

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM
ÖĞRENCİLERİNDE BİLİNER SAĞLIK
SORUNLARININ SAPTANMASI**

**Tezi Hazırlayan
Mine SİĞMALI**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Mart 2006
KAYSERİ**

Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında **Mine SIĞMALI** tarafından hazırlanan “**Kayseri İl Merkezindeki İlköğretim Öğrencilerinde Bilinen Sağlık Sorunlarının Saptanması**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalı’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

22.02.2006

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK

Üye : Prof.Dr.Selim KURTOĞLU

Üye : Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA (Danışman)

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

AŞÇIOĞLU

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral

TEŞEKKÜR

“Kayseri İl Merkezindeki İlköğretim Öğrencilerinde Bilinen Sağlık Sorunlarının Saptanması” konulu tezimin hazırlanmasında değerli katkılarından yararlandığım Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK hocama öncelikle teşekkürlerimi sunuyorum. Motivasyonu, anlatılmaz manevi desteğiyle çalışmalarımda çok önemli katkıları bulunan değerli danışmanım Sayın Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA’ya, Kayseri İl ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü yetkililerine, araştırma yaptığım okul idareci ve öğretmenlerine, anketime katılan öğrenci ve velilerine, ayrıca beni bugüne getiren ve ufkumu aydınlatan değerli aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim.

III

KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BİLİLEN SAĞLIK SORUNLARININ SAPTANMASI

ÖZET

Bu araştırma Kayseri il merkezinde bulunan ilköğretim okullarında öğrenim gören 7-16 yaş grubu çocuklarda kronik hastalık, ruhsal sorunlar ve bedensel yetersizliklerin görülme sıklığını saptamak amacıyla yapılmıştır. İl merkezinde bulunan ilköğretim okulları sosyoekonomik düzeye göre iyi, orta ve kötü olarak tabakalandırılmıştır. Her tabakadan 1/5 örneklem oranına göre ve Basit Tesadüfi Örnekleme Yöntemi ile seçilen 20 okuldaki 4842 öğrenciye anketler dağıtılarak ailesiyle birlikte doldurup, geri toplamak suretiyle yürütülmüştür. Araştırmada kronik hastalık görülme oranı %18.5, bedensel yetersizlik görülme oranı %15.9, ruhsal sorunların görülme oranı %8.9 olarak bulunmuştur. İlk beş sırada görülen kronik hastalıklar; diş ve diş eti hastalıkları, sık tekrarlayan enfeksiyonlar, eklem romatizması, astım ve deri hastalıklarıdır. En önemli bedensel yetersizlikler arasında ilk üç sırada görme, konuşma ve işitme problemleri, ruhsal sorunlar arasında ise idrar kaçırma, ruhsal sorunlar ve tikler yer almaktadır. Kronik hastalık ve bedensel yetersizlik görülme oranı bakımından erkek ve kız öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ancak, ruhsal sorunların erkek öğrencilerde anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Araştırmada kronik hastalıklar sosyoekonomik düzeyi orta, ruhsal sorunlar ise sosyoekonomik düzeyi kötü okullarda anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Bedensel yetersizlikler ise ekonomik durumu orta ve kötü okullarda benzer oranda saptanmıştır. Diğer taraftan kronik hastalıklar ve ruhsal sorunlar kamu okullarında, bedensel yetersizlikler ise özel okullarda öğrenim gören öğrencilerde anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Kronik hastalıklar en fazla ilköğretim ikinci sınıfta görülmekte, bunu ilköğretim dördüncü sınıftaki artış izlemektedir. Kronik hastalık görülme oranı ilköğretim beşinci sınıftan itibaren giderek azalmaktadır ($p<0.05$). Bedensel yetersizlikler en fazla sekizinci sınıf çocuklarda görülmekte, bunu altıncı sınıf ve üçüncü sınıf çocuklarda görülen yetersizlik oranları izlemektedir ($p<0.05$). Ruhsal sorunlar ilköğretim birinci ve ikinci sınıfta daha fazla görülmüş, üçüncü sınıftan itibaren azalmaya başlayarak sekizinci sınıfta en düşük düzeye ulaşmıştır ($p<0.05$). Araştırmada BMI'e göre 5.'inci percentilin altındaki çocuk oranı %1.0, 95.'inci percentilin üzerindeki çocuk oranı %12.9 olarak saptanmıştır. Sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan okullarda 5-95.'inci percentil arasında olan öğrenci oranı, ekonomik düzeyi orta olan okullarda ise 5.'inci percentilin altında ve 95.'inci percentilin üstündeki çocuk oranı anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Aşırı zayıflık ve şişmanlık oranı özel okullarda kamu okullarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kronik hastalığı, bedensel yetersizliği ve ruhsal problemi olan çocuklarda okula devamsızlık (%36.6) ve sınıf tekrarı (%23.3) önemli bir sorun oluşturmaktadır. Okula devamsızlık kronik hastalığı olan (%98.6), sınıf tekrarı ise ruhsal problemler yaşayan (%29.0) öğrencilerde anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. Akademik başarı düzeyi en fazla bedensel yetersizliği olan öğrencilerde olumsuz etkilenmiş, bunu ruhsal problemleri ve kronik hastalığı olan öğrenciler izlemiştir. Kronik hastalığı olanların okulda en sık yaşadıkları sorun yemek yeme vb. iken, bedensel yetersizliği ve ruhsal problemi olanlar arkadaş ilişkilerinde daha fazla sorun yaşamaktadırlar.

Anahtar kelimeler : İlköğretim öğrencileri, kronik hastalıklar, yetersizlikler, ruhsal sorunlar, prevalans

**IN THE CENTRE OF KAYSERİ PROVINCE DETERMINING HEALTH
PROBLEMS OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS**

ABSTRACT

This research is performed in order to determine sighting frequency of chronic diseases, psychological problems and physical disabilities of 7-16 aged primary school students in Kayseri province. In the province centre, primary schools are classified as good, median and bad according to socio-economic level. From each layer, according to 1/5 sampling rate and with simple coincidental sampling in 20 selected schools some questionnaires were distributed to 4842 students thereby filling them with their families and bringing them again. In the research, sighting rate of chronic diseases was found 18.5 %; physical disability 15.9 %; psychological problems 8.9 %. The chronic diseases, seen in the first 5 rank, were; teeth and gingiva diseases, frequently repeated infections, joint rheumatism, asthma and skin diseases. Among the most important physical disabilities in the first 3 rank; speaking and auditory problems and among the psychological problems; urine abduction, ticks and psychological problems took place. With regard to sighting rate of physical disability and chronic disease, no meaningful difference was found among the male and female students but it was determined that psychological problems of male students were high in a meaningful level. It was found in the research that chronic diseases were high in the schools whose socio-economic level's were median and psychological problems were meaningfully high in the schools whose socio-economic level's were bad. And physical disabilities were determined in similar rates both in the schools socio-economically median and bad. On the other hand, chronic diseases and psychological problems in public school students and physical disabilities in private school students were found meaningfully high. Chronic diseases were mostly seen in the second class of primary school and increase of fourth class follows this. Sighting rate of a chronic disease decreased gradually from the fifth class of primary school ($p < 0.05$). Physical disabilities were mostly seen in the class 8 children and the disability rates of class 6 and 3 follow this ($p < 0.05$). Psychological problems were seen in the first and second classes of primary school but they started to decrease from the third class and reached their most low degree in the class 8. ($p < 0.05$). In the research, according to BMI, the children rate below 5. percentilin was determined as 1.0% and above 95. percentilin 12.9%. In the schools whose socio-economic level is good the student rate between 5-95. percentilin and in the economically median schools the student rate below 5. percentilin and above 5. percentilin was found meaningfully high. Obesity and diathesis rates were higher in private schools than the public schools. Discontinuity (36.6%) and class repetition (23.3%) is the important problems in children who have chronic disease, physical disability and psychological problems. In the students having a chronic disease (98.6%); discontinuity and in the students having psychological problems; class repetition (29.0%) is seen meaningfully high. Academic success level is affected mostly in the students having a physical disability and the students having psychological problems and a chronic disease follow this. In school the most common problem of the students having a chronic disease is eating etc. and the students having psychological problems and physical disability have problems in their friend relations.

Key words : Primary school students, chronic diseases, physical disabilities, psychological problems, prevalence

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ.....	3
2.2. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE KALP-DAMAR SİSTEMİ HASTALIKLARI.....	3
2.3. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE KAN HASTALIKLARI	5
2.4. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE DERİ HASTALIKLARI.....	6
2.5. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE MİDE VE BAĞIRSAK HASTALIKLARI	6
2.6. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ROMATİZMAL HASTALIKLAR	7
2.7. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ENDOKRİN SİSTEM HASTALIKLARI	7
2.8. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI	9
2.9. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE DİŞ VE DİŞ ETİ HASTALIKLARI.....	11
2.10. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE SIK TEKRARLAYAN ENFEKSİYONLAR	11
2.11. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BÖBREK HASTALIKLARI.....	12
2.12. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BÜYÜME VE GELİŞME YETERSİZLİKLERİ	13

2.13. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE VİTAMİN VE MİNERAL YETERSİZLİKLERİ.	13
2.14. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ALERJİ VE ALERJİK HASTALIKLAR.....	17
2.15. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME VE BESLENME BOZUKLUKLARI	18
2.16. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BEDENSEL YETERSİZLİKLER.....	19
2.17. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE GÖRME PROBLEMLERİ	20
2.18. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE KONUŞMA BOZUKLUKLARI.....	22
2.19. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ZEKA GERİLİKLERİ.....	22
2.20. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE RUHSAL SORUNLAR.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	49
6. KAYNAKLAR	60
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<u>no</u>	
Tablo 4.1. Araştırma grubuna alınan çocukların yaş gruplarına, cinsiyet ve kardeş sayısına göre dağılımı.....	29
Tablo 4.2. Araştırma grubuna alınan çocukların ailesel özellikleri	30
Tablo 4.3. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre kronik hastalıkların görülme durumu.....	30
Tablo 4.4. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre bedensel yetersizliklerin görülme durumu	31
Tablo 4.5. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre ruhsal problemlerin görülme durumu.....	32
Tablo 4.6. Araştırma grubuna alınan çocuklarda kronik hastalık, yetersizlik ve ruhsal sorunlar görülme durumu	33
Tablo 4.7. Araştırma grubuna alınan çocuklarda görülen kronik hastalıkların sayısal dağılımı	33
Tablo 4.8. Araştırma grubuna alınan çocuklarda görülen yetersizliklerin sayısal dağılımı	33
Tablo 4.9. Araştırma grubuna alınan çocuklarda görülen ruhsal sorunların sayısal dağılımı	34
Tablo 4.10. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre kronik hastalık görülme durumu.....	34
Tablo 4.11. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre yetersizliklerin görülme durumu	35
Tablo 4.12. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre ruhsal sorunların görülme durumu	35
Tablo 4.13. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okulların sosyo-ekonomik durumuna göre kronik hastalıkların görülme durumu.....	36
Tablo 4.14. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okulların sosyo-ekonomik durumuna göre yetersizliklerin görülme durumu.....	36
Tablo 4.15. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okulların sosyo-ekonomik durumuna göre ruhsal sorunların görülme durumu	37
Tablo 4.16. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okul statüsüne göre kronik hastalık görülme durumu.....	37
Tablo 4.17. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okul statüsüne göre yetersizlik görülme durumu	38
Tablo 4.18. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okul statüsüne göre ruhsal sorunlar görülme durumu.....	38
Tablo 4.19. Araştırma grubuna alınan çocukların sınıflarına göre kronik hastalık görülme durumu	39

Tablo 4.20.	Araştırma grubuna alınan çocukların sınıflarına göre yetersizlik görülme durumu	40
Tablo 4.21.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda sınıflara göre ruhsal sorunların görülme durumu....	41
Tablo 4.22.	İlköğretim öğrencilerinde trafik kazası geçirme durumu.....	41
Tablo 4.23.	Araştırmaya alınan çocukların cinsiyetine göre aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu.....	42
Tablo 4.24.	Okulların sosyo-ekonomik durumuna göre çocuklarda aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu	42
Tablo 4.25.	Okul türüne göre çocuklarda aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu	43
Tablo 4.26.	Araştırmaya alınan çocukların sınıflarına göre aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu.....	43
Tablo 4.27.	Araştırma grubundaki kronik hastalığı olan çocuklarda devam problemi yaşama durumu.....	44
Tablo 4.28.	Araştırma grubundaki yetersizlik görülen çocuklarda devam problemi yaşama durumu.....	44
Tablo 4.29.	Araştırma grubundaki ruhsal sorunları olan çocuklarda devam problemi yaşama durumu.....	45
Tablo 4.30.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda kronik hastalık görülme durumuna göre sınıf tekrarı	45
Tablo 4.31.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda yetersizlik görülme durumuna göre sınıf tekrarı....	46
Tablo 4.32.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda ruhsal sorunlar görülme durumuna göre sınıf tekrarı	46
Tablo 4.33.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda kronik hastalığı olan çocukların ilişkilerinde sorun yaşama durumu	46
Tablo 4.34.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda yetersizlik sorunu yaşama durumu	47
Tablo 4.35.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda ruhsal sorunlar yaşama durumuna göre okulda sorun yaşama durumu	47
Tablo 4.36.	Araştırma grubuna alınan çocuklarda kronik hastalık, yetersizlik ve ruhsal problemler okulda başarı durumu.....	48
Tablo 4.37.	Araştırma grubuna alınan kronik hastalık, yetersizlik ve ruhsal sorunu olan çocukların ailelerinin çocuğun hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olma konusundaki düşünceleri	48

IX

KISALTMALAR

KKY	: Koroner kalp yetmezliği
AS	:Aort Stenozu
VSD	:Ventriküler Septal Defekt
EYD	: Endokardiyal yastık defektleri
PDA	: Patent Duktus Arteriosus
KB	: Arteriyel Kan Basıncı
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
OEH	: Ortalama Eritrosit Hacmi (OEH)
SLE	: Sistemik Lipis Eritematoz
IDDM	: İnsüline Bağımlı Diabet (Tip I Diabet)
ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
PEM	: Protein Enerji Malnütrisyonu
DKÇ	: Doğuştan (Konjenital) Kalça Çıkığı
BMI	: Body Mass Index (Beden Kitle İndeksi)
DEHB	: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Okul çağı olarak kabul edilen 7-16 yaş grubu çocukların, buldukları yaş grubundan ve içinde buldukları ortamlardan kaynaklanan farklı özellikleri ve sorunları vardır.

Çocukluk çağı, erişkinlerde görülen kronik hastalıkların görülebildiği gibi ruhsal sorunların ve bedensel yetersizliklerin de görüldüğü bir dönemdir. Kronik hastalıkların oluşmasında organik sebepler, ruhsal sorunların oluşmasında ise psikolojik etkenler söz konusudur. Bu rahatsızlıklar, erken dönemde tanınıp tedavi edilmediği ya da aile ve çevre tarafından uygunsuz tepkilerle karşılandığı takdirde, çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişmesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedirler.

İlkokul dönemi çocuğu; hızlı büyüme gelişme gösterdiğinden bu dönemin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan sağlıklı geçirilmesi oldukça önemlidir.

Ülkemizde genel nüfusun % 27'sini 0-14 yaş grubu çocuklar oluştururken, bu oranın % 12'sini ilkokul çağı çocuklarının oluşturduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde özellikle ilkokul çağı çocuklarda infeksiyon hastalıkları, beslenme bozukluğu, kansızlık, paraziter hastalıkların ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir.

Bunun yanında kronik hastalık; “genellikle öldürücü olmayan ve o yıl içinde 3 aydan fazla süren fiziksel hastalık hali veya 1 aydan fazla devamlı hastane bakımı gerektiren durum” olarak tanımlanmaktadır.

Her 1/20 çocuğun kronik hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Dđnya çocuk nđfusunun % 15-20'si Tđrkiye'de ise % 9'unu zrl çocuklar oluşturmaktadır.

Kronik hastalıklar, ruhsal sorunlar ve bedensel yetersizlikler; ölüm, sakatlık ve ekonomik kayıplar yanın da çocuğun bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimleri açısından önemli bir halk sağlığı problemidir.

Bu çalışmada; 7-16 yaş grubu ilköğretim ğrencilerinde kronik hastalık, ruhsal sorunlar ve bedensel yetersizliklerin görülme durumunun saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

İnsanı şekillendiren dört temel unsur; aile, okul, toplum (çevre) ve topluma hakim “kültür”dür.

Okul, aileden sonra insanı şekillendiren ikinci eğitim kurumudur. Aileden sonra en önde geleni de ilköğretimdir. İlköğretim çocuğun ailede aldığı eğitimi pekiştiren ya da budayan bir işleve sahiptir. İlköğretim çocuğun aileden getirdiği davranışları düzeltir. Zayıf yönleri güçlendirir, güçlü yönleri pekiştirir.

Çocuğa uyguladığı değişik plan ve programlarla çağın ilimlerini öğretir. Onu sosyalleştirir. 0-6 yaş grubuna uygulanan duygusal yaklaşım o andaki ruh ve beden sağlığını etkilediği gibi gelecekteki kişilik yapısını etkilemektedir (1).

