tanımlanması :

Bebek ve çocuk ölümlerini geniş olarak incelemeden önce bebek ve çocuğun tanımını yapmak yararlı olacaktır.

Bebek :

Bir yaşını doldurmamış tüm çocuklara bebek denir. Doğduğu andan 12. ayın sonuna (365 gün) kadar olan süredeki çocukları kapsar. Bebeklik dönemi ikiye ayrılır.

1. Yeni doğan dönemi (neonatal dönem).
2. Neonatal sonrası dönem (postneonatal dönem).

Yeni Doğan Dönemi (Neonatal Dönem): Doğumdan 28. günün sonuna (ilk 4 hafta) dek geçen süreye denir.

Neonatal Sonrası Dönem (Postneonatal Dönem): Yeni doğan dönemin bitiminden bebeklik döneminin sonuna dek geçen süreye denir. Diğer bir deyimle 5-52 haftalar arası dönemi kapsar.

Bu dönemden sonra çocukluk dönemleri başlar.

- Çocukluk dönemleri ;
- 1- Oyun çocukluğu dönemi
 - 2- Okul öncesi çocukluk dönemi
 - 3- Okul çağı çocukluk dönemi diye,

üçe ayrılır.

Oyun Çocukluğu Dönemi : Onikinci ayın bitiminden 4 yaşına kadar geçen dönemdir.

Okul Öncesi Çocukluk Dönemi : 4.yaşın bitiminden 6. yaşın bitimine kadarki çağa denir.

Okul Çağı Çocukluk Dönemi: 7. yaştan 14. yaşın sonuna kadarki dönemdir (7).

I. 2. Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları:

Bir ülkenin ya da bir toplumun sağlık düzeyinin saptanması, veri-

lecek sağlık hizmetlerinde yön ve önceliklerin belirlenmesinde, zaman sürecinde hizmetlerin başarı düzeyinin değerlendirilmesinde daima objektif veri ve ölçütlere gerek duyulur. Bir toplumun sağlık düzeyinin saptanmasında yararlanılan en önemli ölçütlerden birisi bebek ölüm hızıdır (8,9,10).

$$\text{Bebek ölüm Hızı} = \frac{\text{0-12 Ayında ölen bebek sayısı}}{\text{Canlı doğan bebek sayısı}} \times 1000$$

Bebek ölüm hızı genellikle 1000 de olarak ifade edilir (11,12).

Bebek ölüm hızı 3 grupta incelenir.

a) Erken Yeni Doğan (Erken Neonatal) Bebek Ölüm Hızı:

Bir bölgede bir takvim yılı içinde hayatın ilk 0-7 günü içinde ölen bebek sayısının aynı bölgede aynı yılda meydana gelen canlı doğum sayısına oranıdır.

b) Geç yeni Doğan (Geç Neonatal) Bebek Ölüm Hızı:

Bir bölgede bir takvim yılı içinde hayatın 8-28 günü içinde ölenlerin aynı bölgede aynı yılda meydana gelen canlı doğum sayısına oranıdır.

c) Post neonatal Bebek Ölüm Hızı:

Bir bölgede bir takvim yılı içinde hayatın 28-365 günleri içinde ölenlerin aynı bölgede aynı yılda meydana gelen canlı doğum sayısına oranıdır (11,12).

Toddler Ölüm Hızı: Bir bölgede 1 takvim yılı içinde hayatın 1-4 yaş içinde ölenlerin aynı bölgede aynı yılda meydana gelen canlı doğum sayısına oranı (13).

Türkiye'de ve Diğer Ülkelerde Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları.
Türkiye'deki Bebek ve Çocuk Ölüm hızları aşağıda Tablo 1'de gösterilmiştir (14).

Tablo: 1

Türkiye'de Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları.

Bölgeler Köyler ve Şehirler	ÖLÜM HIZLARI (1000 Canlı doğumda)	
	Bebek Ölümleri (0-12 ay)	Çocuk Ölümleri (1-4 yaş)
Genel Türkiye	154	40
Orta Anadolu		
- Şehirlerde	140	36
- Köylerde	204	71
Karadeniz Bölgesi		
- Şehirlerde	98	28
- Köylerde	162	35
Batı Anadolu ve Trakya		
- Şehirlerde	149	33
- Köylerde	141	44
Güney Anadolu		
- Şehirlerde	83	37
- Köylerde	172	57
Büyük Şehirler		
Ankara	101	18
İstanbul	109	9
İzmir	102	13

Türkiye'de ve bazı ülkelerdeki bebek ölüm hızları Tablo 2 de gösterilmiştir (15).

Tablo: 2

Türkiye'de ve Bazı Ülkelerde Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları.

Ülkeler	ÖLÜM HIZLARI (1000 canlı doğumda)	
	Bebek (0-12 Ay) 1972	Çocuk (1-4 yaş) 1968
İsveç	10.8	2.29
Hollanda	11.7	3.51
Fransa	13.2	3.46
İngiltere	17.2	3.27
Bulgaristan	26.2	4.38
Yugoslavya	14.4	10.4
Sri-Lanka (Seylan)	50.3	50.3
Mısır Arap Cumhuriyeti	114.0	119.4
Türkiye	153.0	44.5
Ankara-Etimesgut (1970)	94.5	5.9

I.3. Bebek ve Çocuk Ölümlerinde Nedenler:

Bu konuyu, Bebek ve Çocuk ölümlerinin nedenleri ve bu alanda yapılan araştırmalar olarak iki kısımda incelemekte yarar vardır.

I.3.1. Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Nedenleri.

Bebek ve çocuk ölümlerinin nedenlerini aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz.

I.3.1.1. Doğum öncesi Bakımın Yapılmaması.

Bebeğin sağlıklı olabilmesi için doğum öncesi bakımın önemi büyüktür (7). Doğacak bebeğin sağlıklı olabilmesi için aşağıdaki koşullara uyulması zorunludur.

a) Gebeliğin baştanberi kontrolü.

b) Normal bebek gelişimi için gebelikte gerekli şartların sağlanması.

c) Annenin sağlıklı beslenmesi.

d) Gelişime kötü yönde etki edebilecek zararlı alışkanlık ve etmenlerden kaçınılması (16).

Bu faktörlerin yerine getirilebilmeleri ancak doğum öncesi bakım-
la mümkündür. Bu gerçekleştirilemediğinde düşükler, ölü doğumlar, anne
ölümü veya sakat çocukların doğumları görülebilir (7).

I.3.1.2. Doğumların Bilgisiz Kişilerce Yaptırılması.:

Normal bir olay olmakla birlikte, doğum bilgisiz kişilerce yap-
tırıldığında üzücü sonuçlarla karşılaşılabilir. Yapılan bir araştırmada
Ülkemizde 39731 ebe-nine olduğu anlaşılmıştır. Türkiye'de 40 bin kadar
köy olduğu düşünülürse, her köyde ortalama olarak bir ebe-nine bulunduğu
söylenebilir. Ebe nineler hiç bir sağlık eğitimi görmemişlerdir. Doğum
yöntemlerini görerek öğrenmiş ve kendi inançları ve bilgileri ile doğum
yaptıran kişilerdir. Sterilizasyon, zor doğumların yaptırılması, yeni
doğanın bakımı, doğum sonu komplikasyonlarının düzeltilmesi gibi sık

rastlanan konularda en basit bilgilerden yoksun olan bu kişilerin sağlıklı bir doğum yaptırabilmeleri olanak dışıdır. Bu kişilerin yardımı ile doğan bebeklerde doğum zedelenmeleri, ölü doğumlar, anne ölümleri, göbek iltihapları ve yeni doğanın tetenozu gibi durumlarla sık karşılaşılır.

Türkiye'de ebe-nineler tarafından yaptırılan doğumların sayısı küçümsenmeyecek kadar yüksektir. Örneğin 1967 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan değerlendirmede tüm doğumların % 58'i bu kadınlar tarafından yaptırılmaktadır (7).

I.3.1.3. Doğum sonu bakımın yapılamaması.

Doğumdan sonra hem annenin, hem de yeni doğanın kontrolü gerekir. Bebek ölümlerinin büyük bir kısmı doğumdan sonraki ilk haftalarda olmaktadır. Bu dönem bebeğin dış dünyaya alışmağa çalıştığı ve yaşam sorunlarının fazla olduğu dönemdir. Örneğin yeni doğanın sarılığı diye bilinen bir hastalık bu dönemde ortaya çıkar. Dikkat edilmezse ölüme ya da ileride ortaya çıkabilecek zekâ geriliklerine neden olabilecek bu hastalık, ancak doğum sonu izlemeleri ile anlaşılır. Erken ve etkin tedavi ile iyileştirilebilir.

I.3.1.4. Aralıklı izlemelerin Yapılması^m.

Çocukların izlenmesinin sadece yeni doğan döneminde değil, tüm çocukluk dönemlerinde yapılması gereklidir. Özellikle köy ebesinin sorumlu olduğu 0-6 yaşlar arasındaki çocukların izlenmesi sırasında bir çok

sağlığı bozan durumların ve hastalıkların erken tanısı yapılabilecek, bu suretle erken tedavi ile ölümler önlenebilecektir. Gene bu izlemeler süresinde yapılacak aşılama ve çeşitli konulardaki, özellikle beslenme konusundaki eğitim çalışmaları birçok sağlık sorunlarının önlenmesini sağlayabilecektir.

1.3.1.5- Çok Çocukluluk.

Ailenin istediği kadar çocuk sahibi olması en doğal hakkıdır.

Ancak ailelerin doğan çocuklarına en iyi bakımı vermeleri iyi beslenmelerini sağlamaları da o derece görevleridir. Çok çocukluluk ailenin tüm kişilerini bu arada en çok çocukları etkiler. Böyle ailelerin çocuklarında başta beslenme bozuklukları olmak üzere, pek çok hastalık görülür. Bu ailelerde çocuk bakımı ile ilgili işlerin çok olması annelerin çocukları ile yeterince ilgilenmelerini olanaksız kılmaktadır. Ayrıca kalabalık aileler genellikle ekonomik sorunlarla da karşı karşıyadır. Bu durum çocuk ölümlerinin artmasına yol açmaktadır.

1.3.1.6. Bilgisizlik ve Yanlış İnançlar.

Ailelerin sağlık konusundaki yanlış inançları ve bilgisizlik sonucu bazı tutumları çocuk sağlığını önemli ölçüde etkilemekte ve ölümlere neden olabilmektedir. Örneğin; ishalleri bebeklere su verilmez. Bebeklere meleklerin su verdiği inancı ülkemizde oldukça yaygındır. Oysa ishalleri bebeklere su verilmemesi elektrolit ve su kaybı nedeniyle bebeklerin daha kısa sürede

ölümüne yol açan çok yanlış bir tutumdur.

Başka bir örnekte; yeni doğan bebeklerin, toprağa sarılmasıdır. Anadolu'da çok yaygın olan bu inanış yüzünden pek çok bebekte göbek iltihabı ve tetenoz gibi öldürücü hastalıklar oluşabilmektedir.

I.3.1.7- Çevre Sağlığı Sorunları:

Hastalık etkenlerini ve bunları insanlara bulaştıran canlıları kapsıyan biyolojik çevre; su, çöp, kanalizasyon gibi konuları kapsayan fizik çevre, sağlık açısından önemlidir.

Özellikle kırsal bölgelerimizde mikroplardan arınmış temiz suyun bulunmaması, sineklerin ve hastalık etkenlerinin üremesine engel olabilecek biçimde düzgün yapılmış helâların olmayışı, konutların havasız, karanlık olmaları, çöp ve gübre gibi atıkların uygun biçimde yok edilememesi, bir çok sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bütün bunlar insan sağlığını kötü yönden etkileyen etmenlerdir. Çevre sorunlarının bulunduğu yerlerde bulaşıcı hastalıklar kolayca yayılarak ölüme neden olabilmektedir.

I.3.1.8- Ekonomik Yetersizlik:

Bebek ve çocukların sağlığını etkileyen nedenlerden biri de ailelerin ekonomik yetersizliğidir. Çocukların iyi beslenmesi sağlanmadığı, iyi bakılmadığı, hastalıkları kontrol altına alınmadığı için ölümler görülebilir.

I.3.1.9. Diğer Nedenler:

Bu anlatılanların dışında ulaşım sorunları, sağlık personelinin yetersizliği ve dağılım düzensizlikleri, sağlık sorunlarının nedenlerine yönelik önlemlerin alınmasını aksatmakta, koruyucu ve tedavi edici hizmetler gereğince yapılamamakta ve böylece çocuk ölümleri artmaktadır.

1.3.2- Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Nedenleri Üzerinde Yapılan Araştırmalar:

Bebek ve çocuk ölümlerinin nedenlerini ortaya çıkarmak için Türkiye'de pek çok araştırma yapılmıştır. Araştırma özetleri kısaca şöyledir.