2.2. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE KALP-DAMAR SİSTEMİ HASTALIKLARI

2.2.1. Konjenital Kalp Hastalıkları

Çocuklarda görülen kardiyovasküler hastalığı oluşturan iki önemli durum konjenital kalp hastalığı ile romatizmal ateştir (2). Konjenital kalp hastalığı 1.000 canlı doğumunun 4.05 ile 10.2'sinde (ortalama olarak 8'inde) görülür (3). Doğumda Kardiyovasküler malformasyonların sıklığı 1000 de 8 kadardır ve bunlar hayatın ilk yılında konjenital defektlerin neden olduğu ölümlerin yaklaşık % 50'sini oluştururlar (2).Araştırmamızda çocukların%0.2 sinde kalp hastalığı tespit edilmiştir.

2.2.2. Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY)

- **Aort Stenozu (AS)**
- **Aort Koarktasyonu** ciddi kalp hastalığı olan yenidoğanların % 9.5'inde görülür (3).
- **Ventriküler Septal Defekt (VSD)**
- **Endokardiyal Yastık Defektleri (EYD)**
- **Duktus arteriozus açıklığı (Patent Duktus Arteriozus=PDA)** : Duktus arteriozus açıklığı, bütün doğuştan kalp hastalıkları içinde ikinci sırayı almaktadır. Kalp anomalileri içinde en sık rastlanan duktus arteriozus açıklığıdır (4).
- **Geçici miyokardiyal iskemi (3).**

2.2.3. Hipertansiyon

Sistemik arteriyel kan basıncı (KB) kalp debisi, kan volumu ve periferik vasküler direncin bir fonksiyonudur. Bu komponentleri regule eden mekanizmalardan bir ya da birkaçında meydana gelen değişiklikler hipertansiyona neden olur.

Kız ve erkek çocuklarda KB değerleri yaşla değişim gösterir. Çocuklarda yaşla değişen normal sistolik ve diastolik KB değerleri belirlenmiş ve % 5-95 arasında değişim gösteren eğriler elde edilmiştir (5).

Normal kan basıncı değerleri, iklim, coğrafi etkenler yüksek bölgelerde yaşamalar beslenme gibi bazı faktörlerden etkilenir (6).

Çocukluğu çağında hipertansiyon (HT) % 1-3 oranında görülmektedir (5). Araştırmamızda hipertansiyon prevalansı %0.1 bulunmuştur.

Bir çok kazanılmış konjenital ve vasküler böbrek hastalıkları ve tümörler HT nedeni olabilmektedirler (5).

Çocuklarda Hipertansiyonun Etiyolojisi: Primer Hipertansiyon (idiopatik, esansiyel hipertansiyon) Çocuklarda nadirdir. TA genellikle hafif yüksek asemptomatiktir. Uzun sürede kardiyovasküler hastalıklar gelişir. Ailesel eğilim söz konusudur.

Sekonder Hipertansiyon: Çocuklarda en sık hipertansiyon sekonderdir (7).

2.3. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE KAN HASTALIKLARI

2.3.1. Anemi

Kandaki hemoglobin miktarının bireyin yaş ve cinsi için belirtilen normal değerlerin altına düşmesine anemi denir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporlarına göre hemoglobin değerinin 6 ay – 6 yaş arasında 100 milimetre 11 gram, 6-14 yaş arasında 12, 14 yaş ve üzeri (yetişkin) erkeklerde 13, 14 yaş üzeri (yetişkin) kadınlarda 12 gramın altında olması anemi olarak kabul edilmektedir (8).

Çocukluk çağında anemi nedenleri üç büyük grupta toplanabilir :

1. Eritrositlerin veya hemoglobinin yetersiz yapımına bağlı anemiler,
2. Eritrositlerin aşırı yıkımına bağlı anemiler (hemolitik anemiler),
3. Kan kaybına bağlı anemiler.

Ayrıca anemiler ortalama eritrosit hacmine (OEH) göre; normokrom normasiter, hipokrom mikrositer ve makrositer anemiler olarak sınıflandırılabilir (9).

Demir eksikliği anemisi çocuklarda en sık görülen kansızlık tipini oluşturmaktadır (10). Demir eksikliği büyümenin hızlandığı dönemlerde daha sık görülmekte, beslenme biçimi sosyo-ekonomik durum ve geçirilmiş enfeksiyonlar oluşumuna katkıda bulunmaktadır (11).

Okul çağı çocuklarının üçte birinde demir yetersizliğine bağlı anemi saptanmıştır. Kırsal kesimde kentsel kesimden daha sık görülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmaya göre okul çağı çocuklarda demir yetersizliği görülme sıklığı % 19.1 ve demir yetersizliği anemi sıklığı % 3.9 olarak saptanmıştır. Bizim araştırmamızda çocukların %0.3ünde kan hastalıkları görülmektedir.

Demir yetersizliği anemisinde okul çocuklarında IQ (zeka puanı) 5-7 puan düşmekte, okul başarısı algılama ve dikkat etkilenmekte ve vücutta kurşun emilimi artmaktadır (12).

2.4. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE DERİ HASTALIKLARI

Dermatofit Hastalıkları : Dermafiter; deri (tinea corporis, tinea pedis, tinea kruris), saç (tinea kapitis) ve tırnakların (tinea ingulum) yüzeysel infeksiyonuna neden olan, bir grup mantardır. Dermatofit infeksiyonları, özellikle okul çağındaki çocuklarda ve adolesanlarda görülür. Okul çağındaki çocuklarda görülen dermatofit infeksiyonlarının başlıcaları; tinea capitis ve tinea corporistir (13).Araştırmamızda öğrencilerin %1.1 inde deri hastalıkları saptanmıştır.

2.5. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE MİDE VE BAĞIRSAK HASTALIKLARI

Peptik hastalık; mide ve duodenum ülseri, gastrit duodenit, gastroözofageal reflü sonrası oluşan özofajit gibi gastrointestinal yolun üst bölümü ile ilgili yakınmaları kapsayan genel bir terimdir. Peptik ülser; sindirim sistemi mukozasında ve daha derin strüktürlerinde HCL ile birlikte pepsisin sindirici etkisi ile meydana gelen lezyonlardır. Genel olarak peptik ülser hastalığında 15 yaşın altında sıklık 4:100.000 kadardır (14, 15).

Peptik ülserler, primer ve sekonder olarak sınıflandırılırlar (14).

Kanada'da yapılan 803 çocuğu içeren bir çalışmada 6 yaş primer duodenal ülser prevalansı, % 4.6, gastrik ülser prevelansına % 0 verilmiştir. Fransa'da yapılan bir çalışmada bir yıllık duodenal ülser prevalansı % 2.2, gastrik ülser prevalansı % 0.5 bildirilmiştir (14). Araştırmamızda öğrencilerin %0.8inde mide ve bağırsak hastalıkları tespit edilmiştir.

2.5.1. Hepatit B

Kronik aktif hepatit, farklı etiyolojilere bağlı karaciğerin kronik inflamatuvar hastalığıdır. Hepatite yol açan nedenler; Hepatit A veya B viral infeksiyonları, isoniazid gibi ilaçlar, antitripsin eksikliği ve Wilson hastalığıdır (16).

Kronik aktif hepatit; kronik inatçı hepatit, kronik saldırgan (agressive hepatit) olmak üzere 2 tipe ayrılır.Ülkemizde ise enfeksiyon prevalansı %20-55,taşıyıcılık %5-14 olarak saptanmıştır. Erkekler kızlara göre daha çok tutulmaktadır (16, 17).Araştırmamızda öğrencilerin %0.6 sında Hepatit B taşıyıcılığı saptanmıştır.

2.6. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ROMATİZMAL HASTALIKLAR

2.6.1. Bağ Dokusunun İnflamatuvar Hastalıkları Kollajen Hastalıklar, Kollajen Vasküler Hastalıklar

a) Juvenil Romatoid Artriti : Her zaman eklemleri tutan kronik inflamatuvar hastalık ise de bağ dokusu ve organlarda geniş harabiyet oluşturmaktadır.

b) Oligoartiküler hastalık (Poliartiküler) : Bu hastalık birkaç eklemden sınırlanan ve tipik olarak diz, ayak bileği ve dirsek gibi büyük eklemlerde yerleşen artritle karakterizedir.

c) Sistemik Lupus Eritematoz (SLE) : Sistemik lupus eritematoz; bazı organların ötekilerden daha sıklıkla tutulması ile birlikte bir çok organları tutan malign olmayan ve kendiliğinden süregiden sistemik bir hastalıktır.

d) Ankilozan Spondilit

e) Dermatomyosit ve Polimiyosit

f) Skleroderma : Romatizmal ateş genellikle A grubu hemolitik streptokoklarla infeksiyon sonucu gelişen inflamatuvar bir hastalıktır ve kalp, eklemler, merkezi sinir sistemi ve deri altı dokusunu tutar. Yaş, çevre etmenleri ekonomik faktörler romatizma sıklığını etkilemektedir. Araştırmalar sıcak iklimlerde romatizmal kalp hastalığı sıklığının yüksek olduğunu göstermektedir (16). Araştırmamızda %2 sinde romatizmal hastalık saptanmıştır.

2.7. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ENDOKRİN SİSTEM HASTALIKLARI

2.7.1. Diabetes Mellitus

Diabet, başta karbonhidratlar olmak üzere protein ve yağ metabolizmasını ilgilendiren bir metabolizma hastalığıdır ve kendisini kan şekerinin sürekli yüksek olması ile gösterir (18). Hiperglisemi ve glikozuri ile karakterize olan bu hastalıkta tam veya kısmi insülin yetersizliği mevcuttur. En sık rastlanan endokrin hastalık olarak tanımlanan diabetes mellitus normal popülasyonda % 1-2 oranında rastlanmaktadır (19).

Amerikan Diyabet Birliği açlık kan şekeri sınırını 126 mg/dl'ye eşit ya da üzerinde olarak belirlemiştir (18).

Tip I Diabet: Diabet çocukluk çağında görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir (20). Mutlak veya görece bir insülin yetersizliği olduğunda hastalar ömür boyu insülin hormonunu dışarıdan (enjeksiyon yoluyla) almak zorundadır. Bu nedenle Tip I diyabet insüline bağımlı diyabet (İnsülin Dependet Diabetes Mellitus=IDDM) olarak da isimlendirilmektedir (18).

Çocukluk Çağındaki diyabet hastalıklarının % 98'inden fazlasını insüline bağımlı Diabet (IDDM) vakaları oluşturur (18). Tip IDDM çocuk ve adolesanlarda en sık görülen tiptir (19).

IDDM sıklığı bakımından ülkeler (bölgeler) arasında belirgin farklılıklar vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 yılında başlattığı çocukluk diyabeti ile ilgili çalışmada 14 yaş altı tip IDDM İnsidansı; 1990-1994 yılları arasında 75,1 milyon çocuktan 19,164'ünde diabet saptanmıştır. Türkiye'de 1996 da 19 bölgeyi kapsayan çok merkezli bir çalışmada 0-15 yaş arası diyabet insidansı 2,52 / 100.000/yıl bulunmuştur. IDDM soğuk bölgelerde (kuzey ülkelerinde) ve kış aylarında daha sık görülür. Erkek ve kızlar eşit olarak etkilenmektedir ve sosyo-ekonomik durum ile ilgili belirli bir ilişki yoktur. IDDM için ailesel eğilim söz konusu olmakla birlikte bilinen bir genetik geçiş yoktur (20, 21).

Her yıl 15 yaş altında 100.000 çocuktan 1-42'sinde diabet gelişmektedir. Araştırmamızda öğrencilerin %0.1inde Tip1 Diabet tespit edilmiştir. Diabet etyolojisi, Heredite, Otoimmünite ve çevreseldir (18, 19).

2.7.2. Tiroid Hastalıkları

Tiroid hormon yetersizliğinde çocuğun (somatik, mental ve psişik) gelişmesi önemli derecede geri kaldığından;

- Zamanında (erken teşhis)
- Yeterli (uygun doz)
- Devamlı (ömür boyu)

tedavinin yapılması gerekir (19).

a) Hipotiroidizm : Kretenizm veya konjenital hipotiroidizm terimi doğumda veya intrauterin dönemdeki tiroid yetersizliğini göstermektedir. Kazanılmış veya juvenil hipotiroidizm terimi ise normal süt çocuğu, çocuk veya erginlik çağındaki şahısta tiroid yetersizliği başladığı zaman kullanılmaktadır (19).

b) Hipertiroidizm : Kanda yüksek miktarda dolaşan tiroid hormonları (T_4 , T_3) periferik dokularda meydana getirdiği değişiklikler tipik bir klinik sendrom oluşturmakta ve hipertiroidizm adı altında tanımlanmaktadır.

Çocukluk çağında (Juvenil) rastlanan hipertiroidizm sebepleri arasında hipertiroidizm tablosunu en sık olarak Graves hastalığı görülmektedir (19). Araştırmamızda öğrencilerin %0.3 ünde Guatr görülmektedir.

2.8.İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI

2.8.1. Epilepsi

Nöronların anormal elektrik deşarjları sonucunda bilinç değişikliği motor hareketler, duyu bozukluğu ve otomatizm ile beraber ortaya çıkan klinik tabloya konvulsiyon, nöbet, havale; buna karşılık çeşitli nedenlere bağlı olarak, bu nöbetlerin belirli bir paroksizm içinde tekrarlanması olayına da EPİLEPSİ denir.

Epilepsi, önemli bir toplum sağlığı problemidir (22). Çocuğun nöbetler geçirmesi (tedavisi düzenli yapılmazsa) kendine olan güvenini etkiler, dolayısıyla psikolojisini de etkileyebilir. Hastalığı arkadaşları ile olan diyaloglarını etkileyebilir. Kendini arkadaşlarından daha farklı bir kategoriye koyabilir. Hastalığı nedeniyle okula devamsızlık sorunu ve okul derslerinde başarısızlık yaşayabilir.

Çeşitli toplumlarda görülme sıklığının yüzde 1-3 arasında olduğu saptanmıştır. Kesin olarak bilinmemekle beraber genetik bir yatkınlığın olduğu söylenebilir. Bazı ailelerde epilepsi sıklığı daha fazladır (22).Araştırmamızda öğrencilerin% 0.4 ünde epilepsi görülmektedir.

Nöbetler ve epilepsi semptomatik veya idiyopatik olarak iki grupta değerlendirilir (5).

Çocukluk çağı epilepsi prevalansı 10-15 yaşından sonra düşer. İdiopatik veya genetik epilepsi grubu en çok 14-16 yaşları arasında görülür (23).

2.8.2. Ciddi Baş Ağrıları

İnsanların en sık karşılaştığı yakınmalardan birisi olan baş ağrısı bir teşhis değil semptom olup, kafatası içinde veya dışında yer alan ağrıya duyarlı oluşumların değişik nedenlerle etkilenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (24). Sistemik basit bir enfeksiyona psikojenik kökenli eşlik edebildiği gibi, bazen santral sinir sistemi (SSS)'de önemli bir patolojinin (anevrizma, tümör gibi) tek habercisidir (25). Çocuklarda görülen baş ağrıları erişkin baş ağrılarına nazaran sıklık, şiddet ve süre olarak daha az olmasına rağmen iyi tanımlanamaması çocuk ve ailesini rahatsız etmekte ve önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (24).

Çocukta baş ağrıları ders sırasında gerilime sebep olup, ders dinlemeyi engeller. Sık ve uzun süren baş ağrıları derslerde başarısızlık ve okula devam problemi oluşturmaktadır. Çocuk baş ağrısının oluşturduğu gerginlikten dolayı arkadaş çevresi ve öğretmenleriyle ilişkilerinde problemler yaşayabilir. Bu sebeple sık ve uzun süren baş ağrıları ciddiye alınıp bunun sebebi araştırılmalıdır ve tedavi edilmelidir.

Etyolojide; sistemik ve baş bölgesi enfeksiyonları, metabolik düzensizlikler, başta yer alan yapıtların fonksiyon bozuklukları ve kafa içindeki değişik olaylar baş ağrısını başlatabilir (25).

Çocuklarda baş ağrısı prevalansı yaşla birlikte artış göbtermektedir. Polonya'da yapılan retrospektif çalışmada, bir yıl içerisinde okul çağı çocuklarının % 75'inin baş ağrısı geçirdiği tespit edilmiştir. Bölgemizde 6-15 yaş çocuklarda yapılan bir çalışmada baş ağrısı % 37.3 oranında bildirilmiştir (26, 27).Araştırmamızda ise baş ağrısı prevalansı %0.8 bulunmuştur.

Altı yıllık periyodu kapsayan bir çalışmada ise çocukların % 80.0'inin başağrısı yakınması ile karşılaştığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada 15 yaşına kadar olan çocukların % 75.0'inde baş ağrısı bildirilmektedir (28, 29).

Alta yatan sebebe göre baş ağrıları akut jeneralize, akut lokalize, akut reküren, kronik progresif ve kronik non-progresif olarak sınıflandırılmıştır (30).

2.8.3.Migren

Ailevi özellikli düzensiz aralarla yineleyen şiddeti ve süresi değişken baş ağrısıdır. Otosama dominant kalıtımla geçer ve kızlarda yüksek penetrans gösterir. Migrenin; klasik, basit ve komplike tipleri vardır (25).

Migreni olan çocuklarda ağrı sıklığını ve süresini azaltmak için migren öncesi migren belirtilerinden (aura; görme alanında yanıp sönen siyah ve renkli lekeler) görüldüğünde ailesi çocuğun ağrı kesici alması hususunda bilinçlendirilmelidir.

Bu uygulama, hem aşırı ilaç kullanımından hem de migrenin çok uzun gerilimli atlatılmasından kurtaracaktır. Migren çocuğun okul başarısını etkileyebilir ve okula devam problemi oluşturulabilir. Migren nöbetleri çevresi ile ilişkilerine zarar verebilir. Bu sebeple tedavi edilmesi önemlidir.