1957 yılında Kızılcahamam ve köylerinde FAO beslenme müşaviri Van Dam ve Sağlık Bakanlığı ile Tarım Bakanlığı ilgililerinin müştereken yaptıkları diyet araştırmasında 4 yaşından küçük çocuklarda beslenme noksanlığının sebebiyet verdiği ölüm oranının % 26 kadar olduğu saptanmıştır (17).

Ceyhun Atuf Kansu'nun Turhal ve Çevresinde yapmış olduğu araştırmaya göre 0-1yaş arasında en çok görülen ölüm sebepleri:

- 1- Akut su elektrolit kayıpları toksikoz... % 51.9
- 2- Pnömoni, Bronkopnömoni % 33.3
- 3- Ağır Besi Bozuklukları % 3,7 olarak

açıklanmaktadır.

1-2 yaş arasında en çok görülen ölüm sebepleri ise sırasıyla şöyledir:

- 1- Pnömoni, Bronkopnömoni % 40
- 2- Meningitis tüberküloza % 20
- 3- Akut su, elektrolit kayıpları, toksikoz % 13.3 (18).

İzmir'de çocuk ölümlerini etkileyen faktörleri çıkarmak amacıyla 1950-1960 yılları arasında doğumdan 14 yaşın sonuna kadar ölüm nedenleri araştırılmıştır. Ölümün erkeklerde ve özellikle süt çocuğu çağında fazla olduğu tesbit edilmiştir. Neonatal dönemde ölüm oranı en yüksektir.

- Ölümlerin ;
- % 25.6'sı Bronkopnömoni
 - % 16.8'i İshaller
 - % 10.8'i tanımlanamayan nedenler
 - % 9'u Akut dehidratasyon
 - % 5.6'ı Karans ve Avitaminozlardan
 - % 32.2'i değişik ve çeşitli nedenlerden vuku bulmuştur(19).

Benli Etimesgut'ta yapmış olduğu çalışmaya dayanarak sıfır yaş grubunda ölüm nedenlerini;

- 1- Solunum aygıtı hastalığı,
- 2- Sindirim " "

- 3- Allerji, iç salgı bezleri,metabolizma ve beslenme bozuklukları.
- 4- Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları,
- 5- Diğer enfeksiyon ve paraziter hastalıklar diye sıralamıştır.

Bir-Dört yaş arası çocuklarda ise ölüm nedenleri;

- 1- Solunum sistemi hastalıkları
- 2- Sindirim " "
- 3- Diğer enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar
- 4- Allerji, iç salgı bezleri, beslenme metobolizma hastalıkları,
- 5- Diğer sebepler diye belirtmiştir (20).

İstanbul bölgesinde yapılan bir araştırmada 1-18ay arasındaki ölümler en yüksek olarak bulunmuştur. Ölüm sebebi arasında beslenme bozukluklarının en önemli neden olduğu kanısına varılmıştır. (21).

Uzel'in Kayseri ilinin Tomarza ilçe merkezi ve 6 köyünde yaptığı beslenme durumu araştırmasında 0-12 Ay arası çocuk ölümlerinin % 30'u, yeni doğanlar (0-1ay) arasındadır. Buna sebep çevre sağlığı koşullarının yetersizliği nedeniyle beslenme sorununun önem kazanmasıdır (22).

Yapılan diğer bir araştırmaya göre ülkemizde bebeklerimizi en çok öldüren hastalıkların başında zatürre gelmektedir. Bundan sonra en çok rastlanan ölüm nedeni ise bebeklik ishalleridir (23).

Ankara Etimesgut bölgesinde Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği tarafından en önemli ölüm nedenleri tesbit edilmiştir: (24).

0-12 ayda ölüm Nedenleri :

- 1- Bronkopnömoni % 37
- 2- Perinatal ölümler%17,9
- 3- Gastroenteritler ve Diğer Diyareler % 11.6
- 4- Avitaminoz ve Diğer Beslenme Bozuklukları % 8.7
- 5- Diğer Konjenital Anamoliler % 3.5

1-4 yaş: ölüm nedenleri

- 1- Bronkopnömoni % 36,7
- 2- Avitaminoz ve diğer Beslenme Bozuklukları.... % 16.7
- 3- Motorlu taşıt kazaları... % 13.3
- 4- Gastroenterit ve Diğer Diyareler % 10
- 5- Kızamık % 10

Bağcı'nın yaptığı çalışmada bebek ölüm nedenlerinin başında kızamık ve akciğer enfeksiyon hastalıklarının yer aldığı saptanmıştır(25).

Türkiye'de çocuk ölümlerinin başlıca nedenlerini ekonomik yönden gelişmiş memleketlerle karşılaştıracak olursak predominant sebepler arasında önemli bir fark olduğunu görürüz. Örneğin; Amerika Birleşik Devletlerinde 1959 yılında sadece çocuk ölümlerinin % 12'si pnömoni ve üst solunum yolu enfeksiyonları, % 58'4'ü perinatal hastalıklarından- dır. Diğerleri postneonatal asfiksi ve atelaktazi, immaturity, konjenital malformasyonlar ve doğum hatalarındandır (26).

Danimarka'da 1960-62'e ölen çocukların ölüm sebeplerinin % 79.4'ü perinatal hastalıklardandır (27).

Fakat 3 ve 4nolu tabloları incelediğimiz zaman gelişmiş memleketlerin geçmişinde de Türkiye'de gözlenen benzer sebeplerden yaşamın ilk yıllarında yüksek ölüm yüzdesini görürüz (26).

Tablo: 3

1899-1962 yıllarında Norveç'te Canlı Doğan Her 10.000 çocukta ölüm oranı.

Ölüm Nedenleri	1961 1962	1946 1950	1931 1935	1919 1922	1889 1902
Konjenital Malformasyonlar ve erken bebeklik çağına özel Hastalıklar	124.8	148.8	199.3	221.9	245.4
Diğer Ölüm Nedenleri	53.1	162.0	249.8	456.2	663.6
Tüberküloz	0.1	2.0	10.1	29.1	51.5
Genel Enfeksiyonlar	0.5	7.7	14.5	57.0	66.5
Pnömani ve üst solunum yolu Enfeksiyonu	17.6	60.3	76.9	132.8	190.6
Diyare ve Enteritler	3.4	11.9	19.5	93.1	176.2
Diğer Hastalıklar	27.0	77.0	125.8	141.6	175.9
Kazalar	4.5	3.1	3.0	2.6	2.9
Bütün nedenler	177.9	310.8	449.1	678.1	909.0

Tablo 3'de görüldüğü gibi Norveç'te çocuk ölüm oranı 1899-1902 yılları arasında binde 90.9 dan 1961-62 yıllarında binde 17.7'ye düşmüştür. Bu zaman zarfında perinatal hastalıklardan meydana gelen ölüm oranı yarıya inmiştir.

Benzer durumu Hollanda'da da görebiliriz.(Tablo 4)

Tablo: 4

Hollanda'da 1921-63 yıllarında Çocuk Ölüm Nedenlerinin Dağılım Yüzdesi

Ölüm Nedenleri	1961-63	1951-53	1921-23
Tüberküloz	0.0	0.2	2.5
Bütün Diğer Enfeksiyonlar ve parazitik hastalıklar	0.9	3.3	7.1
Neoplazms	0.7	0.5	0.1
Kan Hastalıkları	0.1	0.1	0.2
Sinir Sistemi Hastalıkları	2.9	2.0	2.3
Dolaşım " "	0.3	0.2	0.3
Solunum " "	3.4	9.0	22.4
Sindirim " "	2.2	4.4	20.5
Genital " "	0.1	0.1	0.4
Konjenital Malformasyonlar	27.4	21.4	3.7
Hareket sistemi semptomları	3.6	6.6	20.7
Diğer Hastalıklar	55.8	50.0	19.3
Kazalar, zehirlenmeler ve çarpmalar	2.6	2.3	0.5
Toplam	100.0	100.0	100.0

Tablo 4'de görüldüğü gibi Hollanda'da çocuk ölüm nedenlerinden konjenital malformasyonların % si, 1921-1923'de 3,7, 1961-1963'de 27,4'dür. Aynı zaman içinde solunum sistemi hastalıklarının ölüm % si, 22,4'ten 3,4'e düşerken sindirim sistemi hastalıkları 20,5'ten 2,2'ye düşmüştür. Bu zaman zarfında bebek ölüm oranı 1921'de binde 85,3'ten 1962'de binde 17,0'ye düşmüştür (26).

Az gelişmiş ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında bebek ve çocuk ölüm oranı büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde bebek ölümlerinin % 70'i neonatal devrede, % 30'u postneonatal devrede, olmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde Postneonatal devrelerdeki bebek ölümleri % 60 oranındadır. (25).

Aykroyd (28) ve Gordon (29), postneonatal ölümlerin büyük ölçüde önlenebilir ölümler olduğunu buna yol açan faktörlerin de malnütrisyon ve enfeksiyonlar olduğunu bildirmektedirler. Çocuklarda malnütrisyona bağlı ölümler genellikle Bronkopnömoni, gastroenterit gibi terminal hastalıklara bağlanmaktadır.

I.4. Bebek ve Çocuk Ölümleri ile Beslenme Durumu Arasındaki İlişkiler

Velicangil, yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda, vücut ve zihin yapısı gelişmemiş, yeteneksiz ve güçsüz kişilerin yüksek oranda bulunduğunu belirtmekte süt çocuklarına uygulanan yanlış beslenme yöntemlerinin primer olarak beslenme hastalıklarının oluşmasına neden olduğu, sekonder olarak da organizmanın direncini düşürerek bir çok hastalık ve sakatlığa yol açtığını ve sonuç olarak da bebek ve çocuk ölüm hızlarının artmasına neden olduğunu belirtmektedir (30).

Batılı ülkelere kıyasla Türkiye'de çok yüksek seviyede olan

bebek ve çocuk ölümlerinin yurdumuzdaki beslenme durumu ile yakın ilişkisi olduğu çocuk hekimleri tarafından belirtilmektedir (18,31,32).

Bebek ve çocuk ölümleri ile beslenme durumu arasındaki ilişkilerde özellikle aşağıdaki konular önem taşırlar.

I.4.1. Gebe ve Emzicilikte Beslenmenin Önemi:

Gebelik ve emzicilik, kadın için doğal ve fizyolojik bir olaydır. Gebelikte fetüsün büyümesi annenin aldığı besin öğelerinin plasenta ile fetüse taşınması ile mümkündür. Fetüse taşınan besin öğeleri kadının kendi gereksinimine ek olarak düşünülmelidir. Emzicilikte ise anne süt salgılar. Bu süt annenin aldığı besinlerin bir ürünüdür. Süt için gerekli besinlerde annenin kendi gereksinimine ek sayılmalıdır. Çünkü gerek fetüsün büyümesi, gerekse yeni doğan bebeğin beslenmesi için annenin salgıladığı sütün enerjisi ve besin öğeleri annenin yedikleri ile kendi vücudundaki depolardan sağlanmaktadır. Bu bakımdan gebelik ve emzicilikte kadının beslenmesinde amaç ;

- a) Kendi fizyolojik gereksinimlerini karşılayarak, vücudundaki besin öğeleri yedeğini dengede tutmak,
- b) Fetüsün normal büyümesi ve salgılanan sütün gerektirdiği enerji ve besin öğelerini tam olarak karşılamaktır (33).

Normal bir gebelik süresi sonunda anne dokuları, fetüs, plasenta ve diğer organlarda ek olarak 950 gramlık protein, 30 gramlık kalsiyum ve 540 gramlık demir birikimi olur. Normal bir gebelikte emzicilik döneminde kullanılmak üzere yaklaşık olarak 40 bin kalorilik enerji depolanmasını ve total olarak 80 bin kalorilik ek enerji harcamasını gerektirir (34).

Tablo 5'de Gebe ve emzikli kadınlar için önerilen günlük kalori ve besin öğeleri miktarları gösterilmektedir (33). Bu miktarlardaki enerji ve diğer besin öğeleri beslenme yolu ile tam olarak karşılanması annenin ve doğacak çocuğun sağlığı için önemlidir.

Tablo: 5

Gebe ve Emzikli Kadınlar İçin Önerilen Günlük Kalori ve Besin Öğeleri Miktarları.

Kalori ve Besin Öğeleri	Normal Kadın	Gebelik için ek.	Emzicilik için ek.
Kalori	2000-2300	Hiç-200	600-800
Protein (gm)	55-65	5	15
Demir (mg)	15-24	10-12	5
Kalsiyum (mg)	500	500	500
Vitamin A. (I.U)	5000	1000	3000
Thiamin (mg)	0,8-0,9	0,1	0,4
Riboflavin (mg)	1,2-1,3	0,2	0,4
Niasin (mg)	13,2-15,2	1,0	5,4
Vitamin C (mg)	50,0	30,0	30,0

I.4.2. Gebelikte Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Çocuktaki Etkileri:

a) Fötal ve Perinatal Ölümler, Malformasyonlar.

Düşük ve ölü doğum hızları ile gebe annenin beslenmesi arasında bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. İngiltere'de ikinci dünya savaşından önce binde 38 olan ölü doğum hızı savaş içinde binde 28'e düşmüştür. Bu savaşta gebe annelere beslenme yönünden öncelik tanınmış ve

onların süt, balık yağı, meyve suları istihkakı artırılarak daha iyi beslenmeleri sağlanmıştır. Ölü doğum hızındaki düşmeyi gebe annelerin beslenme durumlarının iyileştirilmesiyle bağdaştırmaktadırlar (35).

Hayvan deneylerinde gebe hayvanda yetersiz bir diyetle beslenme sonucu doğuştan malformasyon belirtisi teşekkül ettirme olanağı ortaya konulmuştur (36).

Bu deneysel bulguyu insanlar için geçerli görmeye henüz yeterli dayanak yoktur. Ancak bir kısım konjenital malformasyon, örneğin anencephaly belirtili çocuklara beslenme durumu çok kötü bölgelerde belirgin bir şekilde fazla rastlanmaktadır (37).

Gene yapılan incelemelerle thalidomide'in muhtemelen B vitaminleri ile ilgili metabolizma düzenini bozması sonucu malformasyonlara yol açtığı ileri sürülmektedir. Bazı antivitaminler, özellikle anti-folic acid, hayvanlarda teratogenic bir etki göstermektedirler (38).

Son yıllarda laboratuvar hayvanları üzerinde yapılan araştırma sonuçları, gebelikte kısıtlanan çeşitli besin öğelerinin (Vitamin A, çinko, riboflavin, mangan, folik asit, protein ve v.b.) çeşitli konjenital bozukluklara yol açtığını açık olarak göstermiştir. (33).

Yapılan bir araştırmada genellikle yetersiz ve dengesiz beslenmiş maymunlardan doğan yavrularda doğduktan sonra iyi beslendikleri halde fetal yaşamda oluşan beyindeki biyokimyasal değişikliklerin düzelmediği görülmüştür (39).

Bu araştırmalardan edinilen bilgiler, insanlar üzerinde çeşitli şekilde incelenmiştir. İngiltere'de yapılan bir araştırmada konjenital bozuklukla doğan bebeklerin annelerinin % 65'inde folik asit yetersizliği

belirtileri görülmüştür. Normal doğum yapan annelerin ancak % 17'sinde bu tip belirtilere rastlanmıştır (40).

Gebe kadının diyetinde iyodun yetersiz oluşunun yine anormal karakter taşıyan çocukların doğumuna yol açtığını bildiren raporlar da vardır (41).

b) Bebek Doğum Ağırlığı Azlığı-Prematürite.

Aynı etnik grup içinde sosyo-ekonomik durumu ve bundan dolayı beslenmesi iyi olan annelerin bebeklerinin fakir annelerinkinden daha büyük doğduğu görülmektedir. Hindistan, bir kısım Afrika ülkeleri ve Java'da yapılan araştırmalarda zengin iyi beslenen yüksek halk tabakalarındaki ailelerde bebeklerin ortalama doğum ağırlıklarının 3000 gramın üzerinde olduğu ve gelişmiş ülkelerde saptanan ortalama doğum ağırlığına benzerlik gösterdiği, buna karşılık fakir, iyi beslenmemiş annelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarının ortalama 2700-2800 gram olduğu ortaya konulmaktadır (42, 43, 44).

Prematüre bebeklerin bakım ve beslenmesinin güçlüğü bilinen bir gerçektir. Doğumdaki ağırlık azaldıkça bebeğin hayatta kalma şansı azalmaktadır. Doğum ağırlığı 1000 gramın altında olanların genellikle % 90'ı, 1000-1500 gr arasındakilerin % 50-60'ı, 1500-2000 gr arasındakilerin % 10-18'i ve 2000-2500 gr arasında doğum ağırlığı olanların % 3-4'ü en iyi bir bakıma rağmen ölüm riskiyle karşı karşıyadır (45).

Ayrıca gebe annenin beslenmesi dışında daha bir çok faktörlerin bebeğin doğum ağırlığının az olmasına etki yaptığı da bilinen bir gerçektir. ve bu faktörler daima hatırdta tutulmalıdır.

I.4.3. Çocuğun Yetersiz ve Dengesiz Beslenmesinin Etkileri

A) Malnütrisyon

Çocukluk çağında kalori ve besin öğelerine olan gereksinimin karşılanamaması, beslenme yetersizliği ve dengesizliğine bağlı çeşitli sağlık sorunlarına yol açar. Bu sağlık sorunları genel olarak "malnütrisyon" deyimini ile tanımlanır.

Malnütrisyon Hastalıklarının Sınıflandırılması:

1- Genel Açlık Hastalıkları

2- Protein-Enerji Malnütrisyonu Hastalıkları

- a) Marasmus (distrofi) tipinde
- b) Marasmic-Kwashiorkor tipinde
- c) Kwashiorkor tipinde

3- Avitaminozlar

- a) Keratomalasi-gece körlüğü (A Avitominozu)
- b) Rachitism - Rickets (D Avitominozu)
- c) Beriberi (Thiamine- B₁ vitamini yetersizliği)
- d) Ariboflavinoz (Riboflavin B₂ vitamini yetersizliği)
- e) Pellegra (PP vitamini, Niasin yetersizliği)
- f) Megaloblastik Anemiler (Folik asit, B₁₂ vitamini yetersizliği)
- g) Diğer B kompleks vitaminleri yetersizlikleri
- h) Skorbüt (C vitamini-ascorbic acid-yetersizliği)
- i) Diğer Avitaminozlar.

4- Mineral-Yetersizliği Hastalıkları.

- a) Osteomalasi (kalsiyum ve D vitamini yetersizliği)
- b) Demir eksikliği anemileri (Demir ve bazı trans elementler yetersizliği)

- c) Basit guvatr (iyot yetersizliği)
- d) Diş çürükleri (Flor yetersizliği ve kötü beslenme alışkanlıkları)
- e) Diğer mineraller-iz elementler yetersizlikleri.

5- Aşırı ve Dengesiz Beslenme Hastalıkları.

- a) Şişmanlık

6- Yetersiz, Dengesiz ve Aşırı Beslenme zemininde daha kolay Manifesto olan Hastalıklar.

- a) Şekerli Diyabet
- b) Gout
- c) Karaciğer yağlanmaları ve sirozlar
- d) Mide ülserleri
- e) Kalp Damar hastalıkları (46).

Malnütrisyon çocukluk çağındaki ölümlerin baş sıralarda gelen ölüm nedenlerinden biridir. Malnütrisyon doğrudan doğruya ölüm nedeni olabildiği gibi vücut direncini azaltmak suretiyle özellikle enfeksiyöz hastalıkların ağır seyretmesine ve ölümle sonuçlanmasına yol açmaktadır.

B) Malnütrisyon ve Enfeksiyon Arasındaki İlişkiler:

1- Beslenme Durumunun Vücut Savunma Sistemleri Üzerindeki Etkileri:

- a) Cilt ve mukoza bariyeri; Yetersiz ve dengesiz beslenme, doku yapısı ve koruyucu salgılar üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Çeşitli besin elementlerinin yetersiz düzeyde alınmalarında geniş çapta epitel ve cilt lezyonları teşekkül etmektedir. Yapısı ve fonksiyonları bozulmuş olan bu dokular üzerinde mikroorganizmalar kolaylıkla yerleşerek enfeksiyon hastalıklarına yol açabilmektedir.

b) Barsak Mikroorganizma Florası Değişiklikleri.

c) Yara iyileşmesi ve Kollogen Doku Teşekkülü: Yaraların fibroblastik doku teşekkül ettirerek iyileşmesinde kişinin beslenme durumu etkili olan faktörlerdendir. Enfeksiyonların lokalize edilerek vücuda yayılmalarının önlenmesinde bu faaliyetin önemi büyüktür. Bu nedenle örneğin protein yetersizliği içindeki vakalarda öldürücü sepsisemilere daha sık rastlanmaktadır.

Kötü beslenmeler arasında yaraların geç kapandığı ve bu durumda enfeksiyon ajanlarının daha kolaylıkla vücuda girip yerleşebileceği düşünülebilir (46).

2- Beslenme Durumu İle Antikor Teşekkülü Arasındaki İlişkiler:

Vücudun aktif olarak bağışık kılınmasında rolü olan antikorların teşekkülü ile beslenme durumu arasında önemli düzeyde ilişkiler olduğu uzun süreden beri bilinmektedir.

Hayvan deneyleri ile ciddi seviyelerdeki protein yetersizliklerinin antikor teşekkülünde azalmalara yol açtığı saptanmış bulunmaktadır.

Uzun süre proteinden fakir bir diyetle beslenerek ağır şekilde protein yetersizliği durumunda olan çocuklara yapılan tifo aşısının antikor teşekkül ettiremediği ve aynı durumdaki çocuklarda difteri toksoidinin de antikor teşekkülüne yol açmadığı bildirilmektedir.

Gene hayvanlar üzerinde yapılan incelemelerde deneysel olarak meydana getirilen çeşitli vitaminlerin (Riboflavin, thiamine, panthotenic acid, pyridoxin, follic acid, A vitamini, B₁₂ vitamini) yetersizliklerinde antikor yapımında azalma görülmüştür.

Kanawati ve McLaren büyüme ve gelişme geriliği gösteren malnütrisyonlu çocuklarda gastroenterit, boğmaca, kızamık enfeksiyonlarının ağır şekillerini daha fazla oranda gördüklerini bildirmektedirler (46).

3- Beslenme Durumu ve Fagositik Faaliyet Arasındaki İlişkiler:

Beslenme yetersizlikleri özellikle protein, Vitamin A, ascorbic asit yetersizlikleri ciddi ağırlıkta bulunduğu zaman lökositlerin yaptığı fagositik aktiviteyi bozmaktadırlar. İleri derecede B kompleks yetersizliklerinde mikrofafların etkinlikleri azalmaktadır (46).

4- Beslenme İle Non-Spesifik Koruyucu Maddelerin Teşekkülü Arasındaki İlişkiler:

Beslenme yetersizliği durumunda properdin, interferon, Lysozimler gibi non-spesifik koruyucu maddelerde azalma görülmektedir (46).

5-Beslenme İle Bakteri Toksinlerinin Non-Spesifik Tahribi Arasındaki İlişkiler:

Özellikle B kompleks ve A vitamini yetersizliğinde bakteri toksinlerini parçalamak üzere faaliyet gören bu sistemde hassaslık görülmektedir (46).

6- Beslenme İle Genel Sistemik Reaksiyonlardaki Değişiklikler Arasındaki İlişkiler:

- a) Endokrin dengesi bozukluğu
- b) Vücut ısısının yükselmesi
- c) İlaçlara karşı vücudun verdiği cevapta gecikme.
- d) Enfeksiyon hastalıkları ile sinerjistik ilişki.

Belirtilen durumlara dayanarak; yetersiz ve dengesiz beslenme durumu ile bir çok enfeksiyon hastalıkları arasında sinerjistik bir ilişki bulunduğu söylenmektedir. Malnütrisyonlu kişilerde enfeksiyonlar ağır seyrederek ölümlere neden olmaktadır (46).

özet olarak malnütrisyonlu çocuklar kolay enfeksiyon alırlar, hastalıkları ağır ve uzun seyreder ve ölüm daha sık görülür.

II. TEZİN AMACI

Bu çalışmanın amacı; 1974 yılında yapılan ulusal düzeydeki Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırmasından toplanan bilgileri değerlendirerek bebek ve okul öncesi çocuk ölümlerinin ailenin beslenme durumu, ekonomik gücü, kültürel düzeyi ve nüfus yapısı ile olan ilişkisini saptamak ve bu konuda yapılacak çözümleme çabalarına ışık tutmaktır.

III. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ VE ARAÇLAR

III.1. Araştırmanın Planlanması ve Uygulanması:

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Gıda Bilimleri Enstitüsü ve Ev Ekonomisi Yüksek Okulu Beslenme ve Diyetetik Bölümünün işbirliği ile planlanmış olan "Türkiye 1974 Ulusal Beslenme Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması"nda bilgilerin kaydedildiği anket formlarının bebek ve çocuk ölümleri ile ilgili bulgularının değerlendirilmesi yapılarak hazırlanmış ve uygulanmıştır (47). Bebek ve çocukları ölen ailelerin beslenme durumu, sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi nüfus yapısıyla ilgili bulgular incelenmek üzere tarafımızdan toplanmış ve değerlendirilmiştir.