2.8.4. Konvülsiyonlar

Konvülsiyon, yenidoğan döneminde nörolojik hastalıkların en sık görülen belirtisidir (25). Herhangi bir yaştaki konvülsiyon merkez sinir sisteminde elektrik aktivitenin paroksimal patlamasıyla birlikte (22).

Vücut ağırlıkları 1500 gr'dan düşük (VLBW) bebeklerde sıklık % 6-13 zamanında doğanlarda ise 1-2:1000 olarak bildirilmektedir (25).Araştırmamızda konvülsiyon prevalansı %0.1 tespit edilmiştir.

2.9. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE DİŞ VE DİŞ ETİ HASTALIKLARI

İlköğretim öğrencilerinde diş ve diş eti hastalıklarından en sık görüleni diş çürükleri ve ortodontik bozukluklardır. Ortodontik bozukluklar hem estetik yönden hem de psikolojik sorunlara yol açabileceği gibi dişlere de zarar verir.

Diş çürükleri ise; akut ve kronik romatizma, böbrek hastalıkları, mide ve bağırsak hastalıkları, kalp hastalıkları, göz hastalıkları, kemik hastalıkları, lenfadenopati ve sepsise neden olabilmektedir (8).Araştırmamızda diş ve diş eti hastalıkları %10.2 saptanmıştır.

2.10.İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE SIK TEKRARLAYAN ENFEKSİYONLAR

2.10.1.Kulak Enfeksiyonları

a) **Seröz Otitis Media:** Sağlam kulak zarı arkasında, orta kulakta pürülan olmayan effüzyon birikimi ile karakterizedir. Genellikle çocuklarda görülmektedir. Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte bazı faktörler sorumlu tutulmaktadır:

- Viral faktörler,
- Tubal obstrüksiyon,
- Alerjik/İmmünolojik faktörler,
- İdiopatik.

b) **Kronik otitis media:** Orta kulak boşluğu ve timpan zarının kronik olarak başlayan enflamasyonuna denir (31).Araştırmamızda ise sık tekrarlayan enfeksiyonlar %3 oranında tespit edilmiştir.

2.11. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BÖBREK HASTALIKLARI

2.11.1. Böbrek Yetmezliği

Böbreğin normal işlevlerini yerine getirememesidir. 2 türlü böbrek yetmezliği vardır.

- a) Akut-Ani olarak meydana gelmiştir ve kısa zaman içinde tamamen iyileşebilir.
- b) Kronik-Uzun zaman sürecinde gerçekleşir ve geri dönüşü yoktur (32).

a) **Akut Böbrek Yetmezliği :** Akut böbrek yetmezliği (ABY), böbreğin vücut homeostazını sağlaması için gerekli glomeruler ve tübüler işlevlerinin akut ve geçici olarak azalması sonucu ortaya çıkar.

Akut Böbrek Yetmezliğinin Nedenleri ;

1. Prerenal (Fonksiyonel azotemi),
2. Renal (İntrensek ABY),
3. Postrenal olabilir (5).

b) **Kronik Böbrek Yetmezliği ve Terminal Böbrek Hastalığı :** Çocuklar ve ergenlerde kronik böbrek yetmezliğine neden olan durumların çoğu ilerleyicidir ve hastaların çoğunda terminal böbrek hastalığına dönüşür.

c) Terminal Böbrek Hastalığı; Bir çocukta glomerül filtrasyon hızı 10 ml/dk/1,73 m² nin altına indiğinde terminal böbrek hastalığı olduğu kabul edilir. Kronik böbrek yetmezliğinin ciddi komplikasyonlarından ve tehlikeli belirtilerinden kaçınmak için bu değer in altında diyaliz ya da transplantasyon önerilmelidir.

1972’de American Society of Pediatric Nephrology, 16 yaşına kadar olan çocuklarda kronik böbrek yetmezliği sıklığının toplam nüfusun milyonunda 2,5 ile 4 arasında olduğunu tahmin etmiştir (33).Araştırmamızda ise %0.4 olarak saptanmıştır.

Nefrotik Sendrom : Nefrotik sendrom, şiddetli proteinüri (> 40 mg/m²/saat) ve belirgin hipoalbuminemiye (< 2,5 gr/dl) genellikle ödem, genel hiperlipidemi ile hiperkolesteroleminin; bazen de hematüri, hipertansiyon ve glomerül filtrasyon hızında azalmanın eşlik ettiği bir klinik tablo olarak tanımlanır (33).

Böbrek yetmezliği tedavisinde amaç, zararlı maddeleri kandan uzaklaştırmak ve bozulmuş dengeleri yerine koymaktır.

Bu amaçla kullanılan 3 önemli tedavi yöntemi vardır:

- Hemodiyaliz,
- Periton diyalizi,
- Böbrek transplantasyonu (32).

2.12.İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BÜYÜME VE GELİŞME YETERSİZLİKLERİ

Boy ve kilo ölçümünün yaş ve cins için belirlenen büyüme eğirlerinde % 3’ün altında olması durumuna büyüme geriliği denir (34).

Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırmasının sonuçları 0-5 yaş arası Türk çocuklarının yaklaşık % 20’sinde boy kısalığı olduğunu göstermektedir (34).Araştırmamızda öğrencilerin %0.1inde büyüme ve gelişme yetersizlikleri saptanmıştır.

Büyüme geriliğine yol açabilen durumlar arasında;

- Yapısal ve ailevi boy kısalıkları (en sık nedenler arasında yer alırlar.)
- Patolojik Boy Kısalıkları (34).

2.12.1.Altında Hastalık Olmayan Yavaş Büyüme

2.12.2.Endokrin Nedenli Olmayan Büyüme Düzensizlikleri

2.12.3.Endokrin Neden Bağlı Aşırı Boy Gelişimi

- Hipofizer Gigantizm (BH Fazlalığı):
- Erken Puberte (Pubertas Precox)
- Diabetik Anne Çocuğu
- Tirotoksikoz (25).

2.13.ÇOCUKLARDA VİTAMİN VE MİNERAL YETERSİZLİKLERİ

2.13.1. Protein Enerji Malnütrisyonu (PEM)

Büyüme geriliğinin en sık nedeni kronik beslenme yetersizliğidir ve bu durum okul çağı çocuklarında belirgin zayıflık olmaksızın daha sık görülmektedir (35).

Malnütrisyon da büyüme ve gelişme geriliği sebeplerinden birisidir. Malnütrisyon; büyüme ve gelişme için gerekli olan bir ya da daha fazla besin ögesinin vücut dengesini bozacak şekilde yetersiz veya dengesiz alınması durumunda ortaya çıkan klinik ve izlenmesi gereken bir tablodur (36). Malnütrisyon yetersiz veya uygunsuz diyet alınmasına bağlı olabildiği gibi gıdaların yetersiz absorpsiyonu sonucu da meydana gelebilir (37). Malnütrisyonun en belirgin tablosu (PEM)'dir. PEM gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en yaygın çocuk sağlığı sorunudur (36). Okul çağı çocuklarında özellikle kahvaltı ve öğle yemeğinde uygun olmayan yemek yeme alışkanlıkları malnütrisyona yol açabilir (37).

Konya ili Hasanköy Sağlık Ocağı Bölgesinde İlköğretim Okulu 1. sınıf öğrencilerinde kronik malnütrisyon prevalansını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada kronik malnütrisyon % 15,0 saptamıştır. Kronik malnütrisyon yedi yaşta daha sık bulunmuştur (38).Araştırmamızda ise %0.9 zayıflık tespit edilmiştir.

Etiyolojisinde; çocuğun cinsiyeti, ailenin ekonomik durumu, anne ve babanın eğitim durumu, yaşayan kardeş sayısı ve enfeksiyon hastalıkları rol oynar (36).

Dünyada her yıl milyonlarca çocuk enfeksiyon ve malnütrisyon hastalıklarından ölmektedir. Öğrenme yeteneğini azaltıp başarıyı düşürür. Fiziksel büyüme geriliği ve geri dönüşümü olmayan, zihinsel gelişimde geriliklere sebep olur (36).

PEM değişik otoritelere ve ölçütlere göre farklı şekillerde sınıflanmaktadır:

- Hafif PEM
- Orta PEM
- Ağır PEM
 - Marasmus,
 - Kavashiorkor,
 - Marosmik-Kvashiorkor (55).

2.13.2. Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri

Toplumdaki bazı risk grupları (bebekler, küçük çocuklar, okul çağı çocukları, adölesanlar, doğurganlık çağı kadınlar, gebe ve emzikli kadınlar ve yaşlılar) vitamin ve mineral yetersizliklerine karşı daha duyarlıdır. Dünyada halk sağlığı açısından üç önemli yetersizlik sorunu;demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları ve A vitamini yetersizlikleri özellikle büyük önem taşımaktadır. Bu soruna büyüme geriliği, zeka geriliği, bilişsel işlevlerde gerilik, körlük ve enfeksiyon hastalıklarına karşı direncin azalması ve bebek ve anne ölümleri gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (12).

2.13.3.İyot Yetersizliği Hastalıkları (İYH)

Bireyin günlük iyot gereksinmesi karşılanmadığı zaman iyot yetersizliği adı verilen gelişimsel ve işlevsel hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Büyümüş bir troid bezi olan guatr iyot eksikliğinin en sık ve en kolay görülen belirtisidir (36). Fiziksel ve mental gelişmede gerilik vardır. İYH önlenabilir mental geriliğin nedenidir. Ağır durumlarda sağırlık, dilsizlik, kretenizm ve düşük, erken doğum, ölü doğum ve doğumsal bozuklukların artmasında etkendir. Deniz ürünleri, iyot yönünden zengin toprakta yetişen bitkisel ve hayvansal kaynaklı besinler iyot yönünden zengindir (12).

İyot eksikliği olan bölgelerde yaşayan çocuklarda vücut direnci düşük olduğu için bebek ve çocuk ölümleri sık görülmektedir.

İyot eksikliği bulunan bölgelerde yaşayan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda okul performansının ve IQ'larının 10-15 puan daha düşük olduğu bulunmuştur (36).

1995 yılında 6-12 yaş grubu 7144 okul çağı çocuk üzerinde 15 ilde yapılan çalışmada guatr prevalansı % 30,3 (Erkek % 27.7, Kız % 32.6) bulunmuştur (12).

2.13.4. Demir Yetersizliği Anemisi

2.13.5. A Vitamini Yetersizliği

A vitamini yetersizliğinde; gece körlüğü ve alaca karanlıkta görme keskinliğinin azalması, mental gerilik, fizik gelişme geriliği görülebilir (37).

2.13.6. D Vitamini Yetersizliği

D vitamini en önemli kaynağı, balık ve balık yağıdır. D vitaminin vücudumuzda emilimi için cilt ile UV (Güneş ışınlarının) direkt teması şarttır (36).

D vitamini yetersizliği çocuklarda hipokalsemi nedeni olup, raşitizm nedeni olmaktadır. Ulusal ve bölgesel çalışmalar ülkemizde raşitizm görülme sıklığının % 7.9 – 20.0 arasında olduğunu göstermektedir (12).

2.13.7. C Vitamini Yetersizliği

C vitamini yetersizliğinde skorbüt hastalığı meydana gelir (37).

2.13.7. Folat Yetersizliği

Folat (Folik asit) B grubu bir vitamindir. Yeşil yapraklı sebzeler, turunçgiller ve kurubaklagiller folatın zengin kaynaklarıdır. Folik asit yetersizliğinde; nöral tüp defekti ve spina bifida gelişme riski yüksektir. Birçok çalışma ile folik asit yönünden zenginleştirilmiş besinlerin tüketimi veya suplemanların alımı sonucu nöral tüp defekti ve spinal bifidanın % 80 ve daha fazla oranda azaltılabileceği belirtilmektedir (12).

B₁ (Tiamin) Eksikliğinde; Beriberi Hastalığı, B₂ (Riboflavin) Eksikliğinde; Angular lezyon ve keylozis (dudak köşelerinde lezyonlar angular lezyon, dudak mukozasında kuruma ve incelemeye keylozis denir.)

Niasin Eksikliğinde; Pelegra Hastalığı,

B₁₂ Eksikliğinde; Pernisiyöz anemi görülür (37).

2.14. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ALERJİ VE ALERJİK HASTALIKLAR

Son yıllarda tüm dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde çocukluk döneminde astım ve diğer alerjik hastalıkların sıklığında hızlı bir artış olduğu görülmektedir (37).

- **Alerjik Rinit :** Alerjik rinit burun mukozasından vücuda giren allerjenlerle oluşan bir hastalıktır. Rinitin en sık görülen tipidir. Prevalansı genel olarak % 10 - % 40 arasında değişmektedir. Klasik olarak mevsimsel ve perennial alerjik rinit olarak iki tipe sınıflandırılır (39).
- **Bronşiyal Astım :** Hastalık ergenlik öncesinde erkeklerde kızlara oranla iki kez daha sıktır. Bronşiyal astım, çocukluk çağı hastalıkları arasında en çok okula devamsızlık nedeni olan kronik hastalıktır (40).
- **Atopik Dermatit**
- **Ürtiker**
- **Anjiyoödem**
- **Göz Alerjileri (39)**
- **Besin Alerjileri :** Besinlerin bizzat kendilerinin ya da besinlerle birlikte alınabilecek başka etkenlerin immünolojik veya immünolojik olmayan çeşitli mekanizmalarla oluşturabileceği her türlü anormal tabloya besin reaksiyonları denir (41). Özellikle 0-1 yaş besin alerjisinin en sık görüldüğü dönemdir (39). Besin alerjileri çocuklarda, % 2-8 arasında iken yetişkinlerde % 1 civarında, tüm nüfusta % 2 oranında görülmektedir (42, 43) Yapılan başka araştırmalarda besin alerjisinin görülme sıklığı çocuklarda % 4-6'dır (39).Araştırmamızda ise %0.1 alerjik hastalık tespit edilmiştir.
- **İlaç Alerjileri**
- **Astım :** Sözcük anlamı zorlu solunumdur. Astım çocukların en sık görülen kronik hastalıklarından birisidir (44). 1997 yılında Samsun il merkezinde ilköğretim okulu öğrencilerinde astım ve alerjik hastalıkların sıklığını araştırmak için yapılan çalışmada doktor tarafından astım tanısı oranı % 14.5 saptanmış, astım semptomu olan bireylerde % 15.6 oranında dermatit semptomları olduğu bulunmuştur (45). Bizim araştırmamızda ilköğretim öğrencilerinde astım prevelansı %1.7 bulunmuştur. Dünyada çocuk yaş grubunda astım sıklığı % 7-11 arasındadır. Türkiye'de ise yapılan çalışmalarla çocuklarda astım sıklığının % 2.2 - % 9.8 arasında olduğu gösterilmiştir (44).

2.15.İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME VE BESLENME BOZUKLUKLARI

2.15.1. Şişmanlık ve Zayıflık

İlköğretim okulu öğrencilerinde yerleşecek yanlış beslenme alışkanlığı öğrenme, anlama ve kavrama ile ilgili zihinsel faaliyetleri olumsuz etkileyebileceği gibi zayıflık ve dengesiz beslenmeye bağlı obezite problemlerini de beraberinde getirecektir (46).

Şişmanlık insülin direnci ve bununla ilgili tip 2 diabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için başta gelen risk faktörüdür (47).

Şişmanlığın Nedenleri : Şişmanlık, uzun süren enerji dengesizliği sonucudur (47). Çocukluk ve adolesanlıkta obesitenin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, beslenme şekli, genetik faktörler, patolojik, davranışsal ve çevresel etmenler, sosyo-ekonomik yapı ve fiziksel aktivite gibi değişkenler etkileyebilmektedir (46).

Ülkemizde 6-18 yaş grubu erkek çocuklarda % 7.5, kız çocuklarda % 10.4 oranında şişmanlık prevalansı saptanmıştır (46).Yaptığımız araştırmada ise %12.9 saptanmıştır.

Zayıflık : Büyüme geriliğinin en sık nedeni kronik beslenme yetersizliğidir. Bu durum okul çağı çocuklarında belirgin zayıflık olmaksızın daha sık görülmektedir (47). Beslenme yetersizliği sonucu çocuklarda enfeksiyonlara yatkınlık sosyal yaşama uyumda güçlük, fiziksel büyüme ve gelişmede geriliğin yanı sıra kansızlık gibi ciddi tıbbi sorunlar da görülmektedir (48). Konya ili Hasanköy Sağlık Ocağı Bölgesinde ilköğretim I.sınıf öğrencilerinde kronik malnutrisyon sıklığını saptamak için yapılan araştırmada kronik malnütrisyon % 15.0 olarak saptanmıştır (38). Yaptığımız araştırmada zayıflık %0.9 bulunmuştur.

Zayıflığın nedenleri: Diyetle alınan enerjinin harcanandan daha az olması veya alınan besinlerin vücut tarafından kullanılamaması ile zayıflık ortaya çıkar. Bu anlamdaki zayıflık daha çok çocuklarda, gençlerde ve ağır işte çalışanlarda görülür. Çocukluk ve gençlik yıllarındaki zayıflık, büyümeyi etkiler. Vücut dokuları enerji yetersizliği ile normal düzeyde büyüyemez. Aşırı zayıflık çalışma verimini düşürür (47).