III.2. Örnek Seçimi

Bu araştırmada Türkiye; Ege ve Marmara, Karadeniz, İç Anadolu, Akdeniz, Doğu ve Güney Doğu Anadolu olmak üzere 5 bölgeye ve her bölgede yerleşme yerinin büyüklüğüne göre 4 sınıfa ayrılmış olup her sınıftan yeterli sayıda aile örnek olarak alınmıştır. Örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnekleme planı Devlet İstatistik Enstitüsü uzmanlarınca yapılmıştır. Her küme örnekleme 10 aileden oluşmuştur. Bu ailelerin 6'sında aile gıda tüketim düzeyi saptanmış ve ailelerin sağlık durumu, anne-çocuk beslenmesi konularındaki bilgiler, 4 ailede ise sadece ailenin sağlık durumu, anne çocuk beslenmesi konularında bilgiler toplanmıştır. Buna göre araştırma kapsamına giren 650 yerleşme yerinden seçilen 6480 ailenin yaklaşık 3533'ünde gıda tüketim ve sağlık durumu 2947 ailede ise sadece sağlık durumu incelenmiştir.

III.3 Bilgi Toplama Yöntemi ve Toplanan Bilgiler:

Araştırmadaki bilgiler anket ve gözlem yöntemi ile toplanmıştır. Seçilen örnek ailelere önceden hazırlanan araştırma dosyasındaki sorular sorulmuş, gözlemler yapılmış ve elde edilen bilgiler bu dosyadaki formlara işlenmiştir. (Araştırma dosyası örneği: Ek I'dedir).

Tüm araştırmada toplanan bilgiler kısaca ;

- 1- Ailenin yapısı, sosyo-ekonomik ve kültürel durumu.
- 2- Beş günlük aile besin tüketimi ve beslenmeye ödenen para.
- 3- Ailelerin besin hazırlama olanakları, besinlerin saklanma durumları.
- 4- Aile bireylerinin sağlık durumu. (boy, kilo beslenme yetersizliği belirtileri, hemogloblin düzeyi, parazit, doktor tanısı, ilaç tüketimi)
- 5- Ailelerdeki doğurganlık çağındaki kadınlara ait bilgiler (doğum yapan kadınların yaşayan, ölen çocuklarının sayısı, ölüm yaşları, düşük sayıları)
- 6- Ailelerinin çocuk besleme alışkanlık ve uygulamaları.
- 7- Bölgelerin ilkokullarındaki beslenme programları ve uygulanma durumları.

Bu çalışmada yararlanılan bilgiler; Aile bireylerinin sağlık durumu (Ek I form 4), besin tüketimi (Ek I form 2), doğan çocuk, ölen çocuk düşen çocuk sayıları (Ek I form 5), besin hazırlama, saklama ve servis uygulamaları (Ek I form 3), Ailenin genel durumu (Ek I form 6):

Ailelerin besin tüketim durumu; dosyalara kaydedilmiş olan ailelerin 5 gün süre ile tükettikleri yiyeceklerin cins ve miktarlarına göre

kapsadıkları kalori ve diğer besin öğeleri, yönünden değerlendirilerek ortaya çıkarılmıştır (48). Her ailede farklı yaş ve cinsteki kişilerin bulunduğu dikkate alınarak bireylerin beslenme durumları tüketici ünite cinsinden hesaplanmıştır (Ek II).

III.4 Bilgi Toplama Süresi:

Araştırmada ve bu çalışmada yararlanılan bilgiler, 3 Temmuz-16 Eylül ve 21 Ekim-10 Kasım 1974 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bilgi Toplamada Çalışan Personel :

Bu araştırmadaki bilgiler Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Gıda Bilimleri Enstitüsü ile Ev Ekonomisi Yüksek Okulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim ve araştırma personeli, öğrencileri tarafından toplanmıştır.

III.5. Toplanan Bilgilerin Değerlendirilmesi:

Bu araştırmada ölen bebek ve çocuğu olan aileler ve bunlarla ilgili bulgular, bilgi işlem yolu ile istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

IV.1. İncelenen Kadınların Gebelik Durumları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların (15 yaş ve üzeri) bölgelere ve gebelik durumlarına göre dağılımı Tablo 6'da yerleşme yerlerine ve gebelik durumlarına göre dağılımı ise Tablo 7'de gösterilmiştir.

Gebe olan kadınların bölgelere ve gebelik sayılarına göre dağılımı Tablo 8'de yerleşme yerlerine ve gebelik sayılarına göre dağılımı ise Tablo 9'da gösterilmiştir.

IV.2. İncelenen Kadınların Düşük Yapma Durumları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların bölgelere göre düşük yapma durumlarının dağılımı Tablo 10'da kadınların yerleşme yerlerine göre düşük yapma durumlarının dağılımı ise Tablo 11'de gösterilmiştir.

Düşük yapmış olan kadınların bölgelere ve düşük sayılarına göre dağılımı Tablo 12'de yerleşme yerleri ve düşük sayılarına göre dağılımı ise Tablo 13'de gösterilmiştir.

IV.3. İncelenen Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların yaşayan çocuk sayılarının bölgelere göre dağılımı Tablo 14'de yerleşme yerlerine göre dağılımı ise Tablo 15'de gösterilmiştir.

TABLO: 6

İncelenen Kadınların (15 yaş ve üzeri) Bölgelere ve Gebelik Durumlarına göre Dağılımı

BÖLGELER	KADINLARIN GEBELİK SAYILARI														Gebeliği Tüm kadınların olan kadın-olmayanların Toplamı						
	1- S	2 %	3 s	4 %	5-6 S	7 %	8 S	9 %	10 S	11 %	12 S	13 %	14 S	15 %	16 S	17 %	18 S	19 %	20 S	21 %	
Ege-Marmara	231	10.6	327	15.0	307	14.1	249	11.5	317	14.6	196	9.0	1627	75.0	543	25.0	2170	100			
Trakya																					
Karadeniz	77	9.9	109	14.0	113	14.5	106	13.6	168	21.5	129	16.5	702	90.0	78	10.0	780	100			
İç Anadolu	143	9.2	198	12.7	205	13.1	174	11.1	295	18.9	272	17.4	1287	82.5	273	17.5	1560	100			
Akdeniz	87	8.8	93	9.4	108	10.9	116	11.7	214	21.6	209	21.1	827	83.5	163	16.5	990	100			
Doğu ve Güney	98	10.0	93	9.5	96	9.8	98	10.0	185	18.9	206	21.0	776	79.2	204	20.8	980	100			
Doğu Anadolu																					
Ulusal Genel Toplam	636	9.8	820	12.7	829	12.8	743	11.5	1179	18.2	1012	15.6	5219	80.5	1261	19.5	6480	100			

TABLO: 7

İncelenen Kadınların (15 yaş ve üzeri) yerleşme yerlerine ve Gebelik durumlarına göre dağılımı

YERLEŞME MERKEZLERİ	KADINLARIN GEBELİK SAYILARI							Gebeliği olan kadınların Toplamı		Gebeliği olmayan kadınların Toplamı		Tüm kadınların Toplamı						
	1	2	3	4	5-6	7	+	S	%	S	%	S	%					
Büyük şehir	184	12.3	248	16.5	212	14.1	179	11.9	199	13.3	151	10.1	1173	78.2	327	21.8	1500	100
Şehir	269	9.3	332	11.5	368	12.7	328	11.3	552	19.1	460	15.9	2309	79.9	581	20.1	2890	100
Köy kent	64	10.8	92	15.6	82	13.9	74	12.5	133	22.5	112	19.0	557	94.4	33	5.6	590	100
Köy	119	7.9	148	9.9	167	11.1	162	10.8	295	19.7	289	19.3	1180	78.7	320	21.3	1500	100
Ulusal- Genel Toplam	636	9.8	820	12.7	829	12.8	743	11.5	1179	18.2	1012	15.6	5219	80.5	1261	19.5	6480	100

TABLO: 8

Gebeliği Olan Kadınların Bölgelere ve Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı

BÖLGELER	KADINLARIN GEBELİK SAYILARI														TOPLAM		
	1	2	3	4	5-6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Ege-İzmir	231	14.2	327	20.1	307	18.9	249	15.3	317	19.5	196	12.0	1627	100			
Trakya																	
Karadeniz	77	10.1	109	15.5	113	16.1	106	15.1	168	23.9	129	18.4	702	100			
İç Anadolu	143	11.1	198	15.4	205	15.9	174	13.5	295	22.9	272	21.1	1287	100			
Akdeniz	87	10.5	93	11.2	108	13.1	116	14.0	214	25.9	209	25.3	827	100			
Doğu ve Güney Doğu Anadolu	98	12.6	93	12.0	96	12.4	98	12.6	185	23.8	206	26.5	776	100			
Ulusal-Genel Toplam	636	12.2	820	15.7	829	15.9	743	14.2	1179	22.6	1012	19.4	5219	100			

TABLO: 9

Gebeliği Olan Kadınların Yerleşme Yerlerine ve Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı

YERLEŞME MERKEZLERİ	KADINLARIN GEBELİK SAYILARI														TOPLAM		
	1	2	3	4	5-6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Büyük Şehir	184	15.7	248	21.1	212	18.1	179	15.3	199	17.0	151	12.9	1173	100			
Şehir	269	11.7	332	14.4	368	15.9	328	14.2	552	23.9	460	19.9	2309	100			
Köy-kent	64	11.5	92	16.5	82	14.7	74	13.3	133	23.9	112	20.1	557	100			
Köy	119	10.1	148	12.5	167	14.2	162	13.7	295	25.0	289	24.5	1180	100			
Ulusal-Genel Toplam	636	12.2	820	15.7	829	15.9	743	14.2	1179	22.6	1012	19.4	5219	100			

TABLO: 10

İncelenen Kadınların (15 yaş ve üzeri) Bölgelere ve Düşük yapma Durumlarına göre Dağılımı

BÖLGELER	KADINLARIN DÜŞÜK SAYILARI						7 ⁺	Düşüğü olan kadınların Toplamı		Düşüğü olmayan kadınların Toplamı		%						
	1	2	3	4	5-6	S		%	S	%	S		%					
Ege-Marmara	214	9.9	60	2.8	52	2.4	21	1.0	19	0.9	27	1.2	393	18.1	1777	81.9	2170	100
Trakya																		
Karadeniz	107	13.7	32	4.1	17	2.2	6	0.8	5	0.6	34	4.4	201	25.8	579	74.2	780	100
İç Anadolu	186	11.9	79	5.1	47	3.0	30	1.9	19	1.2	41	2.6	402	25.8	1158	74.2	1560	100
Akdeniz	158	16.0	56	5.7	27	2.7	15	1.5	7	0.7	15	1.5	278	28.1	712	71.9	990	100
Doğu ve Güney Anadolu	123	12.6	31	3.2	22	2.2	7	0.7	6	0.6	12	1.2	201	20.5	779	79.5	980	100
Ulusal-Genel Toplam	788	12.2	258	4.0	165	2.5	79	1.2	56	0.9	129	2.0	1475	22.8	5005	77.2	6480	100

TABLO: 11

İncelenen Kadınların (15 yaş ve üzeri) Yerleşme Yerlerine ve Düşük Yapma Durumlarına göre Dağılımı

YERLEŞME MERKEZLERİ	KADINLARIN DÜŞÜK SAYILARI				Düşüğü olan Düşüğü olmayan Tüm kadınların													
	1 S	2 S	3 S	4 S	5-6 S	7 S	Toplamı S	Kadınların Toplamı S	%									
Büyükşehir	186	69	4.1	27	1.8	20	11.3	16	1.1	379	25.3	1121	74.7	1500	100			
Şehir	347	108	3.7	76	2.6	38	1.3	20	0.7	49	1.7	638	22.1	2252	77.9	2890	100	
Köy-kent	80	13.6	35	5.9	15	2.5	7	1.2	2	0.3	13	2.2	152	25.8	438	74.2	590	100
Köy	175	11.7	46	3.1	13	0.9	7	0.5	14	0.9	51	3.4	306	20.4	1194	78.6	1500	100
Ulusal-Ge- nel Toplam	788	12.2	258	4.0	165	2.5	79	1.2	56	0.9	129	2.0	1475	22.8	5005	77.2	6480	100

TABLO: 12

Düşük Sayılarına Göre Dağılımı

KADINLARIN DÜŞÜK SAYILARI

BÖLGELER	1		2		3		4		5-6		7 +		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Ege-Marmara	214	54.5	60	15.3	52	13.2	21	5.3	19	4.8	27	6.9	393	100
Trakya														
Karadeniz	107	53.2	32	15.9	17	8.5	6	3.0	5	2.5	34	16.9	201	100
İç Anadolu	186	46.3	79	19.7	47	11.7	30	7.5	19	4.7	41	10.2	402	100
Akdeniz	158	56.8	56	20.1	27	9.7	15	5.4	7	2.5	15	5.4	278	100
Doğu ve Güney Doğu Anadolu	123	61.2	31	15.4	22	10.9	7	3.5	6	3.0	12	6.0	201	100
Ulusal-Genel Toplam	788	53.4	258	17.5	165	11.2	79	5.4	56	3.8	129	8.7	1475	100

TABLO: 13

Düşüğü Olan Kadınların Yerleşme Yerlerine ve Düşük Sayılarına Göre Dağılımı

YERLEŞME MERKEZLERİ	KADINLARIN DÜŞÜK SAYILARI													
	1 S	%	2 S	%	3 S	%	4 S	%	5-6 S	%	7 S	%	TOPLAM S	
Büyük şehir	186	49.1	69	18.2	61	16.1	27	7.1	20	5.3	16	4.2	379	100
Şehir	347	54.4	108	16.9	76	11.9	38	6.0	20	3.1	49	7.7	638	100
Köy-kent	80	52.6	35	23.0	15	9.9	7	4.6	2	1.3	13	8.6	152	100
Köy	175	57.2	46	15.0	13	4.2	7	2.3	14	4.6	51	16.7	306	100
Ulusal-Genel Toplam	788	53.4	258	17.5	165	11.2	79	5.4	56	3.8	129	8.7	1475	100

TABLO: 14
İNCELENEN KADINLARIN (15 yaş ve üzeri) BÖLGELERE VE YAŞIYAN ÇOCUK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMI

BÖLGELER	KADINLARIN YAŞIYAN ÇOCUK SAYILARI							Yaşayan çocuğu olan kadınların Toplamı			Yaşayan çocuğu olmayan kadınların Toplamı							
	1	2	3	4	5-6	7 +	S	%	S	%	S	%	S	%				
Ege-Marmara	340	15.7	505	23.3	410	18.9	239	11.0	148	6.8	28	1.3	1670	77.0	500	23.0	2170	100
Trakya																		
Karadeniz	143	18.3	147	18.8	171	21.9	136	17.4	140	17.9	42	5.4	779	99.9	1	0.1	780	100
İç Anadolu	290	37.2	321	20.6	329	21.1	215	13.8	249	16.0	95	6.1	1499	96.1	61	3.9	1560	100
Akdeniz	125	12.6	161	16.3	166	16.8	153	15.5	204	20.6	89	9.0	898	90.7	92	9.3	990	100
Doğu ve Güney Doğu Anadolu	159	16.2	149	15.2	149	15.2	128	13.1	207	21.1	107	10.9	899	91.7	81	8.3	980	100
Ulusal-Genel Toplam	1057	16.3	1283	19.8	1225	18.9	871	13.4	948	14.6	361	5.6	5745	88.7	735	11.3	6480	100

TABLO: 15

İncelenen kadınların (15 yaş ve üzeri) Yerleşme Yerlerine ve Yaşayan çocuk sayılarına göre Dağılımı

YERLEŞME MERKEZLERİ	KADINLARIN YAŞIYAN ÇOCUK SAYILARI							Yaşayan çocuğu olan kadınla- rın Toplamı				Yaşayan çocuğu olmıyan kadın- ların toplamı				Tüm kadınların Toplamı		
	1	2	3	4	5-6	7 ⁺	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
Büyük şehir	282	18.8	388	25.9	274	18.3	153	10.2	101	6.7	23	1.5	1221	81.4	279	18.6	1500	100
Şehir	477	16.5	516	17.9	564	19.5	396	13.7	423	14.6	166	5.7	2542	88.0	348	12.0	2890	100
Köy kent	70	11.9	133	22.5	107	18.1	75	12.7	95	16.1	35	5.9	515	87.3	75	12.7	590	100
Köy	228	15.2	246	16.4	280	18.7	247	16.5	329	21.9	137	9.1	1467	97.8	33	2.2	1500	100
Ulusal-Genel Toplam	1057	16.3	1283	19.8	1225	18.9	871	13.4	948	14.6	361	5.6	5745	88.7	735	11.3	6480	100

IV.4. Beş Yaş Altı Çocuk Sayısının Dağılımı:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki 5 yaş altı çocuk sayısının bölgelere ve cinslere göre dağılımı Tablo 16'da yerleşme yerlerine ve cinslere göre dağılımı ise Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo: 16

Beş Yaş Altı Çocuk Sayısının Bölgelere ve Cinslere
Göre Dağılımı

B Ö L G E L E R	5 YAŞ ALTI ÇOCUK SAYISI					
	ERKEK ÇOCUK		KIZ ÇOCUK		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Marmara-Ege-Trakya	533	48,2	573	51,8	1106	100
Karadeniz	319	49,7	323	50,3	642	100
İç Anadolu	449	38,8	707	61,2	1156	100
Akdeniz	428	51,1	410	48,9	838	100
Doğu ve Güney Doğu Anadolu	558	52,4	506	47,6	1064	100
Ulusal-Genel Toplam	2287	47,5	2519	52,4	4806	100

Tablo: 17

Beş Yaş Altı Çocuk Sayısının Yerleşme Yerlerine ve Cinslere
Göre Dağılımı

YERLEŞME MERKEZİ	5 YAŞ ALTI ÇOCUK SAYISI					
	ERKEK ÇOCUK		KIZ ÇOCUK		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Büyük şehir	362	45,9	426	54,1	788	100
Şehir	983	46,9	1112	53,1	2095	100
Köy-Kent	268	47,6	295	52,4	563	100
Köy	674	49,6	686	50,4	1360	100
Ulusal-Genel Toplam	2287	47,6	2519	52,4	4806	100

IV.5. İncelenen Kadınların Ölen Çocuk Sayılarının, Dağılımları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların bölgelere ve ölen çocuk sayılarına göre dağılımları Tablo 18'de yerleşme yerlerine ve ölen çocuk sayılarına göre dağılımları ise Tablo 19'da gösterilmiştir.

IV.6. İncelenen Kadınların Ölen Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların bölgelere ve ölen çocuklarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 20'de yerleşme yerlerine ve ölen çocuklarının yaş gruplarına göre dağılımı ise Tablo 21'de gösterilmiştir.

IV.7. Ölen Çocuğu olan ve Olmıyan Annelerin Öğrenim Durumları:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan annelerin öğrenim durumları Tablo 22'de gösterilmiştir. Annelerin öğrenim durumu ile çocukların ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde fark önemli bulunmuştur (khi-kare = 1275,917 SD = 3 P < 0,05). Okuma yazma bilmeyen grup atılarak ileri khi-kare analizi yapılmış sonuç önemli bulunmuştur (khi-kare = 167,517 SD = 2 P < 0,05). Okur yazar grup çıkarılarak khi-kare analizine devam edilmiş sonuç yine önemli bulunmuştur. Sonra ölüm yüzdeleri incelenmiş en çok ölümün okuma yazma bilmeyen grupta olduğu görülmüştür.

TABLO: 18

İNCELENEN KADINLARIN (15 yaş ve üzeri) BÖLGELERE VE ÖLEN ÇOCUK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMI

BÖLGELER	KADINLARIN ÖLEN ÇOCUK SAYILARI							Ölen çocuğu ölen çocuğu olan kadın- ların Top. ların Toplamı			Tüm kadınların Toplamı								
	1	2	3	4	5-6	7+	S	%	S	%	S	%	S	%					
Ege-Marmara	505	23.3	162	7.5	76	3.5	42	1.9	34	1.6	14	0.6	833	38.4	1337	61.6	2170	100	
Trakya																			
Maradeniz	286	36.7	93	11.9	30	3.8	25	3.2	15	1.9	6	0.8	455	58.3	325	41.7	780	100	
İç Anadolu	561	36.0	209	13.4	100	6.4	35	2.2	37	2.4	15	1.0	957	61.3	603	38.7	1560	100	
Akdeniz	403	40.7	128	12.9	47	4.7	21	2.1	10	1.0	6	0.6	615	62.1	375	37.9	990	100	
Doğu ve Güney D. Anadolu	420	42.9	197	20.1	79	8.1	40	4.1	16	1.6	8	0.8	760	77.6	220	22.4	980	100	
Ulusal Genel Top.	2175	33.6	789	12.2	332	5.1	163	2.5	112	1.7	49	0.8	3620	55.9	2860	44.1	6480	100	

TABLO: 19

İNCELENEN KADINLARIN (15 yaş ve üzeri) YERLEŞME YERLERİNE VE ÖLEN ÇOCUK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMI

YERLEŞME MERKEZLERİ	KADINLARIN ÖLEN ÇOCUK SAYILARI										7 +		5-6		4		3		2		1		Ölen çocuğu olan kadınla- rın Toplamı	Ölen çocuğu Tüm kadınların olmayan kadın- ların Toplamı	Toplam
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%			
Büyük şehir	305	20.3	73	4.9	34	2.3	24	1.6	26	1.7	9	0.6	471	31.4	1029	68.6	1500	100							
Şehir	983	34.0	380	13.1	161	8.5	71	2.5	41	1.4	17	0.6	1653	57.2	1237	42.8	2890	100							
Köy-kent	262	44.4	101	17.1	38	6.4	22	3.7	9	1.5	6	1.0	438	74.2	152	25.8	590	100							
Köy	625	41.7	235	15.7	99	6.6	46	3.1	36	2.4	17	1.1	1058	70.5	442	29.5	1500	100							
Ulusal-Ge- nel Toplam	2175	33.6	789	12.2	332	5.1	163	2.5	112	1.7	49	0.8	3620	55.9	2860	44.1	6480	100							

TABLO: 20

KADINLARIN BÖLGELERE VE ÖLEN ÇOCUKLARININ YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

BÖLGELER	ÖLEN ÇOCUKLARIN YAŞ GRUPLARI (Ay olarak)										TOPLAM
	0-12 ay		13-24 ay		25-60 ay		60 aydan fazla				
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
I											
EGE-Marmara-Trakya	646	77.6	96	11.5	47	5.6	44	5.3	833	100	
II											
Karadeniz	328	72.1	53	11.6	40	8.8	34	7.5	455	100	
III											
İç Anadolu	668	69.8	131	13.7	92	9.6	66	6.9	957	100	
IV											
Akdeniz	423	68.8	104	16.9	49	8.0	39	6.3	615	100	
V											
Doğu ve Güney Doğu Anadolu	495	65.1	142	18.7	77	10.1	46	6.1	760	100	
Ulusal-Genel Toplam	2560	70.7	526	14.5	305	8.4	229	6.3	3620	100	

TABLO: 21

KADINLARIN YERLEŞME YERLERİNE VE ÖLEN ÇOCUKLARININ YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

YERLEŞME MERKEZLERİ	ÖLEN ÇOCUKLARIN YAŞ GRUPLARI											
	0-12 ay		13-24 ay		25-60 ay		60 aydan fazla		T O P L A M			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Büyük şehir	370	78.6	58	12.3	23	4.9	20	4.2	471	100		
Şehir	1165	70.5	233	14.1	154	9.3	101	6.1	1653	100		
Köy-kent	303	69.2	70	16.0	27	6.2	38	8.7	438	100		
Köy	722	68.2	165	15.6	101	9.5	70	6.6	1058	100		
T O P L A M	2560	70.7	526	14.5	305	8.4	229	6.3	3620	100		

Tablo: 22

Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Annelerin Öğrenim Durumları

Annenin Öğrenim Durumu	ÇOCUK ÖLÜMÜ				Toplam (Cevaplıyan Anne Sayısı)	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
Okuma-yazma bilmez	2475	87,4	356	12,6	2831	100
Okur yazar	440	64,2	245	35,8	685	100
İlkokulu bitirmiş	602	41,3	854	58,7	1456	100
Orta ve yüksek öğrenim görmüş	103	26,1	291	73,9	394	100
TOPLAM	3620	67,5	1746	32,5	5366	100

khi-kare = 1275,917

SD = 3 P < 0,05 Sonuç önemli

Tablo: 23

Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Annelerin Yaş Dağılımları

Anne Yaşı	ÇOCUK ÖLÜMÜ				Toplam	
	Var		Yok		S	%
	S	%	S	%		
15 - 19	59	57,3	44	42,7	103	100
20 - 24	276	56,0	217	44,0	493	100
25 - 29	367	55,2	298	44,8	665	100
30 - 34	502	55,2	407	44,8	909	100
35 +	2416	56,1	1894	43,9	4310	100
TOPLAM	3620	55,9	2860	44,1	6480	100

khi-kare = 0,367

SD = 4 P > 0,05 Sonuç önemsiz.

IV.8. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Yaş Dağılımları:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan annelerin yaş dağılımları Tablo 23'de gösterilmiştir. Annelerin yaş dağılımları ile çocuklarının ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde fark önemsiz bulunmuştur. (khi-kare = 0,367 SD = 4 P > 0,05)

IV.9. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan annelerin çalışma durumları Tablo 24'de gösterilmiştir. Annelerin çalışıp-çalışmama durumları ile çocuklarının ölüm durumu bakımından istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur. (khi-kare = 10,672 SD = 1 P > 0,05) Ölüm yüzdeleri incelendiğinde en çok ölüm çalışan annelerin çocuklarında görülmüştür.