2.16. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE BEDENSEL YETERSİZLİKLER

2.16.1. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları

Ortopedi, kas ve kemik sisteminin doğumsal ve edinsel düzensizlikleri, eklemler, sinir sistemi, sistemik hastalıklar ve tümörlerde tutulum gibi geniş alanları kapsar. Yaptığımız araştırmada doğuştan kalça çıkığı (DKÇ) olan kızları saptadık. DKÇ kızlarda erkeklere göre 6 misli sık görülmektedir (25).

Konjenital kalça çıkığı : İntrauterin yaşamda femur başı asetabulumuna giremezse orada osifikasyon oluşmaz. Doğum travmaları da etiyolojik faktörler arasındadır (49). Kızlarda erkeklere göre 6 misli daha siktir. Ayrıca mekanik faktörler, örneğin makadi doğum, ilk doğumlar, oligohidramnias buna sebep olabilir (25). Çıkık tek veya çift taraflı olur (49). Gerçek çıkıkların insidansı % 1.5 civarındadır (25). Araştırmamızda ise kas iskelet sistemi yetersizliği %0.9 tespit edilmiştir.

2.16.2. Kifoz ve Skolioz

Omurga anomalileri duruş bozukluklarına yol açar. Kifoz; vertebranın dışı kavsi yani konveks oluşuna denir. Skolioz ise orta hattın bir yana doğru kavislenme söz konusudur. Kifo-skolioz kongenital veya edinsel olabilir (25).

İnsidansı 1000 canlı doğumda 1.65 olan Serebral palsi prenatal ve perinatal dönemdeki olaylara bağlı olarak gelişen nonprogresif santral motor defisit olarak tanımlanır. CP sınıflandırması klinik bulgulara göre yapılmaktadır (5);

- 1) Spastik CP
- 2) Atetoid veya ekstrapramidal tip CP (% 25)
- 3) Ataksik tip CP (% 10)
- 4) Atonik (hipotonik) tip CP (% 5)
- 5) MIKST Tip CP

Spastik CP (% 50 - % 70) en sık görülen tipidir. Bir yaşında CP tanısı alan hastaların % 50'sinde okul çağına geldiklerinde motor disfonksiyon olmamakla birlikte bu çocuklarda afebril nöbetler, konuşma bozuklukları ve mental retardasyon normal popülasyona göre daha fazla görülmektedir (5). Özürlü çocuklara sağlıklı anne-baba tutumu, çocuğun özrünü olduğu gibi benimseyip, normal gelişime alabildiğince

erişebilmesi için uygun ortam ve eğitimi sağlamak çocuğun ailenin dışında ayrıcalıklı bir kişi değil, aileden biri olduğunu hissettirmektir (50).

2.16.3. İşitme Problemleri

İşitme Kaybı (Sağırılık) : Konjenital sağırılık sorunu akademik olduğu kadar sosyal yönü ile de önemli bir problemdir. Etiyolojide; biyolojik, genetik, patolojik etkenler rol oynar (51).

Sağırılık; otozomal dominant, otozomal resesiv ya da sekse bağlı olarak anne babadan geçebilir. İşitme kaybı hiçbir konjenital anomali ile birlikte bulunmayabilir. Böyle soy geçişli sağırılıklar bazen iki taraflı, bazen tek taraflı olabilirler (6). Ciddi konjenital işitme kaybı insidansının 1/1000 olduğu, değişik şiddetlerde işitme kaybı insidansının ise 1/2000 olduğu bildirilmektedir (52). Araştırmamızda ise; %1.7 saptanmıştır.

Hereditör işitme kaybı üç grupta ele alınabilir. Kromozomal, tek gen ve multi faktöriyel kalıtım (52).

Etiyoloji;

- Prenatal,
- Natal,
- Neonatal,
- Kernikterus,
- Fenilketonüri (51).

2.17. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE GÖRME PROBLEMLERİ

İlköğretim öğrencilerinde göz hastalıklarında boşaltım yollarına ait bozukluklara sıklıkla rastlanır. En çok görülen; lakrimal kanal tıkanıklıklarıdır (53).

- Göz Kapaklarının Konjenital Anomalileri
- Arpacık
- Göz Kapağı Hastalıkları
- Kornea
 - Hipoyonlu Ulkus
 - **Fliktenli Keratitis :** Çocuklarda oldukça sık görülür. Çoğunlukla hem kornea ve hem de konjunktiva hastalığına katılır. Etiyoloji genellikle tüberküloz alerjisidir (53).

- Hepres Simplex
- Lens Hastalıkları
- **Glokom** : Çocukların konjenital glokomunda göz içi basıncı yükselmiştir (37).

Şaşılık (Strabismus) : İki göz görme eksenleri arasında paralelliğin bozulması haline şaşılık denir. İki esas tipi vardır:

- Konkomitant (nonparalitik),
- Paralitik (53)

Tümörler gözde retinoblastom olarak adlandırılırlar.

Retinoblastom: Retinoblastom retinanın habis tümörüdür. Genellikle beş yaşından önce ve çoğunlukla ilk yıllarda meydana gelir. Şaşılık veya tek taraflı nistagmüs ile ilgili belirtiler olabilir. Tümör sıklıkla ilk olarak pupilla alanında beyaz refle şeklinde görülür (kedi gözü görünümü) (37).

Kırılma Kusurları : Çocukların çoğu hipermetrop olarak doğarlar, takriben % 5 miyoptur, % 20'sinde kırılma kusuru yoktur (37).

a) Hipermetropi: İstirahat durumundaki (uyum yapmayan) gözün optik eksenine paralel olarak gelen ışınların retinanın arkasında odaklaşmaları olayıdır.

Bu durum üç şekilde görülebildiği için hipermetropiyi de üç ana grupta inceleyebiliriz.

- Eksen hipermetropisi,
- Kırıcılık hipermetropisi,
- Gelip geçici hipermetropi (54).

b) Miyopi : Miyopi, istirahat durumundaki (uyum yapmayan) gözün, optik eksenine paralel olarak gelen ışınların retinanın önünde odaklaşmaları olayıdır (47).

Kırılma kusurunun tam olarak düzeltilebilmesi için uygun mercekler kullanılmalı ve ilk yıllarda altı ayda, sonraları yılda 1 defa muayeneden geçirilmelidir. Miyop anne ve babanın çocukları ise soya çekim göz önüne alınarak erken yaşta muayene edilmelidir (54).

Miyopiyi beş bölümde inceleyebiliriz :

- Eksen miyopisi : Eksen miyopisi gözün ön-arka eksenin uzunluğu sonucu oluşur. Klinikte en çok görülen türdür.
- Basit miyopi,
- Patolojik miyopi (Miyopi Hastalığı),
- Kırıcılık miyopisi,
- Gelip geçici miyopi (54).

c) **Astigmatizma** : Astigmatizmanın etimolojik anlamı, noktasızdır. Oftalmolojide astigmatizma, nokta şeklindeki bir cismin görüntüsünün nokta şeklinde olmamasına denir. Noktasal cismin görüntüsü, iki ayrı düzlemde, birbirlerine dik, iki ayrı çizgi şeklindeyse, astigmatizma düzenlidir. Düzensiz astigmatizmadaysa görüntü herhangi bir şekil veya biçime benzemez (54).Araştırmamızda görme problemleri %10.3 saptanmıştır.

2.18. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE KONUŞMA BOZUKLUKLARI

Kekemelik; normal konuşma akışında gayri ihtiyari olarak düzensiz kesilmeler, uzamış tekrarlar, ses, hece veya kelimelerde tekrarlarla karakterize bir bozukluktur (55). Literatürlerde çocukluk çağında kekemelik görülme sıklığı % 3-4'tür (56, 57).Bizim araştırmamızda ise; %4 tespit edilmiştir.

2.19.İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE ZEKA GERİLİKLERİ

2.19.1.Zeka Geriliği

Öğrenme hızının ve bilişsel yeteneklerde ilerlemenin yavaş olmasıdır (58).

Hafif zekâ geriliklerinin etiolojisinde çevre ve eğitim faktörlerinin önemli olmasına karşın, ciddi zekâ geriliği daima yaşamın erken döneminden itibaren var olan beyin disfonksiyonuna işaret etmektedir (9). Zeka geriliği gecikmenin ağırlığına göre; hafif, orta, ağır belirgin diye kategorilere ayrılır (58).

Etiyoloji; genetik kökenli, multifaktöriyel ve bilinmeyen nedenlere bağlı, çevresel kökenlidir (9).

Zeka geriliği prevalansı; popülasyonda % 2-3 olarak bulunmuştur (58).Araştırmamızda ise hafif derecede zeka geriliği %1.2 saptanmıştır.

Her iki cinsiyette, tüm ırk ve sosyo-ekonomik gruplarda bulunur (58).

Zeka geriliğinin farklı alt gruplarından hafif olanı popülasyonda % 85 görülür (58).

En az görülen % 1 sıklıkla belirgin zeka geriliğidir (58).

2.19.2.Öğrenme Yetersizlikleri

Zeka geriliklerinin hafif şekilleri; organik serebral lezyonlar, sensorial güçlükler ve emosyonel bozuklukların tümü öğrenme yetersizliği olarak ele alınır.

Bazı uzmanlar terimi daha dar ve özgül anlamda çocuğun yeterli zekâ ve olgunluk düzeyine ulaşmış, yeterli kültürel temele sahip olmasına karşın, okumayı ve diğer akademik becerileri öğrenememesi şeklindeki özgül bozukluklara öğrenme yetersizliği adını verirler. Düşük okul başarısı gösteren her çocuk üç olasılık açısından incelenmelidir. Algı kusurları, işitme ve konuşma güçlükleridir (9).

a) Disleksi : Özgül bilişsel işlevlerin gelişiminde bir bozukluk sonucu normal veya normalin üstü zekâyâ sahip bir çocuğun yazılı kelimeleri ayırt edemediği için okumayı öğrenememesidir (9).

b) Görsel Algı Kusuru: Gördüğü şekilleri tanıma, algılama, ayırt etme, bunlar arasında ilişki kurabilmeyi engellemeye özgül bir algı bozukluğudur ve çocuğun öğrenmesini tamamen alt üst edebilir (9).

Zeka geriliği gecikmenin ağırlığına göre;

- Hafif zeka geriliği (IQ 55-70)
- Orta zeka geriliği (IQ 40-54)
- Ağır zeka geriliği (IQ 25-39)
- Belirgin zeka geriliği (IQ < 25) olmak üzere kategorilere ayrılır (58).

Zeka geriliği çocuğun psikolojisini etkileyen bir durumdur. Bu sebeple ailenin özverili yaklaşımı, okulu ile işbirliği ve çevresinin çabalarıyla çocuğun potansiyelinin tamamına ulaşmasına yardımcı olmak tedavinin amacı olmalıdır (9).

Erken müdahale ve çocuğun ihtiyaçları ve yeteneklerini baz alan özel eğitim programları (özel okullarla) ile çocuğun eğitimi sağlanmaktadır. Ağır davranışın sorunu olan çocuklar için davranış yönetimi programları ve bazı ilaçlar geliştirilmiştir (58).

2.20. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE RUHSAL SORUNLAR

2.20.1. Okul Fobisi ve Okul Reddi

Okul fobisi, çocukların okuldan korktuğu bir tür ayrılma anksiyetesidir (59). Bu korkunun kökeninde duygusal ilişki kurduğu kimselerin veya kendisinin başına bir şey gelmesinden ve böylece kendisi için çok önemli bu kişiden ayrılma anksiyetesi vardır. Genellikle çok koruyan anneleri, çok uzak duran babaları vardır. Çocuk evden hiç ayrılmamışsa evden ayrılmaktan, okulda başarısız kalmaktan ve öz saygısını yitirmekten korkabilir (25).

Dış yayınlarda görülme sıklığı % 1 – 8 arasında gösterilmektedir (59). Araştırmamızda ise; %2 tespit edilmiştir. Çocuğa tedavi yaklaşımında okula gitmediği için suçlamaktan kaçınılmalıdır. Bu durumun pek çok çocukta görülebileceği tedavi edilebileceği anlatılır. Çocuğun güvenini kazandıktan sonra okula gitmesi gerektiği derslerinden kalma korkusu ekleneceği anlatılır. ilaç tedavisi de uygulanır. Okulla işbirliği de önemlidir (25).

2.20.2. Tik Bozuklukları

Çocukluk çağında en sık rastlanılan hareket bozukluğu tiklerdir. Tikler istemsiz, ani, geliş güzel, tekrarlayıcı, hızlı, amaçsız sterotik hareketler veya seslerden ibarettir. Bazen normal bir davranışının bir parçasını taklit eder. Genel toplumda görülme prevalansı % 1-2'dir (60-62). Araştırmamızda ise; %2.3 saptanmıştır.

Genel popülasyonda kızların % 1 – 11'inde, erkeklerin % 1 – 13'ünde tikler, spazm benzeri alışkanlıklar ve manyerizmler olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda tik bozuklukları çocuklarda erişkinlere oranla 5-12 kat fazla görülmektedir (60). Ayrıca erkeklerde kızlardan daha sık görülmekte olup, erkek/kız oranı 2/1 olarak tespit edilmiştir (63).

2.20.3. Enürezis Nokturna

Enürezis nokturna, 5 yaş üzerindeki çocuklarda, herhangi bir fizik anormallik ile izah edilemeyen uykudan ortaya çıkan, tekrarlayıcı idrar kaçırma olayı olarak tanımlanılır (64).

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda verilen enürezis görülme sıklığı değerleri % 5.5-16.8 arasında değişmekte iken ülkemizde sınırlı sayıda yapılan çalışmalarda % 11.9-

19.3 arasında değişen sıklık değerleri bildirilmiştir (65-67). Araştırmamızda ise; %5 tespit edilmiştir.

2.20.4. Madde Bağımlılığı

Madde ve ilaç kötü kullanımı psikoaktif (sigara, alkol, ilaç, esrar ve ülkemizde inhalasyon yoluyla kullanılan solventler) maddeleri güncel, tıbbi, yasal, dini ve sosyal kuralları bozacak tavırda kullanma olarak tanımlanır. Maddeler veya ilaçlar olarak yasal olmayan marihuana, kokain, eroin olduğu kadar alkol ve tütün ile içeren maddeleri kapsar. Kaynaklarda adölesan madde kötü kullanımının giderek arttığına ait bilgiler mevcuttur (68). Fakat madde kullanım yaygınlığı diğer Avrupa ve ABD ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu gözlenmektedir. Sokakta yaşayan çocuklarda veya suça itilen ergenler gibi özel grupta madde kullanım yaygınlığının daha fazla olduğu saptanmaktadır (69).

ABD’de 1996 yapılan çalışmada lise son sınıf öğrencilerinin 1/3’ünün son bir ayda sarhoş olduğu, son sınıf ve onuncu sınıf öğrencilerinin marihuana kullandığı bildirilmiştir. Toplu iletişim araçları da ilacın kötü kullanımında kolaylaştırıcı rol oynar. Özellikle sigara ve alkol reklamları etkilidir (68).

1995 yılında İstanbul’da 15 ayrı okulda 2008 öğrenci ile yürütölen bir çalışmada herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı % 7, esrar kullanım oranı % 4, uçucu madde kullanım oranı ise % 4, Ecstasy % 1, sedatif hipnotik % 7 ve eroin kullanım yaygınlığı % 1 olarak saptanmıştır.

2001 yılında 9 ayrı ilde 11.989 ilköğretim ve 12.270 ortaöğretim öğrencisi (10-12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan araştırmada ilköğretim grubunda yaşam boyu madde kullanım yaygınlıkları esrar için % 0.4, uçucu madde için % 3, diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler için ise % 0.4 bulunmuştur. Bizim araştırmamızda ise; %0.1 saptanmıştır.

İlköğretim ağında illere göre özel okullarda okuyanlarda devlet okulunda okuyanlara göre esrar kullanım riski % 2.6, uçucu madde kullanım riski % 1.8, eroin kullanım riski % 3.2, ecstasy kullanım riski % 4 ve kokain kullanım riski % 3.8 kat daha fazladır (69).

Madde kullanımının nedenleri arasında yaşıt arkadaş baskısı, uyuşturucu kullanan evre ile benimseme yapma, anne ve babayı model alma, problemlili şikileri olan anne-babaya isyan etme ve onlara karşı gelme ihtiyaı, sıkıntı ve huzursuzluktan kurtulma ihtiyaıdır.

Devamlı kullananlar arasında az sayıda gençte bağımlılık gelişir. Kronik ve aşırı kullananlarda ileri düzeyde işini ve kendini ihmal, passivite ve davranış değişiklikleri dikkat çeker (25).

Yasal maddeler olan alkol ve tütün kullanımı son 10 yılda aynı düzeyde gitmektedir. Ancak yoğun içki içme sorunu giderek sıklaşmaktadır (68).

2.20.5.Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği/hiperaktivite temel özellikleri kalıcı ve sürekli dikkatsizlik ya da benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hiperaktivite, fevrilik ve dürtüsellik ile tanımlanan tıbbi bir hastalıktır. Çocukluk çağı gelişimsel bozuklukları içinde özel bir yeri olan DEHB'li çocukların dikkatlerini ve davranışlarını bir amaca yönlendirmede güçlük çektikleri, beklenen normlarda sosyal etkileşime giremedikleri, bu sebeple hem erişkinler hem yaşlıları ile ilişkilerinin bozulduğu ve zekalarına orantılı düzeyde akademik başarı göstermedikleri sebebiyle önemlidir (60). En yaygın olarak çocuklarda görülen bu hastalığa ilk tanı genellikle ilkökul yıllarında konulmaktadır (70). DEHB'nin prevalansını saptamaya çalışan araştırmalar %0.1-%20 sonuç bildirmiştir. Türkiye'de ilkökul çocuklarında prevalansın %5 olduğu saptanmıştır (60).

Günümüzde okul yaşındaki nüfusun yaklaşık % 3 ile % 7'sini etkilemekte, erkek çocuklarda kızlara kıyasla 3-4 kat daha fazla tanı koyulmaktadır (70).

2.20.6.Depresyon

Bugün puberte döneminde de çocuklarda depresyon olduğu, yaş büyüdükçe belirgin artma gösterdiği kabul edilmektedir. Küçük çocuklar kendilerinin üzüntülü veya kederli olduklarını sözle belirtemezler. Daha büyük çocuklar kimsenin kendini sevmediğini herkesin kötü davrandığı şeklinde ifade ederler. İntihar nadir olmakla birlikte her yaştaki çocukta görülebilir (25). Depresyondaki ergenler kendilerini daha iyi hissetmek için sigara, alkol veya başka uyuşturuculardan medet umabilirler (71). Cinsel saldırıya uğrama, anne-babada depresif veya diğer psikiyatrik bozukluk çocuklarda depresyona sebep olabilir. Psikoterapi ve ailenin tedavisi önemlidir (25). Araştırmamızda ruhsal sorunların prevalansı %3 saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kayseri il merkezindeki ilköğretim okullarındaki ilköğretim öğrencilerinde kronik hastalık, bedensel yetersizlik ve ruhsal sorunların görülme durumunu saptamak amacıyla yapılan bu çalışma Mart-Nisan-Mayıs 2004 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Çalışma, Kayseri il merkezinde bulunan ilköğretim okullarında, ilköğretim öğrencileri üzerinde yapılmıştır. İl merkezinde 99 okul mevcuttur. Bu okullar İl Milli Eğitim Müdürlüğü yetkililerinin görüşü alınmak suretiyle; sosyo-ekonomik düzeylerine göre; İyi-Orta-Kötü olarak tabakalandırılmıştır. Okullardan 1/5'i (20 okul) basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilmiş olup, her okulun 1-2-3-4-5-6-7 ve 8. sınıflarından yine aynı yöntemle birer sınıf olmak üzere her okuldaki 8'er sınıf örnekleme alınmıştır. Çalışma anket yöntemiyle yapılmıştır.

Bu çalışma 19 devlet okulu ile 1 özel okul olmak üzere (TED KOLEJİ) 20 okulda 7-16 yaş grubunda 4842 öğrenci üzerinde yapılmıştır.

Çalışmada; araştırmacı tarafından 20 okulda 1'den 8'e kadar olmak üzere 8 sınıfa dağıtılarak, öğrencinin anne ve babalarıyla evde anketleri doldurup geri toparlamak suretiyle yürütülmüştür.

Çalışmada; çocuğa ait demografik bilgiler, sosyo-kültürel özellikler, okul durumu ile ilgili özellikler, kronik hastalığının olup-olmadığı, kronik hastalığını sorgularken; hastalığa teşhis konulup konulmadığı, hastalığı ile ilgili bilgiler, öğrencilerden edinilen BMI bilgileri ve öğretmenlere doldurulan okul başarı durumu ile ilgili bölümü kapsayacak tarzda düzenlenmiş bir anket formu kullanılmıştır.

Bu uygulama için Kayseri ili Milli Eğitim Müdürlüğü, Kocasinan İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ve Melikgazi İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden izin onayı alınmıştır.

Hazırlanan anket formu uygulanmaya başlamadan önce ön anket uygulaması yapılmış olup, sorularla ilgili aksayan yönler giderilerek işlerlik kazandırılmıştır.

Araştırma grubundaki çocukların okul başarısının, boy ve kilo değerlendirilmesinde öğretmenlerin sağlık kayıtları esas alınmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS programıyla değerlendirilmiştir. İstatistiki analizde Khi Kare testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

7-16 yaş grubu 4842 çocuk üzerinde yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1.Araştırma grubuna alınan çocukların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı.

Değişkenler	Sayı	%
Yaş Grubu		
6-8	1122	23.1
9-10	1372	28.3
11-12	1232	25.5
13-14	1045	21.6
15-16	71	1.5
Cinsiyet		
Erkek	2353	48.6
Kız	2489	51.4

Çocukların 48.6'sı erkek, % 51.4'ü kız idi. Çocukların % 34.7'si bir kardeş, % 2.6'sı beş'ten fazla kardeşe sahipti.

Tablo 4.2. Araştırma grubuna alınan çocukların ailesel özellikleri

Ailesel Özellikler	Sayı	%
Annenin Eğitim Durumu		
İlkokul ve ↓	3068	63.4
Ortaokul ve ↑	1703	35.2
Babanın Eğitim Durumu		
İlkokul ve ↓	1906	39.4
Ortaokul ve ↑	2816	58.1
Sosyal Güvence		
Var	4002	82.6
Yok	660	13.6

Araştırma grubuna alınan çocukların annelerinin % 63.4'ü ilkokul mezunu iken. babaların %58.1'i ortaokul ve üzerinde eğitim almıştı. Ailelerin %82.6 gibi büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesi mevcuttur.

Tablo 4.3. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre kronik hastalıkların görülme durumu.

Kronik Hastalıklar	Erkek (n:2353)		Kız (n:2489)		Toplam		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kalp hastalığı	7	0.3	3	0.1	10	0.2	1.08	p>0.05
Hipertansiyon	5	0.2	2	0.1	7	0.1	0.69	p>0.05
Kan hastalıkları	10	0.4	4	0.2	14	0.3	2.09	p>0.05
Deri Hastalıkları	23	0.9	32	1.3	55	1.1	0.77	p>0.05
Mide ve bağırsak hastalıkları	16	0.7	23	0.9	39	0.8	0.62	p>0.05
Tip I Diabet	2	0.1	1	0.0	3	0.1	0.00	p>0.05
Guatr	11	0.5	4	0.3	15	0.3	2.76	p>0.05
Epilepsi	11	0.5	7	0.3	18	0.4	0.69	p>0.05
Eklemler romatizması	45	1.9	51	2.0	96	2.0	0.06	p>0.05
Astım	45	1.9	36	1.5	81	1.7	1.33	p>0.05
Ciddi baş ağrısı	12	0.5	25	1.0	37	0.8	3.27	p>0.05

Tablo 4.3. 'ün devamı

Kronik Hastalıklar	Erkek (n:2353)		Kız (n:2489)		Toplam		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Diş ve diş eti hastalıkları	246	10.4	247	9.9	493	10.2	0.32	p>0.05
Sık tekrarlayan enfeksiyonlar	82	3.4	68	2.7	150	3.0	2.04	p>0.05
Böbrek hastalıkları	5	0.2	13	0.5	18	0.4	2.35	p>0.05
Büyüme ve gelişme yetersizliği	4	0.2	3	0.1	7	0.1	0.01	p>0.05
Vitamin ve mineral eksiklikleri	3	0.1	3	0.1	6	0.1	0.12	p>0.05
Konvülsiyon	2	0.1	3	0.1	5	0.1	0.00	p>0.05
Alerjik hastalıklar	4	0.2	1	0.0	5	0.1	0.31	p>0.05
Bağışıklık sistemi hastalıkları	1	0.0	1	0.0	2	0.1	0.45	p>0.05
Hepatit B taşıyıcılığı	19	0.8	8	0.3	27	0.6	5.12	p<0.02

7-16 yaş grubu çocuklarda en sık görülen beş hastalık incelendiğinde; kız ve erkek çocuklarında benzer şekilde ilk beş sırada diş ve diş eti hastalıkları, sık tekrarlayan enfeksiyonlar, eklem romatizması, astım ve deri hastalıkları bulunmaktadır. Ancak, erkeklerde eklem romatizması ve astım oranları benzerlik göstermektedir.

Tablo 4.4. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre bedensel yetersizlik görülme durumu

Yetersizlikler	Erkek (n:2353)		Kız (n:2489)		Toplam (n:4842)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kas-iskelet sistemi yetersizlikleri	26	1.1	19	0.8	45	0.9	1.18	p>0.05
İşitme problemleri	45	1.9	38	1.5	83	1.7	0.85	p>0.05
Görme problemleri	229	9.7	272	10.9	501	10.3	1.74	p>0.05
Konuşma bozuklukları	116	4.9	74	3.0	191	4.0	11.77	P<0.05
Öğrenme yetersizliği	32	1.3	27	1.0	59	1.2	0.55	p>0.05

Gerek toplamda gerekse erkek ve kız öğrencilerin kendi aralarında ilk üç sırada görülen bedensel yetersizlikler; görme problemleri, konuşma bozuklukları ve işitme problemleridir. Bu sıralamayı her iki cinsten öğrenme güçlüğü ve kas-iskelet sistemi yetersizlikleri izlemektedir. Yapılan istatistiksel analizde konuşma bozuklukları dışında kalan bedensel yetersizliklerin görülme sıklığı bakımından erkek ve kız öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat, konuşma bozuklukları görülme oranı açısından her iki cins arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Tablo 4.5. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre ruhsal problemlerin görülme durumu.

Ruhsal Problemler	Erkek (n:2353)		Kız (n:2489)		Toplam (n:4842)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okul korkusu	49	2.1	51	2.0	100	2.0	0.00	P>0.05
Tik	57	2.4	53	2.1	110	2.3	0.35	P>0.05
Gece-gündüz idrar kaçırma	142	6.0	100	4.0	242	5.0	9.94	P<0.05
Madde bağımlılığı	4	0.1	1	0.0	5	0.1	0.92	P>0.05
Ruhsal sorunlar	77	3.3	65	2.6	142	3.0	1.63	P>0.05

Erkek öğrencilerde ilk üç sırada gece-gündüz idrar kaçırma, ruhsal sorunlar ve tik gibi ruhsal problemler bulunurken; kız öğrencilerde ilk iki sırada erkeklere benzer şekilde gece-gündüz idrar kaçırma, ruhsal sorunlar görülmekte ancak, üçüncü sırada okul korkusu yer almaktadır. Yapılan istatistiksel analizde ruhsal problemlerin görülme sıklığı açısından her iki cins arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fakat gece-gündüz idrar kaçırma oranları açısından her iki cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Tablo 4.6. Araştırma grubuna alınan çocuklarda kronik hastalık, bedensel yetersizlik ve ruhsal sorun görülme durumu

	Sayı	%
Kronik hastalık	898	18.5
Yetersizlik	771	15.9
Ruhsal sorunlar	431	8.9

Çalışma grubundaki çocukların % 18.5'inde kronik hastalık, % 15.9'unda bedensel yetersizlik ve % 8.9'unda ruhsal problemler tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma grubuna alınan çocuklarda görülen kronik hastalıkların sayısal dağılımı

Kronik Hastalıklar	Sayı	%
1	740	82.4
2	136	15.1
3	19	2.2
4	1	0.1
5	2	0.2
Toplam	898	100.0

Araştırma grubuna alınan çocukların %82.4'ünde tek kronik hastalık bulunurken, %0.2'sinde beş kronik hastalık saptanmıştır.

Tablo 4.8. Araştırma grubuna alınan çocuklarda görülen yetersizliklerin sayısal dağılımı

Yetersizlikler	Sayı	%
1	679	88.1
2	77	10.0
3	14	1.8
4	1	0.1
Toplam	771	100.0

Bedensel yetersizliği olan çocukların % 88.1'inde bir, %0.1'inde ise 4 farklı yetersizlik saptanmıştır.

Tablo 4.9. Araştırma grubuna alınan çocuklarda görülen ruhsal sorunların sayısal dağılımı

Ruhsal Sorunlar	Sayı	%
1	312	72.4
2	86	20.0
3	27	6.2
4	6	1.4
Toplam	431	100.0

Ruhsal problemi olan çocukların % 72.4'ünde bir, %1.4'ünde 4 ruhsal sorun saptanmıştır.

Tablo 4.10. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre kronik hastalık görülme durumu

Cinsiyet	Kronik Hastalık				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	443	18.8	1913	81.2	2356	100.0
Kız	455	18.3	2031	81.7	2486	100.0
Toplam	898	18.5	3944	81.5	4842	100.0

$$X^2 = 0.17 \quad p > 0.05$$

Araştırma grubuna alınan erkek çocukların % 18.8'inde kronik hastalık bulunurken, kızların 18.3'ünde kronik hastalık saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde her iki cins arasında kronik hastalık görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.11. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre yetersizliklerin görülme durumu.

Cinsiyet	Yetersizlik				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	396	16.8	1960	83.2	2356	100.0
Kız	375	15.1	2111	84.9	2486	100.0
Toplam	771	15.9	4071	84.1	4842	100.0

$$X^2 = 2.56 \quad p > 0.05$$

Erkek çocukların % 16.8'inde, kızların % 15.1'inde bedensel yetersizlik bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde her iki cins arasında bedensel yetersizlik görülme oranı açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 4.12. Araştırma grubuna alınan çocuklarda cinsiyete göre ruhsal sorunların görülme durumu

Cinsiyet	Ruhsal Sorunlar				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	237	10.1	2119	89.9	2356	100.0
Kız	194	7.8	2292	92.2	2486	100.0
Toplam	431	8.9	4411	91.1	4842	100.0

$$X^2 = 7.31 \quad p < 0.005$$

Erkek çocukların % 10.1'inde, kızların % 7.8'inde ruhsal sorun saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde her iki cins arasında ruhsal sorun görülme oranı açısından anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.13. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okulların sosyo-ekonomik durumuna göre kronik hastalıkların görülme durumu

Okullar	Kronik Hastalık				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	328	16.1	1710	83.9	2038	100.0
Orta	366	21.1	1367	78.9	1733	100.0
Kötü	204	19.0	867	81.0	1071	100.0
Toplam	898	18.5	3944	81.5	4842	100.0

$$X^2 = 15.89 \quad p < 0.005$$

Kronik hastalık görülme oranı sosyo-ekonomik durumu orta olan okullarda en yüksek düzeyde iken, bunu sosyoekonomik düzeyi kötü olan okullar izlemiştir. Kronik hastalıklar en az sosyoekonomik seviyesi iyi olan okullarda görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde kronik hastalık görülme durumu okulların sosyo-ekonomik durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 4.14. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okulların sosyo-ekonomik durumuna göre yetersizlik görülme durumu

Okullar	Yetersizlik				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	317	15.6	1721	84.4	2038	100.0
Orta	281	16.2	1452	83.8	1733	100.0
Kötü	173	16.2	898	83.8	1071	100.0
Toplam	771	15.9	4071	84.1	4842	100.0

$$X^2 = 0.36 \quad p > 0.05$$

Sosyo-ekonomik durumu orta ve kötü olan okullarda öğrenim gören öğrencilerde bedensel yetersizlik görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde okullar arasında sosyo-ekonomik duruma göre yetersizlik görülme oranı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.15. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okulların sosyo-ekonomik durumuna göre ruhsal sorunların görülme durumu

Okullar	Ruhsal Sorunlar				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	144	7.1	1894	92.9	2038	100.0
Orta	167	9.6	1566	90.4	1733	100.0
Kötü	120	11.2	951	88.8	1071	100.0
Toplam	431	8.9	4411	91.1	4842	100.0

$$X^2 = 16.63 \quad p < 0.05$$

Sosyo-ekonomik durumu kötü olan okullarda öğrenim gören öğrencilerde ruhsal problem görülme oranı, sosyoekonomik seviyesi orta ve iyi olan okullara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.16. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okul statüsüne göre kronik hastalık görülme durumu

Okullar	Kronik Hastalık				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Özel Okul	15	9.9	137	90.1	152	100.0
Kamu Okulu	883	18.8	3807	81.2	4690	100.0
Toplam	898	18.5	3944	81.5	4842	100.0

$$X^2 = 7.24 \quad p < 0.05$$

Kamu okullarında öğrenim gören öğrencilerin % 18.8’inde kronik hastalık bulunurken, özel okullarda öğrenim gören öğrencilerin % 9.9’unda kronik hastalık saptanmıştır. Kronik hastalık görülme oranı açısından okullar arasında saptanan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.17. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okul statüsüne göre yetersizlik görülme durumu

Okullar	Yetersizlik				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Özel Okul	35	23.0	117	77.0	152	100.0
Kamu Okulu	736	15.7	3954	84.3	4690	100.0
Toplam	771	18.5	4071	81.5	4842	100.0

$$X^2 = 5.38 \quad p < 0.05$$

Özel okullarda öğrenim gören öğrencilerde bedensel yetersizlik görülme oranı, kamu okullarında öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bedensel yetersizlik görülme oranı açısından okullar arasında saptanan fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.18. Araştırma grubuna alınan çocuklarda okul statüsüne göre ruhsal sorunlar görülme durumu

Okullar	Ruhsal Sorunlar				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Özel Okul	5	3.3	147	96.7	152	100.0
Kamu Okulu	426	9.1	4264	90.9	4690	100.0
Toplam	431	8.9	4411	91.1	4842	100.0

$$X^2 = 5.40 \quad p < 0.05$$

Kamu okullarında öğrenim gören çocuklarda ruhsal sorun görülme oranı, özel okullarda öğrenim görenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde ruhsal sorun görülme oranı açısından okullar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.19. Araştırma grubuna alınan çocukların sınıflarına göre kronik hastalık görülme durumu