Tablo: 24

Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Çalışma Durumları

Annenin Çalışma Durumu	ÇOCUK ÖLÜMÜ					
	Var		Yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Çalışıyor	935	59,4	639	40,6	1574	100
Çalışmıyor	2685	54,7	2221	45,3	4906	100
TOPLAM	3620	55,9	2860	44,1	6480	100

khi-kare = 10,672

SD = 1 P < 0,05 Sonuç önemli.

IV.10. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Kalori Tüketim Düzeyleri:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan ailelerin kalori tüketim düzeyleri Tablo 25'de gösterilmiştir. Ailelerin kalori tüketim düzeyleri arasında çocuklarının ölüm durumu bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur (khi-kare = 59,554 SD = 3 P < 0,05). Yapılan ileri khi-kare analizleri sonucunda 2001-2500 ve 2501-3000 kalori tüketen aileler arasında çocuklarının ölüm durumu bakımından fark bulunamamıştır (khi-kare= 2,548 SD = 1 P > 0,05). Ancak 2000 ve az kalori tüketen aileler ile 3001 ve daha fazla kalori tüketen aileler arasında fark olduğu görülmüştür. (khi-kare = 34,286 SD = 1 P < 0,05). Bu iki grup arasında ölüm yüzdeleri incelenmiş, en fazla ölümün 2000 ve daha az kalori tüketen ailelerde olduğu görülmüştür.

Tablo: 25

Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Kalori Tüketim Düzeyleri:

Kalori Tüketim Düzeyleri (kal/Tü/günde)	AİLE SAYISI				Toplam	
	Ölen çocuğu var		Ölen çocuğu yok		S	%
	S	%	S	%		
2000 ve Az (Düşük)	419	68,2	195	31,8	614	100
2001-2500(Sınıırda)	511	61,4	321	38,6	832	100
2501-3000(Normal)	480	57,5	355	42,5	835	100
3001 ⁺ (Aşırı)	632	50,5	620	49,5	1252	
Toplam	2042	57,8	1491	42,2	3533	100

Toplam khi-kare = 59,554

SD = 3 gruplararası fark önemli P < 0,05.

IV.11. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Total Protein Tüketim

Düzeyleri:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan ailelerin total protein tüketim düzeyleri Tablo 26'da gösterilmiştir. Ailelerin total protein tüketim düzeyleri arasında çocuklarının ölüm durumu bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur (khi-kare = 31,78 SD = 2 P < 0,05). 49 gr ve daha az total protein tüketen grup atılarak yapılan ileri analizde diğer iki grup arasında da fark görülmüştür (khi-kare = 7,9 SD = 1 P < 0,05). Ölüm yüzdeleri incelenmiş ve en fazla ölüm 49 gr ve daha az total protein tüketen ailelerde olduğu görülmüştür.

Tablo: 26

Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Total Protein Tüketim
Düzeyleri

Ailelerin Total protein tüketim düzeyleri (gr/Tü/günde)	AİLE SAYISI					
	Ölen çocuğu var		Ölen çocuğu yok		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
49 ve Az (Düşük)	237	70,1	101	29,9	338	100
50-69 (Sınırdaki kabul edilebilir)	573	60,3	377	39,7	950	100
70 ⁺ Normal	1232	54,9	1013	45,1	2245	100
Toplam	2042	57,8	1491	42,2	3533	100

Toplam khi-kare = 31,78 SD = 2

gruplar arası fark önemli P < 0,05.

IV.12. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Hayvansal Protein

Tüketim Düzeyleri:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan ailelerin hayvansal protein tüketim düzeyleri Tablo 27'de gösterilmiştir. Ailelerin hayvansal protein tüketim düzeyleri arasında çocukların ölüm durumu bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur. (khi-kare = 247,874 SD = 3 P < 0,05). Yapılan ileri khi-kare analizleri sonucunda 15,0-19,9 ile 20,0 gr ve daha fazla hayvansal protein tüketen aileler arasında çocuklarının ölüm durumu bakımından fark bulunamamıştır (khi-kare = 3,048 SD = 1 P > 0,05). Yalnız 10,0 gr ve daha az ile 10,1-14,9 gr hayvansal protein tüketen aileler arasında fark görülmüştür (khi-kare = 33,049 SD = 1 P < 0,05). Bu iki grup arasında ölüm yüzdelerine bakılmış 10,0 gr ve daha az hayvansal protein tüketen ailelerde ölüm daha fazla görülmüştür.

IV.13. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Gelir Dağılımları:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan ailelerin gelir dağılımı Tablo 28'de gösterilmiştir. Ailelerin gelir durumları arasında çocuklarının ölüm durumu bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur (khi-kare = 319,926 SD = 3 P < 0,05).

Tablo: 27

Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Hayvansal Protein Tüketim Düzeyleri

Ailelerin Hayvansal Protein Tüketim düzeyleri (gr/Tü/günde)	AİLE SAYISI		AİLE SAYISI		Toplam	
	Ölen çocuğu var S	%	Ölen çocuğu yok S	%	S	%
10.0 ve Az (çok düşük)	726	77,2	215	22,8	941	100
10.1-14.9 (düşük sınırda)	347	63,3	201	36,7	548	100
15.0-19.9 (kabul edilebilir sınırda)	252	50,8	244	49,1	496	100
20.0 ⁺ (Normal)	717	46,3	831	53,7	1548	100
Toplam	2042	57,8	1491	42,2	3533	100

Toplam khi-kare = 247,874 SD = 3
gruplar arası fark önemli P < 0,05.

Tablo: 28

Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Gelir Dağılımları

Gelir Grupları (TL/kişi başına/yılda)	AİLE SAYISI		AİLE SAYISI		Toplam	
	Ölen çocuğu var S	%	Ölen çocuğu yok S	%	S	%
2000 ve Az	415	78,9	111	21,1	526	100
2001-4000	663	69,4	292	30,6	955	100
4001-6000	401	57,5	296	42,5	697	100
6001 ⁺	527	40,0	792	60,0	1319	100
Bilinmeyen	36	100	-	-	36	100
Toplam	2042	57,8	1491	42,2	3533	100

Toplam khi-kare = 319,926 SD = 3
gruplar arası fark önemli P < 0,05.

Yapılan ileri khi-kare analizleri sonucunda 1,2,3 grup aile arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (khi-kare = 64,375 SD = 2 P < 0,05). 1 ile 2. grup aile arasında tekrar khi-kare analizi yapıldığında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (khi-kare = 15,246 SD = 1 P < 0,05). Ölüm yüzdelerine bakılmış en fazla ölüm yılda kişi başına 2000 TL ve daha az geliri olan ailelerde görülmüştür.

IV.14. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Tüm Nüfus Sayısına Göre Dağılımı:

Ölen çocuğu olan ve olmıyan ailelerin tüm nüfus sayısına göre dağılımı Tablo 29'da gösterilmiştir. Ailelerin tüm nüfus sayılarının dağılımı arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (khi-kare = 645,897 SD = 2 P < 0,05) Yapılan ileri analiz sonucunda (3. grup atılarak) 1 ve 2. grup arasında fark önemli bulunmuştur. (khi-kare 139,683 SD = 1 P < 0,05) ölüm yüzdeleri incelenmiş en çok ölüm 7 ve daha fazla nüfusu olan ailelerde görülmüştür.

Tablo: 29

Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Tüm Nüfus sayısına Göre Dağılımı.

Ailenin tüm Nüfus sayısı	AİLE SAYISI				Toplam	
	Ölen çocuğu var		Ölen çocuğu yok		S	%
	S	%	S	%	S	%
3	239	29,9	560	70,1	799	100
4 - 6	1044	54,9	859	45,1	1903	100
7 +	759	91,3	72	8,7	831	100
Toplam	2042	57,8	1491	42,2	3533	100

Toplam khi-kare = 645,897 SD = 2
gruplar arası fark önemli P < 0,05.

V. TARTIŞMA

1. İncelenen Kadınların Gebelik Durumları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların ulusal düzeyde % 9,8'nin 1, % 12,7'sinin 2, % 12,8'nin 3, % 11,5'nin 4, % 18,2'nin 5-6, % 15,6'nın 7 ve daha fazla gebelikleri olduğu bulunmuştur (Tablo 6,7).

Ayrıca tüm kadınların % 80,5'nin gebeliğinin olduğu buna karşılık % 19,5'nun gebeliğinin olmadığı görülmüştür (Tablo 6,7).

Gebeliği olan kadınların ulusal düzeyde % 12,2'sinin 1, % 15,7'nin 2, % 15,9'nun 3, % 14,2'nin 4, % 22,6'nın 5-6, % 19,4'nün 7 ve daha fazla gebelikleri olduğu saptanmıştır (Tablo 8,9).

Yukarıdaki yüzde değerler gözönüne alınarak yapılan hesaplamada bu araştırma kapsamına giren toplumda 15 ve daha büyük yaştaki kadınlar arasında bir kadına ortalama 3,46 gebelik düştüğü saptanmaktadır. Yozgat ilinde 1976 yılında yapılan araştırmada kentsel yerleşme yerlerinde bir kadına 3,97 kırsal alanlarda ise 4,08 gebelik düştüğü saptanmış bulunmaktadır (49). Bulgularımız Yozgat araştırması ile benzerlik göstermektedir.

2. İncelenen Kadınların Düşük Yapma Durumları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların ulusal düzeyde % 12,2'nin 1, % 4'ünün 2, % 2,5'nun 3, % 1,2'nin 4, % 0,9'nun 5-6 ve % 2'nin 7 ve daha fazla düşük yaptıkları bulunmuştur (Tablo 10,11). Ayrıca tüm kadınların % 22,8'nin düşük yaptığı % 77,2'nin düşük yapmadığı görülmüştür (Tablo 10,11). Düşük yapmış olan kadınların ulusal düzeyde % 53,4'nün 1, % 17,5'nun 2, % 11,2'nin 3, % 5,4'nün 4, % 3,8'nin 5-6, % 8,7'nin 7 ve daha fazla düşük yaptıkları bulunmuştur (Tablo 12,13).

Yukardaki yüzde değerler gözönüne alınarak yapılan hesaplamada bu araştırma kapsamına giren toplumda 15 ve daha büyük yaştaki kadınlar arasında bir kadının ortalama 0,54 oranında düşük yaptığı görülmektedir. Yozgat ilinde 1976 yılında yapılan araştırmada kentsel yerleşme yerlerinde bir kadının 0,59 kırsal alanlarda ise 0,44 oranında düşük yaptığı saptanmış bulunmaktadır (49). Bulgularımız Yozgat araştırması ile benzerlik göstermektedir.

3. İncelenen Kadınların Yaşayan Çocuk Sayıları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların ulusal düzeyde % 16,3'nün 1, % 19,8'nin 2, % 18,9'nun 3, % 13,4'nün 4, % 14,6'nın 5-6, % 5,6'nın 7 ve daha fazla sayıda yaşayan çocukları olduğu bulunmuştur (Tablo 14,15). Ayrıca kadınların % 88,7'nin yaşayan çocukları olduğu buna karşılık % 11,3'nün yaşayan çocuğunun bulunmadığı görülmüştür (Tablo 14,15).

Yukarıdaki yüzde değerler gözönüne alınarak yapılan hesaplamada bu araştırma kapsamına giren toplumda 15 ve daha büyük yaştaki kadınlar arasında bir kadının ortalama 2,91 oranında yaşayan çocuklarının olduğu saptanmıştır. Yozgat ilinde 1976 yılında yapılan araştırmada kentsel yerleşme yerlerinde bir kadının 2,42 kırsal alanlarda ise 2,49 oranında yaşayan çocuklarının olduğu görülmüştür (49). Bulgularımız Yozgat araştırması ile benzerlik göstermektedir.

4. Beş Yaş Altı Çocuk Sayısının Cinslere Göre Dağılımı:

Araştırma kapsamına giren 5 yaş altı çocuk sayılarının ulusal düzeyde % 47,6'sının erkek çocuk, % 52,4'nün kız çocuk olduğu saptanmıştır (Tablo 16,17).

5. İncelenen Kadınların Ölen Çocuk Durumları:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki kadınların ulusal düzeyde % 33,6'nın 1, % 12,2'nin 2, % 5,1'nin 3, % 2,5'nun 4, % 1,7'nin 5-6 ve % 0,8'nin 7 ve daha fazla ölen çocuğunun olduğu bulunmuştur (Tablo 18,19). Ayrıca tüm kadınların % 55,9'nun ölen çocuğunun bulunduğu % 44,1'nin ölen çocuğunun bulunmadığı görülmüştür (Tablo 18,19).

Yukarıdaki yüzde değerler gözönüne alınarak yapılan hesaplamada bu araştırma kapsamına giren toplumda 15 ve daha büyük yaştaki kadınlar arasında bir kadının ortalama 0,99 oranında ölen çocuğunun olduğu saptanmıştır.