Sınıflar	Kronik Hastalık				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	108	17.8	498	82.2	606	100.0
2	137	22.4	474	77.6	611	100.0
3	136	20.2	537	79.8	673	100.0
4	148	20.7	566	79.3	714	100.0
5	119	18.8	515	81.2	634	100.0
6	91	16.7	455	83.3	546	100.0
7	99	17.6	463	82.4	562	100.0
8	60	12.1	436	87.9	496	100.0
Toplam	898	18.5	3944	81.5	4842	100.0

$$X^2 = 25.04 \quad p < 0.005$$

Kronik hastalıklar en fazla ilkokul ikinci sınıfta görülmekte, bunu ilkokul dördüncü sınıftaki artış izlemektedir. Kronik hastalık görülme oranı ilkokul beşinci sınıftan itibaren giderek azalmaktadır. Yapılan istatistiksel analizde kronik hastalık görülme durumu bakımından sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.20. Araştırma grubuna alınan çocukların sınıflarına göre yetersizlik görülme durumu

Sınıflar	Yetersizlik				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	85	14.0	521	86.0	606	100.0
2	82	13.4	529	86.6	611	100.0
3	113	16.8	560	83.2	673	100.0
4	111	15.5	603	84.5	714	100.0
5	86	13.6	548	86.4	634	100.0
6	109	20.0	437	80.0	546	100.0
7	83	14.8	479	85.2	562	100.0
8	102	20.6	394	79.4	496	100.0
Toplam	771	15.9	4071	84.1	4842	100.0

$$X^2 = 22.77 \quad p < 0.05$$

Öğrenim basamağı yükseldikçe bedensel yetersizlik görülme oranı artmaktadır. Keza bedensel yetersizlikler en fazla sekizinci sınıf çocuklarda görülmekte, bunu altıncı ve üçüncü sınıf çocuklarda görülen yetersizlik oranları izlemektedir. Yapılan istatistiksel analizde yetersizlik görülme oranı açısından sınıflar arası farklılık anlamlı bulunmuştur

Tablo 4.21. Araştırma grubuna alınan çocuklarda sınıflara göre ruhsal sorunların görülme durumu

Sınıflar	Ruhsal Sorun				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Sınıf	90	14.9	516	85.1	606	100.0
2. Sınıf	91	14.9	520	85.1	611	100.0
3. Sınıf	78	11.6	595	88.4	673	100.0
4. Sınıf	47	6.6	667	93.4	714	100.0
5. Sınıf	40	6.3	594	93.7	634	100.0
6. Sınıf	37	6.8	509	93.2	546	100.0
7. Sınıf	27	4.8	535	95.2	562	100.0
8. Sınıf	21	4.2	475	95.8	496	100.0
Toplam	431	8.9	4411	91.1	4842	100.0

$$X^2= 97.50$$

$$p<0.000$$

Ruhsal sorunlar ilkököl birinci ve ikinci sınıfta daha fazla görülmüş, üçüncü sınıftan itibaren azalmaya başlayarak sekizinci sınıfta en düşük düzeye ulaşmıştır. Yapılan istatistiksel analizde ruhsal sorun görülme oranı açısından sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.22. İlköğretim öğrencilerinde trafik kazası geçirme durumu

Trafik Kazası Geçirme	Sayı	%
Bisiklet	103	50.5
Otomobil	80	39.3
Dolmuş	15	7.3
Mobilet	6	2.9
Toplam	204	100

Trafik kazası geçiren çocukların (%4.2) % 50.5'i bisiklet kazasına maruz kalırken, %49.5'i motorlu araç kazası geçirmiştir.

Tablo 4.23. Araştırmaya alınan çocukların cinsiyetine göre aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu

Cinsiyet	Persentil						Toplam	
	5 ve ↓		5-95		95 ve ↑			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	14	0.6	1928	81.8	414	17.6	2356	100.0
Kız	31	1.2	2247	90.0	208	8.4	2486	100.0
Toplam	45	0.9	4175	86.2	622	12.9	4842	100.0

$$X^2 = 95.6 \quad SD = 2 \quad p < 0.01$$

Erkek çocukların % 81.8'i 5-95.'inci persentilde iken, kızların %90.0'ı 5-95.'inci persentildedir. Erkek çocuklarında aşırı şişmanlık, kız çocuklarında ise aşırı zayıflık oranı daha fazla bulunmuştur. Aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme oranı açısından her iki cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.24. Okulların sosyo-ekonomik durumuna göre çocuklarda aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu

Okul	Persentil						Toplam	
	5 ve ↓		5-95		95 ve ↑			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	13	0.6	1783	87.5	242	11.9	2038	100.0
Orta	21	1.2	1461	84.3	251	14.5	1733	100.0
Kötü	11	1.0	931	86.9	129	12.1	1071	100.0
Toplam	45	0.9	4175	86.2	622	12.9	4842	100.0

$$X^2: 0.36 \quad SD = 4 \quad p < 0.01$$

Sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan okullarda 5-95.'inci persentilde bulunan çocuk oranı daha fazla bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyi orta olan okullarda aşırı zayıf ve aşırı şişman çocuk oranı diğer okullara göre daha fazladır. Aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme oranı okulların sosyo-ekonomik durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Tablo 4.25. Okul türüne göre çocuklarda aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu

Okullar	Persentil						Toplam	
	5 ve ↓		5-95		95 ve ↑			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Özel Okullar	4	2.6	115	75.7	33	21.7	152	100.0
Devlet Okulları	41	0.7	4060	86.6	585	12.5	4690	100.0
Toplam	45	0.9	4175	86.2	622	12.9	4842	100.0

$X^2 = 16.75$

SD = 2

$p < 0.01$

Özel okullarda öğrenim gören çocuklarda aşırı zayıflık ve şişmanlık oranı kamu okullarında öğrenim gören çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.26. Araştırmaya alınan çocukların sınıflarına göre aşırı zayıflık ve şişmanlık görülme durumu

Sınıflar	Perstentil						Toplam	
	5 ve ↓		5-95		95 ve ↑			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I.	7	1.2	553	91.2	46	7.6	606	100.0
II.	12	2.0	512	83.8	87	14.2	611	100.0
III.	11	1.6	506	75.2	156	23.2	673	100.0
IV.	4	0.6	592	82.9	118	16.5	714	100.0
V.	5	0.8	551	86.9	78	12.3	634	100.0
VI	2	0.4	489	89.6	55	10.1	546	100.0
VII.	2	0.4	517	92.0	43	7.6	562	100.0
VIII.	2	0.4	455	91.7	39	7.9	496	100.0
Toplam	45	0.9	4175	86.2	622	12.9	4842	100.0

$X^2 = 0.000$

SD = 14

$p < 0.01$

Aşırı şişmanlık ilkököl üçüncü sınıfta en yüksek oranda görülmekte, bunu ikinci ve beşinci sınıfta görülen oranlar izlemektedir. Aşırı zayıflık ise ilkököl ikinci sınıfta en yüksek oranda görülürken, bunu ilkököl üçüncü ve birinci sınıfta görülen oranlar izlemektedir. Aşırı şişmanlık ya da zayıflık oranlarındaki artma ya da azalma sistematik bir özellik göstermemektedir. Ancak, ilkököl üçüncü sınıftan itibaren 5-95.'nci persentilde olan çocuk oranı eğitim basamağının yükselmesine paralel olarak anlamlı düzeyde artış göstermektedir.

Tablo 4.27. Araştırma grubundaki kronik hastalığı olan çocuklarda devam problemi yaşama durumu

Devam Problemi Yaşama	Sayı	%
Evet sık sık	600	66.8
Bazen	286	31.8
Hayır	12	1.4
Toplam	898	100.0

Kronik hastalığı olan çocukların büyük bir çoğunluğu (% 66.8'i) sık sık, %31.8'i ise ara sıra okula devam problemi yaşamaktadırlar.

Tablo 4.28. Araştırma grubundaki yetersizlik görülen çocuklarda devam problemi yaşama durumu

Devam problemi yaşama	Sayı	%
Evet sık sık	59	7.6
Bazen	520	67.5
Hayır	192	24.9
Toplam	771	100.0

Bedensel yetersizliği olan çocukların büyük bir çoğunluğu (% 67.5) ara sıra okula devam problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.29. Araştırma grubundaki ruhsal sorunları olan çocuklarda devam problemi yaşama durumu

Devam problemi yaşama	Sayı	%
Evet sık sık	59	13.7
Bazen	249	57.8
Hayır	123	28.5
Toplam	431	100.0

Ruhsal sorunu olan çocukların yarısından fazlası ara sıra, %13.7'si sık sık okula devam problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.30. Araştırma grubuna alınan çocuklarda kronik hastalık görülme durumuna göre sınıf tekrarı

Kronik Hastalık	Sınıf Tekrarı				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Var	112	12.4	786	87.6	898	100.0
Yok	37	0.4	3907	99.1	3944	100.0
Toplam	149	3.1	4693	96.9	4842	

$$X^2= 322.40 \quad p<0.00$$

Kronik hastalığı olan çocukların % 12.4'ü, olmayanların ise % 0.4'ü sınıf tekrarına kalmıştır. Kronik hastalık durumuna göre sınıf tekrarına kalma oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.31. Araştırma grubuna alınan çocuklarda yetersizlik görülme durumuna göre sınıf tekrarı

Yetersizlik	Sınıf Tekrarı				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Var	107	13.9	664	86.1	771	100.0
Yok	42	1.0	4029	99.0	4071	100.0
Toplam	149	3.1	4693	96.9	4842	

$$X^2= 15.99 \quad p<0.000$$

Bedensel yetersizliği olan çocukların % 13.9'u, yetersizliği olmayanların ise % 1.0'i sınıf tekrarına kalmıştır. Bedensel yetersizlik varlığı sınıf tekrarına kalmayı anlamlı düzeyde artırmaktadır.

Tablo 4.32. Araştırma grubuna alınan çocuklarda ruhsal sorunlar görülme durumuna göre sınıf tekrarı

Ruhsal Sorunlar	Sınıf Tekrarı				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Var	125	29.0	306	71.0	431	100.0
Yok	24	0.5	4387	95.5	4411	100.0
Toplam	149	3.1	4693	96.9	4842	

$$X^2= 10.58 \quad p<0.01$$

Ruhsal sorunu olan çocukların % 29.0'u, olmayanların ise % 0.5'i sınıf tekrarına kalmıştır. Ruhsal sorun varlığı sınıf tekrarına kalmayı anlamlı düzeyde artırmaktadır.

Tablo 4.33. Kronik hastalığı olan çocukların ilişkilerinde sorun yaşama durumu

Okulda sorun yaşama (n: 898)	Sayı	%
Arkadaş ilişkilerinde	161	17.9
Öğretmenleriyle ilişkilerinde	77	8.6
Okula gidiş geliş	162	18.0
Yemek yeme vb. sorunlar	186	20.7

Kronik hastalığı olan çocukların %65.2'si rahatsızlıklarından dolayı okulda sorun yaşamaktadırlar. Bu çocukların yaşadıkları en önemli sorun yemek yeme vb. sorunlar iken, bunu okula gidiş gelişte ve arkadaş ilişkileri sırasında yaşadıkları sorunlar izlemektedir.

Tablo 4.34. Bedensel yetersizliği olan çocukların sorun yaşama durumu

Sorun (n: 771)	Sayı	%
Arkadaş ilişkilerinde	151	19,6
Öğretmenleriyle ilişkilerinde	83	10,8
Okula gidiş geliş	100	13,0

Bedensel yetersizliği olan çocukların %12.9'u okulda problem yaşamaktadır. Bu çocuklar en çok arkadaş ilişkilerinde sorun yaşarken, bunu okula gidiş geliş sorunları izlemektedir.

Tablo 4.35. Ruhsal sorunu olan çocukların okulda yaşadıkları sorunların dağılımı

Sorun (n: 431)	Sayı	%
Arkadaş ilişkilerinde	117	27.1
Öğretmenleriyle ilişkilerinde	84	19.5
Okula gidiş geliş	92	21.3

Ruhsal sorunu olan çocukların %67.9'u yetersizlikleri nedeniyle okulda sorun yaşamaktadırlar. Bu çocukların % 27.1'i arkadaş ilişkilerinde, % 21.3'ü okula gidiş gelişte ve % 19.5'i öğretmenleriyle sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.36. Araştırma grubunda kronik hastalık, bedensel yetersizlik ve ruhsal problemi olan çocukların okul başarıları dağılımı

Başarı Durumu	Kronik hastalık		Yetersizlik		Ruhsal sorunlar	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok iyi	231	25.7	203	26.3	79	18.3
İyi	326	36.3	253	32.8	147	34.1
Orta	253	28.2	195	25.3	140	32.5
Kötü	67	7.5	88	11.4	49	11.4
Çok kötü	21	2.3	32	4.2	16	3.7
Toplam	898	100.0	771	100	431	100.0

$$X^2= 55.00 \quad p>0.05$$

Kronik hastalığı olan çocukların okul başarılarının bedensel yetersizliği ve ruhsal problemi olan çocuklara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Bedensel yetersizliği ve ruhsal problemi olan çocuklarda kötü okul başarıları benzer oranda bulunmuştur.

Tablo 4.37. Araştırma grubunda kronik hastalık, yetersizlik ve ruhsal sorunu olan çocukların ailelerinin çocuğun hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olma konusundaki düşünceleri

Sorunlar	Yeterli bilgi durumu						Toplam	
	Evet		Kısmen		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kronik Hastalık	382	42.5	264	29.4	252	28.1	898	100.0
Yetersizlik	340	44.1	253	32.8	178	23.1	771	100.0
Ruhsal Sorunlar	112	26.0	161	37.4	158	36.6	431	100.0

$$X^2= 18.00 \quad p>0.05$$

Aileler en az bilgiye sahip oldukları alanın ruhsal sorunlar olduğunu, bedensel yetersizlikler konusunda daha yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmektedirler.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma ülkemiz nüfusunun %23.0 gibi önemli bir bölümünü oluşturan 7-16 yaş grubundaki ilköğretim öğrencilerinde kronik hastalık, bedensel yetersizlik ve ruhsal sorun görülme sıklığını saptamak amacıyla planlanmıştır. Çalışmada çocuğun sağlık durumu ile ilgili veriler; tanı koydurucu testler ya da tıbbi muayene sonucu ulaşılan sonuçlar olmayıp, anne ve/veya evdeki diğer yetişkinlerin çocuğun sağlığı hakkında algıladığı ve ifade ettiği sonuçları içermektedir.

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde çocukluk çağında görülen hastalıklar önemli boyutta şekil değiştirmiştir. Nitekim 20. yüzyılın başlarında binlerce çocuğun yaşamını tehdit eden bulaşıcı hastalıklar; enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, sanitasyon koşulları, yaşam standardı ve tıbbi bakımdaki iyileşmelerle büyük ölçüde kontrol altına alınmış ancak, aynı iyileşme çocukluk çağı kronik hastalıklarında sağlanamamıştır. Dolayısıyla enfeksiyon hastalıklarının elimine edilmesiyle, kronik hastalık görülme sıklığı göreceli olarak artmıştır.

Kronik hastalık, bedensel yetersizlik ve ruhsal sorunlar; gerek komplikasyonları gerekse tedavinin yan etkileri nedeniyle yarattığı fiziksel aktivite kısıtlılığı, yeti yitimi, yatakta gün geçirme, okul günü kaybı, akademik başarısızlık, iletişim ve uyum problemleri gibi sorunların yanında, tıbbi muayene ve tedavi giderleri ile önemli bir sosyal ve ekonomik sorundur.

Çalışmamızda çocukların % 18.5'inde kronik hastalık, % 15.9'unda bedensel yetersizlik ve % 8.9'unda ruhsal sorun saptanmıştır (Tablo 4.6). Newacheck ve ark. 17 110 18 yaş altı çocuk üzerinde yaptığı bir çalışmada kronik hastalık prevalansını %31.0 olarak bulunmuştur. Literatürde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da bir veya birden fazla kronik hastalığı olan çocuk oranının %5.0-30.0 arasında değiştiği gösterilmiştir (7). Prevalansın bu kadar geniş değerler arasında olması kısmen ortak tanımlama kriterlerinin olmamasına ve veri toplama araçlarının farklılığına bağlanmaktadır.

Araştırmamızda kronik hastalık prevalansının literatüre göre daha düşük bulunması verilerin aile bireylerinin ifadelerine dayalı olması ve ailenin kronik hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir. Nitekim çalışmamızda çocuğun kronik hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen aile oranı %42.5 olarak bulunmuştur. Diğer taraftan literatürde ifadeye dayalı araştırmalarda veri kayıplarının olabileceği gösterilmiştir. Son dönemde yapılan pek çok çalışmada medikal kayıtlarla tespit edilen kronik hastalıkların %35.0-45.0 kadarının aile görüşmelerinde ifade edilmediği, buna karşılık ailece bildirilen ancak, tıbbi kayıtlarda saptanamayan kronik olguların %8.0-12.0 arasında değiştiği gözlenmiştir (73). Çalışmamızda en sık görülen kronik hastalıklar arasında diş ve diş eti hastalıkları (%10.2), sık tekrarlayan enfeksiyonlar (%3.0), eklem romatizması (%2.0), astım (%1.7) ve deri hastalıkları (%1.1) bulunmaktadır (Tablo 4.3).

Newacheck ve ark. nın (72) çalışmasında ise en sık görülen kronik hastalıklar alerjik kökenli solunum yolu hastalıkları (%9.7), sık tekrarlayan kulak enfeksiyonları (%8.3) ve astım (%4,3) olarak saptanmıştır.

Hastalık örüntüsünün oluşumunda bireysel, kalıtsal, çevresel ve kültürel faktörlerin farklılığı önemli rol oynamaktadır.

Ülkemizde okul çağı çocuklarında yaygın bir sorun olan diş çürükleri 12 yaş grubunda % 80.0-83.0 düzeyinde iken, 12-19 yaş grubunda %88.6'ya yükselmektedir. DMF indeksi 12 yaşta 2.73'dür. Ülkemizde 6-12 yaş grubunda görülmeye başlayan ve yaş ilerledikçe artan periodontal hastalıkların görülme sıklığı 7-15 yaş grubunda % 10.0-60.0 arasında seyretmektedir(74). Çalışmamızda astım görülme sıklığı %1.7 olarak saptanmıştır. Çakır ve ark. nın (45) çalışmasında astım prevalansı % 14.5 olarak bulunmuştur. Ülkemiz genelinde yapılan çalışmalarda çocuklarda astım sıklığının %

2.2-9.8 arasında değiştiği gösterilmiştir (44). Dünyada ise ocuk yaş grubunda astım sıklığı % 7.0-11.0 arasındadır (44). Çalışma sonuçlarımız gerek ülke genelinde gerekse dünya çapında görülen astım prevelansına göre daha düşüktür. Bu farklılık kalıtsal ve coğrafik faktörlerin etkisine bağlanabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık görülme durumu açısından erkek ve kızlar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna rağmen, sık tekrarlayan enfeksiyonlar ve astım oranı erkeklerde kızlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum erkek çocuklarının dış ortamda kızlara göre daha fazla bulunmaları nedeniyle daha yoğun çevresel risk faktörüne maruz kalmalarına bağlanabilir.

Çocuklarda uzun süreli hastalıklar arasında görülme sıklığı açısından birinci sırada yer alan tip-1 diyabetin çalışmamızda görülme sıklığı %0.1 olup, oldukça düşük düzeydedir.

Araştırma grubundaki çocukların % 15.9’unda bedensel yetersizlik saptanmıştır (Tablo 4.3). Bedensel yetersizlikler arasında ilk üç sırada görme (%10.3), konuşma (%4.0) ve işitme (%1.7) problemleri yer almaktadır (Tablo 4.4). ABD’de 18 yaş altı 17 110 ocuk üzerinde yapılan ulusal sağlık araştırmasında binde 26.2 ile konuşma bozuklukları ilk sırada yer almakta, bunu binde 15.3 işitme sorunları, binde 15.2 iskelet sistemi yetersizlikleri ve binde 12.7 ile görme problemleri izlemektedir (59).

Konuşma bozuklukları erkeklerde (% 2.4) kızlara (% 1.5) göre anlamlı düzeyde daha fazla görülmektedir (55). Kayseri kentsel kesimde okul ağı çocukları üzerinde yaptığı çalışmada kekemelik prevelansını % 3.8 olarak bulmuştur (55). Literatür çalışmalarında ise çocukluk çağında kekemelik prevelansı % 3.0-4.0 arasında saptanmıştır (56,57). Bu çalışmalarda da kekemelik prevelansı erkek çocuklarında daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar daha önce araştırma bölgesinde yapılan çalışma sonuçları ve yabancı literatürle benzerlik göstermektedir. Konuşma bozukluğunun erkeklerde daha fazla görülmesini; kültürel faktörler nedeniyle kız çocuklarında görülen bu tür yetersizliklerin özellikle evlilik yapmalarına engel olacağı kaygısıyla gizleme eğilimine gidilmesine bağlayabiliriz.

Çalışmamızda ruhsal problem görülme sıklığı %8.9 olarak saptanmıştır. İlk üç sırada yer alan ruhsal problemler arasında gece-gündüz idrar kaçırma (%5.0), ruhsal sorunlar (%3.0) ve tik'ler (%2.3) bulunmaktadır.

İdrar inkontinansı erkek çocuklarında (%6.0) kızlara (%4,0) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ülkemiz genelinde yapılan çalışmalarda enürezis nokturna prevalansı % 11.5–19.0 arasında saptanmıştır(65,75,76). Ünalın'ın (64) daha önce araştırma bölgesinde yaptığı çalışmada ise bu oran % 20.8 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda saptanan idrar inkontinansı görülme sıklığı, gerek daha önce araştırma bölgesinde yapılan çalışma sonucuna, gerekse ülke genelinde yapılan çalışma sonuçlarına göre oldukça düşüktür. Düşüklüğün nedeni idrar inkontinansının yarattığı utanma ve/veya toplumsal dışlanmışlık nedeniyle gizleme eğilimine girilmesi ve gerçek değerlere ulaşamaması olabilir. Bu sonuç veri toplama biçiminin yarattığı esneklik sonucu oluşan veri kaybına da bağlı olabilir. Çünkü araştırma anketleri aile bireyleri tarafından ve hiçbir denetleyici unsur olmaksızın doldurulmuştur.

Çalışmamızda tik prevalansı %2.3 olarak saptanmıştır. Ünalın ve ark'nın (61) daha önce araştırma bölgesinde yaptığı çalışmada bu oran % 2.6 olarak bulunmuştur. Çuhadaroğlu'nun çalışmasında tik prevalansı erkek çocuklarında % 1.0-13.0, kız çocuklarında % 1.0-11.0 arasında saptanmıştır (56). Macfarlane' nın (57) % 4.0 olarak bulduğu tik prevalansını, Monk (77) ve Abe Oda (78) % 6.2 ve % 6.1 olarak saptamışlardır.

Çalışmamızda saptanan tik prevalansı bölgesel düzeyde yapılan çalışmalarda gösterilen eşik değerler arasında yer almaktadır. Ancak, yabancı literatür bulgularına göre daha düşüktür.

Önemsiz gibi görülen tiklerin çocuk gelişimi ve sosyal ilişkiler sırasında yarattığı problemler dikkate alındığında uzun dönemde ciddi problemler yarattığı görülmektedir. (79).

Çalışmamızda %2.0 olarak bulunan okul korkusu yabancı literatürde % 1.0-8.0 arasında değişmektedir.

Ruhsal sorun görülme sıklığı erkeklerde (% 10.1) kızlara (% 7.8) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12). Bu sonuç erkeklerin kızlara göre daha içe kapanık olmaları nedeniyle aile içinde ve okulda daha fazla iletişim ve uyum problemi yaşamalarına bağlı gelişmiş olabilir. Bunun yanında aile eğitim düzeyinin düşük oluşu da (annelerin % 63.4 ilkokul ve altı eğitime sahip) mevcut problemi derinleştiren neden olarak gösterilebilir.

Okulların sosyo-ekonomik durumlarına göre kronik hastalık görülme durumu incelendiğinde; kronik hastalık görülme oranı sosyo-ekonomik durumu orta olan okullarda anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$). Benzer şekilde bedensel yetersizlik görülme oranı sosyo-ekonomik durumu orta ve kötü olan okullarda öğrenim gören öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur ancak, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0.05$), (Tablo 4.14).

Gelir düzeyi düşüklüğü eğitim, mesleki statü gibi değişkenleri de etkileyerek bireysel ve çevresel kökenli olumsuz yaşam koşullarına neden olmaktadır. Dolayısıyla sosyo-ekonomik durumu orta ve kötü gruplarda satın alma gücünün yetersizliğine bağlı; kötü beslenme, yetersiz sağlık hizmeti kullanımı ve akraba evliliği gibi nedenlerle kronik hastalıklar daha fazla görülebilmektedir.

Ruhsal problem görülme oranı sosyo-ekonomik durumu kötü olan okullarda öğrenim gören öğrencilerde, sosyoekonomik seviyesi orta ve iyi olan okullara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Olumsuz çevre koşullarında yetişen çocukların yeni bir çevreye uyum göstermesi, ekonomik düzeyi orta ve iyi düzeyde olan aile çocuklarının durumundan etkilenerek, eziklik, utanma ve öfke gibi duygular yaşaması psikolojisinin bozulmasına neden olabilir. Nitekim çalışmamızda çocukların aile özelliklerine bakıldığında; % 89.6'sının tek gelirlisi, % 35.5'nin işçi, % 50.0'nin işsiz ve annelerin % 63.4'ünün ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Çalışmamızda kamu okullarında öğrenim gören çocuklarda kronik hastalık ve ruhsal sorun görülme oranı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 4.16, 4.18). Bu durum ücretsiz eğitim veren kamu okullarının öğrenci dokusunun sosyoekonomik düzeyi düşük aile çocuklarından oluşmasına bağlı olabilir ($p < 0.05$) (Tablo 4.16).

Bedensel yetersizlikler özel okullarda öğrenim gören öğrencilerde anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 4.17). Bu durum özel okullara giden çocukların gelir düzeyi ve mesleki statüsü yüksek ailelere sahip olmaları ve böylece hastalıklarının erken tanı ve tedavisi için yeterli ve uygun sağlık hizmeti alabilmelerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalıklar en fazla ilkokul ikinci sınıfta görülmekte, bunu ilkokul dördüncü sınıftaki artış izlemektedir. Kronik hastalık görülme oranı ilkokul beşinci sınıftan itibaren giderek azalmaktadır. Kronik hastalık görülme sıklığı açısından sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.005$). Bu durum gerek okul sağlığı hizmetlerinin etkinliğini gerekse ailelerin ilgi ve duyarlılığını göstermesi açısından önemli bir sonuçtur. Toplumun kronik hastalıklar hakkında bilinçli ve tedbirli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda öğrenim basamağı büyüdükçe bedensel yetersizlik görülme sıklığı anlamlı düzeyde artmıştır ($P < 0.05$). Nitekim III.sınıfta yetersizlik görülme oranı % 16.8 iken, VI.sınıfta % 20.0 olmuş, VIII.sınıfta ise % 20.6'ya yükselmiştir.

Bu durum çocuğun ergenlik dönemine yaklaştıkça kendi bedeni ve rahatsızlıkları konusunda daha bilinçli olmasına, ergenin yönetiminde sosyal çevrenin ve grup normlarının daha baskın olmasına ve kendi kendine sağlık hizmet talebinde bulunabilmesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda çocukların %0.9'unda aşırı zayıflık, %12.9'unda aşırı şişmanlık bulunmuştur. Şenol ve ark.'nın (80) daha önce araştırma bölgesinde ortaokul öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada 11-15 yaş grubu çocukların % 10.1'inin 5.persentil ve altında, % 2.0'nin 95.'inci persentilde bulunduğunu saptamışlardır (80). Bu sonuçlara göre zaman içinde aşırı zayıflık oranı azalmış, buna karşılık aşırı şişmanlık oranında bir artış görülmüştür. Bu durumu özellikle okul çağı çocuklarında yaygın olan fast-food gıdaların tüketiminin artmasına bağlayabiliriz. Diğer taraftan bu sonuç aynı zamanda örneklem gruplarının farklılığından da etkilenmiş olabilir.

Ülkemizde yetişkin grupta önemli bir sağlık sorunu olan şişmanlığın temeli çocukluk yaş grubunda atılmaktadır. Obesite ilkokul çağı ve ergenlik dönemi çocukların %20.0-27.0'nı etkileyen önemli bir sorundur (81).

Çalışmamızda aşırı zayıflık (% 1.2) kızlarda, aşırı şişmanlık (% 17.6) erkeklerde anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$), (Tablo 4.23). Diğer taraftan kızlarda şişmanlık % 8.4 iken, erkeklerde bu oran % 17.6'dır. Yıldız ve ark.nın (82) ülke genelinde 6-18 yaş grubu çocuklar üzerinde yaptıkları bir çalışmada şişmanlık prevalansı erkek çocuklarda % 7.5, kız çocuklarda % 10.4 oranında saptanmıştır. Pala ve ark. (83) 6-12 yaş grubunda şişmanlık prevalansını kızlarda % 18.8, erkeklerde % 13.7 olarak saptarken, Toksoy ve ark. (84) 7-16 yaş grubunda bu oranları kızlarda % 17.2, erkeklerde % 10.7 olarak bulmuşlardır

Görüldüğü gibi çalışma bulgularımızın aksine diğer çalışmalarda aşırı şişmanlık oranı kızlarda daha yüksek iken, çalışmamızda erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerde şişmanlığın daha yüksek görülmesini bölgesel kültürün etkisiyle erkek çocuklarının beslenmesine daha fazla ilgi gösterilmesi ve daha fazla yemek yedirme anlamındaki bu ilginin dengesiz beslenmeye neden olmasına bağlayabiliriz..

Sosyo-ekonomik durumu iyi olan okullardaki çocuklarda % 0.6, kötü olan okullarda % 1.0 oranında zayıflık bulunmuştur. Sosyo-ekonomik durumu iyi olan okullarda % 11.9, kötü olan okullarda % 12.1 oranında şişmanlık tespit edilmiştir (Tablo 4.25). Aşırı zayıf ve aşırı şişman çocuk oranı sosyoekonomik düzeyi orta olan okullarda diğer okullara göre daha fazladır. Okullar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Araştırmamızda sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe zayıflık ve şişmanlık görülme oranı azalmaktadır. Bu durum sosyoekonomik düzeyin iyileşmesine bağlı olarak ailelerin yeterli ve dengeli beslenme konusunda daha bilinçli davranmalarına bağlı olabilir.

Özel okullarda öğrenim gören çocuklarda aşırı zayıflık (% 2.6) ve şişmanlık oranı (% 21.7) kamu okullarında öğrenim gören çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.26). Şenol ve ark.'nın (80) çalışmasında sosyo-ekonomik durumu iyi olan kolejde zayıf çocuk oranı % 6.6 iken, ekonomik durumu orta ve kötü düzeyde olan okullarda bu oran sırasıyla % 9.1 ve % 12.3 olarak saptanmıştır. Yine kolejde şişman çocuk oranı % 12.0 düzeyinde iken, düzeyi orta ve kötü olan okullarda bu oranlar sırasıyla % 7.3 ve % 4.9 seviyesine düşmüştür.

Aşırı zayıflık ve şişmanlık oranlarının özel okullarda daha yüksek oluşu bu okullarda öğrencilerin kalori değeri yüksek hazır gıdalara ağırlık vermeleri, ara öğünlerde aşırı miktarda basit karbonhidrat tüketmeleri, özellikle kızlar arasında sağlıksız zayıflama rejimlerinin uygulanmasına bağlı olabilir.

Kronik hastalığı olan çocukların % 66.8'i sık sık, %31.8'i ara sıra, bedensel yetersizliği olan çocukların ise % 67.5'i ara sıra, ruhsal sorunu olan çocukların % 13.7'si sık sık, % 57.8'i ara sıra okula devam problemi yaşamaktadırlar (Tablo 4.29),Tablo 4.30). Kronik hastalığa olan çocukların % 12.4'ü, yetersizliği olan çocukların %13.9'u ve ruhsal sorunu olan çocukların % 29.0'ı sınıf tekrarı yapmıştır (Tablo 4.30), (Tablo 4.31), (Tablo 4.32).

Kronik hastalık, yetersizlik ve ruhsal sorunların yarattığı fiziksel, psikososyal ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle derse adaptasyon, dersi anlama, sınavlara hazırlanma ve sınav sırasında dikkati toparlamada yetersizlik yaşama, sağlık kontrolleri, hastanede yatma v.b nedenler derslere devamsızlık oranını artırmaktadır. Okula-derse devamsızlık akademik başarısızlığı beraberinde getirmektedir.

Kronik hastalığı olan çocukların %65.2'si, bedensel yetersizliği olan çocukların %12.9'u, ruhsal sorunu olan çocukların %67.9'u okulda problem yaşamaktadır.Kronik hastalığı olan çocuklar en çok yemek yeme, okula gidiş geliş ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamaktadırlar (Tablo 4.33). Bu durum; kronik hastalığı olan çocuğun iştahsızlığa bağlı yemek yemek istemediğini, yürümede, arabadan inip binmede sorunlar yaşadığını, kendisini sağlıklı arkadaşlarının yanında eksikli görme, içe kapanma, ya da dışlanma gibi sorunlara bağlı arkadaşları ile iyi bir iletişim kuramamasına, akademik başarısızlık ve derslerden soğuma gibi nedenlere bağlı olarak öğretmenleriyle sorun yaşamalarına bağlı gelişebilir.

Bedensel yetersizliği olan çocuklar daha çok okula geliş gidişte, öğretmenleriyle ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde sorun yaşamaktadırlar (Tablo 4.34). Yetersizliği olan çocuklar fizik aktivite kısıtlılığı, işitme ve görme problemlerine bağlı dersi dinleme, anlama, işitme ve konuşma bozuklukları nedeniyle iletişim kurmada zorlanma, arabaya inip binme ve trafikte hareket etmede güçlük yaşama gibi nedenlerle problemler yaşayabilmektedirler.

Ruhsal sorunu olan çocuklar daha çok arkadaş ilişkilerinde, okula gidiş gelişte, öğretmenleriyle ilişkilerinde sorun yaşamaktadırlar (Tablo 4.35). Ruhsal problemler çocuklarda içe kapanma, kendini ifade edememe, iletişim kuramama gibi nedenlerle ciddi uyum problemlerine zemin hazırlamaktadır.

Kronik hastalığı, bedensel yetersizliği ve ruhsal sorunları olan çocukların yaklaşık 1/3'nin akademik başarıları iyi düzeydedir (Tablo 4.36). Akademik başarısızlık en az kronik hastalığı olan öğrencilerde görülmektedir.