6. Kadınların Ölen Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

Ulusal düzeyde ölen çocuğu olan kadınların % 70,7'nin çocukları 0-12 aylıkken, % 14,5'nin 13-24 aylıkken, % 8,4'nün 25-60 aylıkken, % 6,3'ü 60 aydan yukarı yaşlarda öldükleri görülmüştür (Tablo 20,21). Araştırmamızda bir yıl içinde doğan ve ölen bebek ve çocukların sayıları tesbit edilemediği için bebek ve oyun çocuğu (Toddler) ölüm hızlarının hesaplanması mümkün olamamıştır. Ancak görülmüştür ki 60 aydan küçük çocukların % 75'inden fazlası 0-12 aylar arasında ölmektedir. Bu oran Türkiye'nin binde 153 olan bebek ölüm hızı ile binde 44 olan oyun çocuğu (Toddler) ölüm hızları (15) arasındaki orantı ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.

7. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Öğrenim Durumları:

Annenin öğrenim durumu yükseldikçe çocuk ölüm yüzdelerinde azalma görülmektedir (Tablo 22). Annelerin öğrenim durumu ile çocuklarının ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde en çok ölümün okuma-yazma bilmeyen annelerin çocuklarında görüldüğü saptanmıştır.

Cura ve Taneli'de (50) yaptıkları araştırmada ölüm oranını öğrenim durumuyla ters orantılı bulmuşlardır.

8. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Yaş Dağılımları:

Annelerin yaş dağılımları ile çocukların ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde fark bulunamamıştır (Tablo 23).

Tezcan (12) ise yapmış olduğu çalışmada genç ve yaşlı annelerde doğum nerede olursa olsun bebek ölüm olasılıklarını orta yaşlı annelere göre daha yüksek bulmuştur.

Cura ve Taneli'de (50) yaptıkları araştırmada genç annelerde çocuk ölümlerini diğerlerine nazaran yüksek bulmuşlardır.

9. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı:

Annelerin çalışıp-çalışmama durumu ile çocuklarının ölüm durumları arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde en çok ölüm çalışan annelerin çocukları arasında görülmüştür (Tablo 24).

Wadsforth (6) yaptığı çalışmada ölüm oranının özellikle çalışan annelerin bebekleri arasında daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Neden olarak çalışan annelerin bebeklerine 7-8 yaşındaki küçük çocukların mama hazırlaması gösterilmektedir.

10. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Kalori Tüketim Düzeyleri:

Ailelerin kalori tüketim düzeyleri yükseldikçe çocuk ölüm yüzdelerinde azalma görülmektedir. Ailelerin kalori tüketim düzeyleri ile çocuklarının ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde en çok ölümün günde 2000 ve daha az kalori tüketin (T.Ü başına)

grupta olduğu bulunmuştur (Tablo 25). Amerika Birleşik Devletleri Tarım Departmanlığı Ekonomi Araştırma Servisi (51) raporuna göre kalori tüketim düzeyine göre görülen en fazla ölüm oranı kesin sınırlar içinde olmamasına rağmen günde 2400 ve daha az kalori tüketen ülkelerde yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir.

11. Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Ailelerin Total Protein Tüketim Düzeyleri:

Ailelerin total protein tüketim düzeyleri yükseldikçe çocuk ölüm yüzdelerinde azalma görülmektedir. Ailelerin total protein tüketim düzeyleri ile çocuklarının ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde en çok ölümün günde 49 gr (T.0 başına) ve daha az total protein tüketen ailelerde olduğu bulunmuştur (Tablo 26).

12. Ölen Çocuğu Olan ve Olmayan Ailelerin Hayvansal Protein Tüketim Düzeyleri:

Ailelerin hayvansal protein tüketim düzeyleri yükseldikçe çocuk ölüm yüzdelerinde azalma görülmektedir. Ailelerin hayvansal protein tüketim düzeyleri ile çocuklarının ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde en çok ölümün günde 10,0 gr ve daha az (T.0 başına) hayvansal protein tüketen ailelerde olduğu bulunmuştur (Tablo 27).

Amerika Birleşik Devletleri Tarım Departmanlığı Ekonomi Araştırma Servisi (51) raporuna göre çocuklarda ikinci yaşa kadar görülen ölüm oranlarının en yüksekini günde 10-20 gr hayvansal protein tüketen ülkelerde görüldüğü açıklanmaktadır.

13. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Gelir Durumları:

Ailelerin gelir durumları yükseldikçe çocuk ölümlerinde azalma görülmektedir. Ailelerin gelir durumları ile çocuklarının ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde en çok ölümün yılda 2000 TL ve daha az (kişi başına düşen) geliri olan grupta olduğu bulunmuştur* (Tablo 28).

Köksal'da (15) ailelerin çocuklara ekonomik güçsüzlük nedeniyle iyi kaliteli ek yiyeceklerin yeterli miktarda yedirilmemesinden dolayı malnütrüsyon ve ölüm olaylarının arttığını söylemektedir.

14. Ölen Çocuğu Olan ve Olmıyan Ailelerin Nüfus Sayısına Göre Dağılımı.

Ailelerin tüm nüfus sayısı yükseldikçe çocuk ölüm yüzdelerinde de artma görülmektedir. Ailelerin tüm nüfus sayıları ile çocukların ölüm durumu arasında khi-kare kullanılarak yapılan istatistiksel analizde en çok ölüm 7 ve daha fazla nüfusu olan ailelerde bulunmuştur (Tablo 29).

Penjup'ta yapılan bir çalışmaya göre (51) bebeklerin ölüm oranı 5 veya daha fazla nüfusu olan ailelerin çocuklarında daha sıklıkla görüldüğü saptanmıştır.

* Not: Bu gelir fiatları 1974 yılına aittir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

VI.1. SONUÇ

Bulgular incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır.

1974 yılı Ulusal Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırmasına göre 15 ve daha fazla yaşta kadınların % 80.5'nun gebeliğinin olduğu buna karşılık % 19,5'nun gebeliğinin bulunmadığı saptanmıştır.

Gebelikleri olan kadınların % 22,8'nin düşük yaptığı % 77,2'nin düşük yapmadığı görülmüştür.

Kadınların % 88,7'nin yaşıyan çocuklarının olduğu % 11,3'nün yaşıyan çocuğunun olmadığı bulunmuştur.

Kadınların % 55,9'nun ölen çocuğunun olduğu % 44,1'nin ölen çocuğunun olmadığı saptanmıştır.

Ölen çocuğu olan kadınların çocuklarının en fazla 0-12. aylar arasında öldüğü saptanmıştır.

Annelerin öğrenim durumu yönünden en çok ölüm okuma yazma bilmeyen annelerin çocuklarında görülmüştür.

Annelerin yaş dağılımları ile çocuklarının ölüm durumu arasında ilişki bulunamamıştır.

Annelerin çalışma durumları yönünden en çok ölüm çalışan annelerin çocuklarında görülmüştür.

Ailelerin günlük kalori tüketim düzeyleri yönünden en çok ölümün günde 2000 ve daha az kalori (T.Ü başına) tüketen ailelerde olduğu saptanmıştır.

Ailelerin günlük total protein tüketim düzeyleri yönünden en çok ölümün günde 49 gr ve daha az (T.Ü başına) total protein tüketen ailelerde olduğu bulunmuştur.

Ailelerin günlük hayvansal protein tüketim düzeyleri yönünden en çok ölümün günde 10.0 gr ve daha az (T.Ü başına) hayvansal protein tüketen ailelerde olduğu görülmüştür.

Ailelerin gelir durumları yönünden en çok ölümün yıllık geliri 2000 TL ve daha az (kişi başına düşen) olan ailelerde olduğu bulunmuştur.

Ailelerin tüm nüfus sayısı yönünden en çok ölümün 7 ve daha fazla nüfusu olan ailelerde olduğu görülmüştür.

VI.2. ÖNERİLER

Günümüzde sağlık yönetiminde epidemiyolojik araştırmalardan geniş ölçüde yararlanılmaktadır. Örneğin toplumda en çok görülen hastalıkları, ölüm nedeni olan olayları bulmak, bunlar için kontrol programları düzenlemek ve her şeyden önce çabuk hastalanma ve ölüm riski olanları saptayarak hizmette öncelik ve ağırlık verilmektedir.

1. Ülkemizde bebek ölümlerinin baş nedenleri arasında beslenme bozukluklarının yer aldığı kanısına varılmaktadır. Bu durum toplumumuzda beslenme sorunlarını çözümü çabalarına hız verilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

2. Toplumda beslenme sorunlarını çözümü yolları çok yönlü çabaları gerektirir. Bu nedenle bir ulusal gıda ve beslenme politikası kalkınma planı içinde yer almalıdır.

3. Yiyeceklerin üretimi, dağıtımı, saklanması gibi işler bir düzen içinde yürütülmeli. Gıda sanayiine önem verilmelidir. Yiyecek fiyatları kontrol altına alınmalıdır.

4. Çocuk beslenmesi için önemli olan süt üretimi ve proteinden zengin çocuk mamaları'nın üretimi ve dağıtım programlarına öncelik verilmelidir.

5. Muhtaç ve kötü beslenme riski altında bulunan çocukları olan ailelere uygun nitelikteki ek yiyeceklerin bedelsiz yahut ucuz fiatla dağıtım programları yapılmalı ve bu programlar devlet tarafından finanse edilmelidir.

6. Aile planlaması çabaları yaygınlaştırılmalıdır.

7. Enfeksiyöz hastalıklar ve parazitlerle mücadele çabaları yoğunlaştırılmalıdır.

8. Özellikle çocuk ve gebe annelerin beslenmesi konusunda halkı eğitmek üzere tüm sağlık personeli (Doktor, ebe, hemşire, diyetisyen) ile öğretmen ve ev ekonomistleri eğitilmeli ve görevlendirilmelidir.

9. Kitle eğitim araçları ile (radyo, televizyon, basın yayın) beslenme eğitimi faaliyetleri yoğunlaştırılmalıdır.

10. Okullarda eğitim programlarında beslenme ile ilgili günlük yaşantısına dönük pratik nitelikte eğitim programları yer almalıdır.

11. Halkın beslenme konusunda eğitimi için göze ve kulağa hitap eden eğitim araçları kullanılmalıdır.

12. Gebelik takibi, doğum sonu bakımın yapılması, çocukların aralıklı izlemelerinin yapılabilmesi için ana-çocuk sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.

13. Ulaşım sorunları, sağlık personelinin yetersizliği ve dağılım dengesizliği gibi çözüm bekleyen sorunlar bir an önce çözümlenmelidir.

VII. ÖZET

1974 yılında yapılan Ulusal Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması çalışmalarında toplamış olduğumuz verilerden yararlanarak bebek ve çocuğu ölen ailelerin beslenme durumu, sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi, nüfus yapısı ile ilgili bilgiler bu tez çalışmasında analiz edilmiş ve değerlendirilmiştir. Bilgilerin istatistiki olarak değerlendirilmesi sonucu; Türkiye'de ulusal düzeyde tüm kadınların % 80,5'nun gebeliğinin olduğu, % 19,5'nun gebeliğinin olmadığı görülmüştür. Ulusal düzeyde tüm kadınların % 22,8'nin düşük yaptığı % 77,2'nin düşük yapmadığı bulunmuştur. Ayrıca ulusal düzeyde tüm kadınların % 88,7'nin yaşayan çocuklarının olduğu, % 11,3'nün yaşayan çocuğunun bulunmadığı görülmüştür.

Ulusal düzeyde beş yaş altı çocukların % 47,6'sının erkek çocuk % 52,4'nün kız çocuk olduğu bulunmuştur.

Ulusal düzeyde tüm kadınların % 55,9'nun ölen çocuğunun bulunduğu % 44,1'nin ölen çocuğunun bulunmadığı görülmüştür.

Ölen çocuğu olan kadınların çoğunlukla çocuklarının 0-12, aylar arasında iken öldüğü saptanmıştır.

Okuma yazma bilmeyen ve çalışan annelerin çocuklarında daha yüksek oranda ölüme rastlanmaktadır.

Ailelerin kalori, total protein, hayvansal protein tüketim düzeyleri düştükçe daha fazla çocuğun öldüğü görülmüştür.

Ailelerin gelir düzeyi ile çocuk ölüm sayıları arasında ters yönde ilişki olduğu bulunmuştur.

Ailelerdeki nüfus sayısı ile çocuk ölüm sayıları arasında paralellik olduğu görülmüştür.

VII. KAYNAKLAR

- 1- Nüfus Haberleri, Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Bülteni, Mart 1971, sayı 16.
- 2- Türkiye Nüfus Araştırmalarından Elde Edilen Hayati İstatistikler, 1966-1967, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzıssıhha Okulu, Ankara.
- 3- Erzurum İli Sağlık Araştırmaları, 1.7.1970-30.6.1971, S.S.Y.B. Erzurum İli Örgütü ve Türkiye Aile Planlanması Derneği Erzurum şubesi tarafından yayınlanmıştır. Expres Matbaası, Erzurum.
- 4- World Health Statistic Reports, W.H.O yayını, Vol 26, No 3, 1973.
- 5- Köksal, O., Nüfus Artışı ve Beslenme Konulu Seminer Notu. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1977.
- 6- Wadsworth, G.R, çeviren Soyuer, M., Beslenme ve Halk Sağlığı S.S.Y.B. Hıfzıssıhha Okulu. Yayın no 45, 1970.
- 7- Öztekin, Z., Çocukluk Dönemleri, Köy Ebeleri için Çocuk Sağlığı Bilgisi Kitabı, sayfa 13, 1975.
- 8- The Prevention of Perinatal Mortality and Morbidity Report of a W.H.O Expert Committee, W.H.O. Technical Report Series, No. 457. Geneva, 1970.
- 9- Velicangil, S., Ana ve Çocuk Sağlığı Problemlerine Genel Bakış. İstanbul II. Ana-Çocuk Sağlığı Sömineri. 12 Temmuz 1963, T.C. S.S.Y.B., A.Ç.S. Müdürlüğü İstanbul, 1966.

- 10- Dirican, R.M., Yozgat İlçe ve Köylerinde Bebek ve 5 Yaşından Küçük Çocuk Ölümleri. Sağlık Dergisi, 44(516), sayfa 41-50, 1970.
- 11- Öner, S., Nüfus Bilim Sözlüğü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Yayınları D-17. Sayfa 34, 1972.
- 12- Tezcan, S., Etimesgut Bölgesinde Son 5 Yıllık Doğum Kohordunda Bebek ölümleri. Doç. Tezi. Hacettepe Ün. Tıp Fak. Toplum Hek. Bilim Dalı. Ankara, 1976.
- 13- Köksal, O., Toplum Beslenmesi Ders Notları, Hacettepe Üniversitesi, 1972.
- 14- Turkish Demographic Survey, Vital Statistics, 1966-1967, Hacettepe Press, Ankara, 1970.
- 15- Köksal, O., Nutrition in Turkey. Hacettepe Ün. Ankara, 1976.
- 16- Alpay, M., Gebelikte Bebeğe Zararlı Etkilerde Bulunan Etmenler. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 7:3, 322-328, 1974.
- 17- Beslenme Konusunda Yapılan Araştırma ve İnceleme Sonuçları. Türkiye'de Beslenme sorunu T.C. Başbakanlık Planlama Teşkilatı yayını. Sayfa 39-69; Ocak 1970, Ankara.
- 18- Kansu, C.A., Infant Mortality in Turkish Villages, The Turkish Journal of Pediatrics. 3: 129, 1961.
- 19- Aydın, F., Çocuk Mortalitesine Etki Eden Faktörler. E.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı Kürsüsü ilk 8. yıllığı, sayfa 36, 1969.
- 20- Benli, D., Etimesgut Eğitim Araştırma Sağlık Grubu bölgesi 1967-1968 yılları değerlendirmesi, ihtisas tezi, Ankara, 1969.

- 21- Gürson, C.Neyzi, O., İstanbul Bölgesinde Çocukluk Yaşlarında Beslenme Durumu. Besin Simpozyomu sayfa, 110, 1969.
- 22- Uzel, A., Kayseri ilinin Tomarza ilçe Merkezi ve 6 köyünde Beslenme Durumu. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1; 1: 26-41, 1972.
- 23- Nüfus Haberleri, Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Bülteni, sayı 19, Mart, 1972.
- 24- Köksal, O., Nutrition in Turkey, Hacettepe Üniversitesi Ankara, 1976.
- 25- Bağcı, A., Çubuk Bölgesinde 0-36 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Prevelansı ve Avitaminozlarla ilgili Bir Araştırma Hacettepe Ün. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Uzmanlık Tezi, 1976.
- 26- Cerit, S., The Biological Aspects of Infant Mortality in Turkey, Hacettepe University Institute of Population Studies. Population series No. 2 p. 10-14. March 1976, Ankara.
- 27- Infant and Perinatal Mortality in Denmark. Vital and Health Statistics, Series 3, No 9, p. 54, Table 11, 1967.
- 28- Aykroyd, W.R., Mortality in Infancy and early childhood and its Relation to malnutrition, Turk, J. Pediatr. 10:50-7 Jul, 1968.
- 29- Gordon, J.E. and Ingalls, T.M., The Second Year Rate in Less Developed Countries, Amer, J. Med. SCT. 254: 357, 1967.
- 30- Velicangil, S., Ana ve Çocuk Sağlığı Problemlerine genel bir bakış. İstanbul II. Ana Çocuk Sağlığı Semineri Tebliğleri. Sayfa 9, İstanbul 1963.
- 31- Kansu, C.A., Çevremizde Süt Çocukları Hypotrophieleri Üzerinde Tartışma, Dirim. 24: 124-190, 1954.

- 32- Cura, S., The Social Aspects of Child Nutrition in Turkey, *The Turk. J. Pediat.* 3: 145, 1961.
- 33- Baysal, A., Gebe ve Emzikli Kadınların Beslenmesi, *Beslenme, Hacettepe Ün. Yayınları/A 13, sayfa. 341-349, 1975.*
- 34- Köksal, O., Gebelikte Beslenme, *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni* 5; 2: 88-104. Nisan 1972.
- 35- Davidson, S. and Passmore, R., *Human Nutrition and Dietetics, The Williams and Wilkins co., Baltimore, P. 637, 1975.*
- 36- Warkony, J.J., Production of Congenital Malformations by dietary measures. *Amer. med. Ass., 168: P.2020, 1958.*
- 37- Anderson, W.J.R., Barind, D. and Thomson, A.M. Epidemiology of still births and infant deaths due to congenital malformation. *Lancet.* 1: 1304, 1958.
- 38- Robertson, W.F. Thalidomide ("distaval") and Vitamin-B Deficiency. *Brit. Med. J.* 1: 792, 1962.
- 39- Intra-Uterine Undernutrition and Brain Development, *Nutrition Reviews.* 31: 191, 1971.
- 40- Giles, C., An account of 335 Cases of Megaloblastic Anemia of Pregnancy and the Puerperium, *Journal of Clinical Pathology.* 19: 1, 1966.
- 41- Murley, L.S., The consequences of Fetal Improverishment. *Nutrition Today.* Cilt 3, sayı 14, 1968.
- 42- Udani, P.M., Physical Growth of Children in different socio-economic groups in Bombay. *Indian J. Child. Hlth.,* 12: 593, 1963.
- 43- Hollingsworth, M.J., The Birth Weights of African and European babies born in Ghana, *W. Afr. Med. J.* 9: 256, 1960.
- 44- Timmer, M., Prosperity and birthweight in Javanese infants, *Trop. Geogr. Med.* 13; 316, 1961.
- 45- Silva, C.C., Fernando, P.V.D. and Gunaratne, C.D.H. The Search for a prematurity Level in Colombo, Ceylan. *J. Trop. Pediat.,* 8:29, 1962.

- 46- Köksal, O., Malnütrisyon ve Enfeksiyonlar Arasındaki ilişkiler. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni-cilt 7, Sayı 2 Nisan 1974.
- 47- Köksal, O., ve Arkadaşları., Ulusal Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketim Araştırması: 1977 (yayınlanmak üzere).
- 48- Köksal. O., Baysal. A., Pekdur, U.: Hacettepe Ün. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Gıda Kompozisyon cetvelleri, mimograf: 1969.
- 49- Yozgat Proje Başlangıcında Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması ve Sağlık Uygulamalarında Genel Durum. Hacettepe Ün. Nüfus Etüdüleri Enst. Yayını, 1976.
- 50- Cura. S., Taneli, B., Annelerin Kültür Derecesi ile Çocuklarının Beslenmesi Arasındaki Münasebet. Ege. Ün. Tıp Fak. Mec. 1: 4; 397, 1962.
- 51- Nutritional Science and Society. Nutro Rev. 27 (12); 331-8. Dec. 1969.

IX. EKLER

BESİN HAZIRLAMA, SAKLAMA VE SERVİS UYGULAMALARI

1. KART No.

4. İL

2. AİLE No.

5. SINIF

3. BÖLGE

6. ANKETÖR No.

7. BESİN HAZIRLAMA OLANAKLARI

(13)	1. Ayrı Mutfak	1=var	2=yok
(14)	2. Pişirme Ocağı : 1=odun, 2=tezek, 3=kömür, 4=gazocağı, 5=bütangaz, 6=havagazı, 7=elektrik		
(15)	3. Fırın	1=var	2=yok
(16)	4. Dödüklü Tencere	1=var	2=yok
(17)	5. Buzdolabı	1=var	2=yok
(18)	6. Tel Dolap	1=var	2=yok
(19)	7. Evde su	1=var	2=yok
(20)	8. Suyun Durumu : 1=klorlu, 2=kaynak suyu, temiz, 3=temizliği şüpheli, 4=kirli		

BESİN SAKLANMASI

KİŞİ İÇİN YIYECEK HAZIRLAR VEYA SAKLAR MISINIZ ? :

(1=var	2=yok)	
(21)	Un	(31) Et kavurma
(22)	Ekmek	(32) Balık tuzlama
(23)	Yarma, bulgur	(33) Balık kurutma
(24)	Tarhana	(34) Sebze kurutma
(25)	Erişte	(35) Sebze konserve
(26)	Kuskus	(36) Sebze turşu ve salamurası
(27)	Yoğurt	(37) Meyve kurutma
(28)	Peynir	(38) Meyve konservesi
(29)	Çökelek	(39) Meyveden reçel ve marmelat
(30)	Et kurutma, tuzlama	(40) Pekmez
		(41) Yağ

9. YEMEK SERVİSİ

- (42) Bütün aile yemekleri 1 tabaktan yer (=1) Herkes ayrı tabaktan yer (=2)?

AİLENİN GENEL DURUMU

1. KART NO.

2. AİLE NO.

3. BÖLGE

4. İL

5. SINIF

6. ANKETÖR NO.

7. Aile birey sayısı toplamı :

8. Ailenin bu yerde yaşadığı süre (yıl)

9. Önceden yaşadığı yer (il)

GELİR

10. TARIMSAL ÜRÜNLER

Ürün Adı	Yıllık Üretim Miktarı	Birim Satış Fiyatı	Toplam Gelir TL.

11. HAYVANLAR

Hayvan Türü	Sayısı	Birim Satış Fiyatı	Yıllık Hayvan Satışı	Toplam Gelir TL.

12. DİĞER GELİRLER

Ücret	Maaş	Ticaret Komisyon Gelir.	Kira Geliri	Yurt Dışı İşçi Geliri	Toplam TL.

13. TOPLAM GELİR

TARIM	HAYVAN	DİĞER	TOPLAM TL.
(56)	(56)	(57)	(58)

14. Şehirden mi, köyden mi geldiniz ? Şehir15. Ana Çocuk Sağlığı Merkezi ne kadar sık ziyaret edersiniz ?

KODLAR

- 1= 1000 ve -- TL/Yıl
 2= 1001 - 2000
 3= 2001 - 3000
 4= 3001 - 4000
 5= 4001 - 5000
 6= 5001 - 6000
 7= 6001 - 7000
 8= 7000 ve + TL/Yıl
 9= Bilinmiyor

EK II

TOKETİM ONİTESİ HESAPLAMA
REHBERİ (A)

<u>YAŞ GRUBU</u>	<u>ERKEK</u>	<u>KADIN</u>
0-1	0.4	
1-3	0.5	
4-6	0.6	
7-9	0.7	
10-12	0.9	0.8
13-15	1.1	0.9
16-19	1.2	0.8
20-29	1.0	0.8
30-39	1.0	0.7
40-49	0.9	0.7
50-59	0.9	0.6
60-69	0.8	0.6
70+	0.7	0.5
Gebelik için ek		0.1
Emzicilik için ek		0.3

TOKETİM ONİTESİ ÜVONLERE GÖRE HESAPLAMA
REHBERİ (B)

<u>YAŞ GRUBU</u>	<u>SABAHA</u>		<u>ÜGLE</u>		<u>AKŞAM</u>	
0-1	0.1		0.1		0.2	
1-3	0.1		0.2		0.2	
4-6	0.1		0.2		0.3	
7-9	0.2		0.2		0.3	
	<u>ERKEK</u>	<u>KADIN</u>	<u>ERKEK</u>	<u>KADIN</u>	<u>ERKEK</u>	<u>KADIN</u>
10-12	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3
13-15	0.2	0.2	0.3	0.3	0.5	0.4
16-19	0.2	0.2	0.4	0.3	0.6	0.3
20-29	0.2	0.2	0.3	0.3	0.5	0.3
30-39	0.2	0.2	0.3	0.2	0.4	0.3
40-49	0.2	0.2	0.3	0.2	0.4	0.3
50-59	0.2	0.1	0.3	0.2	0.4	0.3
60-69	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.3
70+	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2