Aileler en az bilgiye sahip oldukları alanın ruhsal sorunlar alanı olduğunu buna rağmen, bedensel yetersizlikler konusunda daha yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmektedirler. Bu durum kronik hastalığı, yetersizliği ve ruhsal sorunları olan çocukların ailelerinin ve çevrelerinin çocuklarının hastalığı hakkında daha fazla bilgilendirilmeye ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Görülüş sıklığı bakımından literatürde gösterilen referans değerleri arasında seyreden kronik hastalık, bedensel yetersizlik ve ruhsal problemler yol açtıkları, sağlık kaybı, büyüme ve gelişme sorunları, okul günü kaybı, akademik başarısızlık, yüksek muayene ve tedavi giderleri gibi komplikasyonlarla bölgemizde acilen önlem alınmasını gerektiren bir halk sağlığı sorunudur.

Sonuç olarak çalışmamızda;

- ✓ Kayseri il merkezi ilköğretim okulu öğrencilerinde kronik hastalık prevalansı % 18.5, yetersizlik prevalansı % 15.9, ruhsal sorunların prevalansı % 8.9 olarak bulunmuştur. Erkeklerin % 18.8'inde kızların % 18.3'ünde kronik hastalık görülmektedir. Kronik hastalık, yetersizlik ve ruhsal sorunlar erkeklerde kızlardan daha fazla görülmektedir.
- ✓ Sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe kronik hastalık yetersizlik ve ruhsal sorunların görülme yüzdesi azalmaktadır.
- ✓ Özel okullarda yetersizlik % 23.0 ile kronik hastalık ve ruhsal sorunların prevalansından fazladır.kronik hastalık prevalansı II. Sınıfta en yüksek olup (% 22.4) diğer sınıflarda giderek azalmaktadır.
- ✓ Ruhsal sorunlar I. Sınıfta % 14.9 iken diğer sınıflarda giderek azalmaktadır.
- ✓ İlköğretim öğrencilerin % 50.5'i bisiklet, % 39.3'ü araba kazası geçirmektedir.

- ✓ Öğrencilerin % 0.9'unda zayıflık, % 12.9'unda şişmanlık saptanmıştır.
- ✓ Sosyo-ekonomik durumu orta olan okullarda zayıflık (%1.2) ve şişmanlık (%14.5) en yüksek yüzelere sahiptir.
- ✓ Kronik hastalığı olan çocukların %20.7'si yemek yeme vb. sorunlar, yetersizliği olan çocukların %19.6'sı arkadaş ilişkilerinde, ruhsal sorunları olan çocukların %27.1'i arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz :

- Okul sağlığı programlarına etkinlik ve işlerlik kazandırmak, yetersizliği olan çocuklara yönelik okulda bir takım düzenlemeler yapılması (Merdiven basamakları, sıralar, tahtalar, tuvaletler vb.).
- Kronik hastalık, ailelerin kronik hastalığa uygun diyetisyen tarafından verilen diyetlere uyması ve okulda yemek çıkıyorsa bu konuya düzenlemeler getirilmesi.
- Kronik hastalığı olan çocuğa evde bakım hizmetleri de sunabilmek.
- Ailelere ve öğretmenlere kronik hastalık, bedensel yetersizlik ve ruhsal problemi olan çocukların yönetimi konusunda hassasiyet ve yönetim becerisi kazandırmak.
- Ruhsal sorunları olan çocuklarda hastalığın, eğitimi ve çocuğun sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediği göz önüne alınarak rehberlik ve psikolojik danışmanlıklara ve ailelere çocuğu psikologa götürmeleri hususunda görev düşmektedir.
- Kazalar, madde bağımlılığı, okul korkusu, gece-gündüz idrar kaçırma gibi, bu çağ çocuklarda görülen önemli sorunların çözümünde okul-aile işbirliği yapmalıdır. Özellikle okulların rehberlik ve psikolojik danışmanlıklarına bu konularda önemli görevler düşmektedir.
- Aileler çocukların sorunları ile yeterince ve bilinçli ilgilenmeli bunun için başta anneler olmak üzere yaygın eğitim kurumları gibi kurumlarda açılan kurslar da çocuk eğitimi almalı sorunları azaltmakta çaba sarf etmelidirler.

6. KAYNAKLAR

1. <http://www.ilkadimdergisi.com/144/kapak-ahmet.htm>
2. Welson M., Gedikoğlu G. Çocuk Hastalıkları. Güven Kitabevi, Ankara, 1978.
3. Küçükhödük Ő. Yenidoğan ve Hastalıkları. Feryal Matbaa, Ankara, 1995.
4. Demirağ B, İmamoğlu A. Türkiye Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri. Feryal Matbaa, Ankara, 1984.
5. Cin Ő, Çocuk Hastalıkları. Sermet Yayınevi, İstanbul, 1995.
6. Meriç N. Pediatri Temel Bilgiler ve Ayırıcı Tanı. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1983.
7. ŐimŐek E. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Feryal Matbaa, Ankara, 1992.
8. Öztürk Y, Günay O. Aile Sağlığı El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 1995.
9. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri II. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2002.
10. www.bebek.com/content/Detail.asp?ContID:2058
11. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted11992.html>
12. Pekcan G, Arslan P. Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri 2005.
13. W.Great. MDJ, Yılığor E. Çocuk Hastalıklarında Tedavi El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 1993.
14. Erkan T, Kutlu T, Çullu F. Peptik Ülserli Olgularımızın Retrospektif Dökümü. 1998

15. Tümay BS, Bilger M. Pediatrik Gastroenteroloji. Sermet Matbaa, İstanbul,1976.
16. Demirağ B, Doğru Ü, İmamoğlu A. Türkiye Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri. Feryal Matbaa, Ankara, 1985.
17. Özalp İ, Yurdakök M M, Coşkun T. Pediatrie Gelişmeler. Sinem Ofset, Ankara, 1999.
18. <http://www.tr.net/saglik/genelseker.shtml#Tip%201>
19. Hatemi GS; Pediatrik Endokrinoloji Vakalara Yönelik Yaklaşım ve Yorum. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1983.
20. C:Documets and Settings/19/Desktop/TR-NET SAGLIK.htm
21. Günöz H, Öcal G, Kurtoğlu S. Pediartrik Endokrinoloji. Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları, Kayseri, 2003.
22. Renda Y, Yalas K, Özdirim E. Pediartrik Nöroloji. Arasan Matbaacılık, Ankara, 1983.
23. Hathaway EW, Groothving KJ, Yurdakök M. Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi (2 nd ed). Feryal Matbaa, Ankara, 1992.
24. <http://aile.hekimligi.uludağ.edu.tr/seminer24.html>
25. Onat T, Hatemi S, Cenani A. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (2 nd ed). Eksen Yayınevi, İstanbul, 1996.
26. Krasnik A. Headaches in the population of school children in Ponzan. Neurol Neurochri Pol 1993;33 Suppl 5:111-25
27. Zarifoğlu M. İngiliz E. Prevalence of headache in 6-15 years old studennts in Gemlik Town, Bursa, Turkey. Neurology and Public Health. Reperts of a WHO meeting, 1994.
28. Starfield B, Katz H et al. Morbidity in chidhood: A longitudinal view. N Engl J Med 1984;310-824.
29. Bile B. Migraine in school children. Acta Pediatr Scand 1962;52 (Suppl (36):1.
30. Rothrer AD. Headaches in Children : A review Headache 1978;18:169.
31. Keser R, Esmer N, Beden E, KBB Baş ve Boyun Hastalıkları. ANTIP AŞ Yayınları, Ankara, 2000.
32. <http://www.Haydarpasanumune.gov.tr/Hastalik/ap.diyalizi.shtm>
33. Solak V, Çek M. Pediatrik Üroloji ve Nefroloji. 1996.
34. <http://www.novoturk.com/documents/article>

35. Dündar Y, Evliyaoğlu O, Hatun Ş. Okul Çocuklarında Boy Kısaldığı ve Obesite. İhmal Edilen Bir Sorun. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics* 2000;9:19-22.
36. Köksal G, Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 1996.
37. Gedikoğlu G. Nelson Çocuk Hastalıkları Vaugh ve Mckay(Pediatri) Güven Kitabevi, Ankara, 1978.
38. Koruk İ, Çivi S. Konya ili Hasanköy Sağlık Ocağı Bölgesinde İlköğretim Okulu 1.Sınıf Öğrencilerinde Kronik Malnütrisyon Prevalansı. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 2005;27(2):64-69.
39. Cantez T, Oğuz F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2003.
40. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri I. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2003.
41. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri I. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2002.
42. Ortolani C, İspano M, Scibilia J ve ark. Introducing chemists to food allergy. *Allergy* 2001;56 Suppl 67:5-8.
43. Chipps B. Food Allergy:New Insights and Management Strategies. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology 56th, Annual Meeting, 2000.
44. <http://saglikinfo.com/HASTAOKULU/top>
45. Çakır M, Çetinkaya F. Samsun'da İlköğretim Okulu Çocuklarında Astım ve diğer Alerjik Hastalıkların Sıklığı. *Astım Alerji İmmünoloji Dergisi*, 2004;2(3):139-142
46. Bozbora A. Obezite ve Tedavisi. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2002.
47. Baysal A. Beslenme. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2002.
48. Öztürk M. Beslenme Sorunları ve Yasal Durum, V.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, 8-9-10 Eylül 1997, S.D.Ü. Isparta.
49. Yalbir İ. Çocuk Hastalıkları ve Tedavisi. Aslımlar Basımevi, Ankara, 1983.
50. Ocakcı A, Kocakulak O, Yıldırım ÖG. Serebral Palsili (Beyin Felçli) Çocukların Ailelerine Eğitim ve Danışmanlık. Serebral Palsili (Beyin Felçli) Çocuklar İçin Aile Rehberi. 1995;60-75.
51. Cingi E. KBB Hastalıkları. Ayyıldız Matbaası, Ankara, 1977.
52. Selimoğlu E, Selimoğlu AM, Eşrefoğlu M. Konjenital Sağırlıklar. *Sendrom Aktüel Tıp Dergisi*, 1995;6(7): 68-82.

53. Soysal S, Neyzi O, Gürson TC. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Sermet Matbaa, İstanbul, 1976.
54. Bengisu Ü. Göz Hastalıkları. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1985.
55. Ünal D, Çetinkaya F, Baştürk M. Kayseri İli Kentsel Kesimde 7-12 Yaş Grubu Çocuklarda Kekemelik Prevalansı. T Klin J Pediatr 2002;11:15-19.
56. Çuhadaroğlu F. Çocuk Psikiyatrisinde Sık Rastlanan Bozukluklar. Hacettepe Tıp Dergisi, 1999;30(1): 48-52.
57. Yairi E, Ambrose N. Onset of Stuttering in preschool children. Selected factors. J Speed Hearing Res August 1992;35: pp 782-788.
58. Schwartz MW, Kazancı G. 5 Dakikada Çocuk Hastalıklarının Değerlendirilmesi. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, Samsun, İzmir, Bursa, 2005.
59. <http://www.saglikmemurlari.org/gecidokulfb.htm>
60. Mukaddes MN. Tik Bozuklukları, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2003.
61. Ünal D, Baştürk M, Çetinkaya F. Kayseri İl Merkezinde 7-12 Yaş Grubunda Tik Bozukluğu Prevalansı. Türk Pediatri Arşivi 2001;36:219-223.
62. Baysal B. Tik Bozuklukları. Katkı Pediatri Dergisi, 1996;(5): 812-816.
63. James F, Leckman DJ. Tic Disorders. In:Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). Child and Adoloescent Psychiatry Modern Approaches (3rd ed) London 1994, pp 455-519.
64. Ünal D, Çetinkaya F, Baştürk M. Kentsel Kesimde 7-12 Yaş Grusunda Enürezis Nokturna Prevalansı ve Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001;2(3):175-182.
65. Kırılmaz A, Işık A. Park Sağlık Ocağına Bağlı İlkokullarda Enürezis Nokturna Prevalans Araştırması. Ankara Hastanesi Tıp Dergisi, 1994;29(1,2,3): ss 73-77.
66. Ergin S, Özgür S. Eskişehir Erkek Yetiştirme Yurdunda Enürezis Nokturna Görülme Sıklığı Taraması. Anadolu Tıp Dergisi, 1979;1 ss 60-66.
67. Bilir.Ş, Arı M, Dönmez N.B. Giresun, Rize, Nevşehir, Malatya ve Ankara illerinde 4-12 Yaş Çocuklarında Enüzeris Nokturnanın Görülme sıklığının İncelenmesi. Sağlık Dergisi, Kasım 1988; 60(2): 51-64.
68. Tüzün Ü. Madde ve İlaç Kullanımı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2003.
69. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği Yayınları, İstanbul, 2000.

70. <http://www.jansen-cilag.com.tr/disease/detarl.jhtml?temname=adhd-what>
71. <http://www.Ntumsncb.com/news/312622.asp>.
72. Newacheck, PW, Taylor, WR. Childhood chionic illness: Prevalence, severity and Impact. American Journal of Public Health. 1992; 82(3):364-70.
73. National Center For Health Statistics Interview data on chionic conditions compared with İnfermation derived from medical. Records. Series 2, No:23. Washington, DC-US Gout Printing Office, 1967. Public Health Service Publication 1000) (Jahine TB. Reporting Chionic Conditions in the National Health İnterview Survet: A Review of Endingfrom Evaluation Studies AND Methodological Tests, Washington, DC:US AND Human Services P.O. 85 A046 16500 ID.
74. Bertan M. Güler Ç. Halk Sağlığında Temel Bilgiler.(İçinde: Ağız ve Diş Sağlığı); Yazıcıoğlu B. 455-61. Ankara, 1995.
75. Akdur R. Abidinpaşa Bölgesi İlkokul 5. Sınıflarda Enünezis Nokturna Prevalans Araştırması. Ankara Tıp Bülteni, 1980; 2 : 165-172.
76. Serel TA, Akhan G, Koyuncuoğlu HR. Epidemiology of enuresis in Turkish Children. Scandj. Urol Nephrol 1997; 31: 537-539.
77. Lapouse R, Mark MA. An epidemiological study of behaviour characteristic in children. Am J Public Health 1958; 48: 1134-1144.
78. Abe K, Oda N. Indence of tics in the off spring of childhood tigers. A cotroller follow up study. Dev Med Child Neurol 1980;22: 649-653.
79. Sakman Z, Ayhan B, Tümördem Y. Kekeme Çocuklarda Uyum ve Davranış Bozuklukları, IV.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, ss. 411-412, 1993.
80. Şenol V, Çetinkaya F, Uğur Ö, Özdemir A, Öztürk Y. Ortaokul Öğrencilerinin Beslenme Şekli, Ağırlık Durumlarının Tespiti ve Etkileyen Faktörler. Sendrom Dergisi, 1999;11(11):34-39.
81. Schonfeld N, Craig H. Pediatric obesity : An overview of etiology and treatment. Pediatric Clinics of North America, 1996;44(2) p 45.
82. Yıldız B. Adölesanda Şişmanlık, Sendrom Tıp Dergisi, 1993; 5(6):43-45.
83. Pala K, Aytekin N, Aytekin H. Gemlik Bölgesinde 6-12 Yaş Çocuklarında Aşırı Kiloluluk ve Şişmanlık Prevalansı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2003;12(12):448-450.
84. Toksoy HB, Kafalı G, Kaya R, Gültekin A. Sivas Yöresinde Okul Çocuklarında Obezitenin Prevalansı Cumhuriyet Üniversitesi. Tıp Fakültesi Dergisi, 1994;16(2):137-141.

OKUL ÇOCUKLARINDA KRONİK HASTALIKLAR GÖRÜLME DURUMU

Adı-Soyadı :

1. Okulu :

2. Kaçınıcı sınıfta okuyor ?

3. Yaş :

4. Cinsiyeti 1. Erkek 2. Kız

5. Anne mesleği 1. Ev hanımı 2. Çalışıyor

6. Baba mesleği 1. Memur 2. İşçi 3. Esnaf 4. Emekli
5. İşsiz 6. Serbest (.....) 7. Diğer (.....)

7. Anne eğitimi 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul

8. Baba eğitimi 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul

9. Ailenin yaklaşık geliri : TL

10. Sosyal güvence 1. Bağ-Kur 2. Emekli sandığı 3. Yeşil kart
4. SSK 5. Yok 6. Diğer (.....)

11. Anne-baba akraba evliliği 1. Var (.....) 2. Yok

12. Kaç kardeşi var ?

13. Çocuğunuzun devamsızlık durumu nasıldır ?

1. Devam problemi yok 2. Ara sıra 3. Sık sık

14. Çocuğunuzun sınıf tekrarı var mı? 1. Evet (..... sınıfta) 2. Hayır

15. Çocuğunuz herhangi bir trafik kazası geçirdi mi ? 1. Evet (.....) 2. Hayır

16. (Cevabınız evetse) kalıcı bir etki bıraktı mı ?

17. Çocuğunuzun herhangi bir ameliyat geçirdi mi ? 1. Evet (.....) 2. Hayır

18. Çocuğunuz doktor tarafından teşhis edilmiş ve devam eden sürekli tedavi ve kontrol gerektiren herhangi bir kronik hastalığı var mı ? 1. Evet (.....) 2. Hayır

ÇOCUĞUNUZDA AŞAĞIDAKİ HASTALIKLARDAN BİRİSİ VAR MI ?

(Cevabınız evet olduğu durumda lütfen boşluklara problemin ne olduğunu açıklayıcı bir şekilde yazınız)

1. Kas-iskelet sistemi yetersizliği 1. Evet (.....) 2. Hayır
(Kol, bacak, el, ayak olmaması veya çıkıklığı, kamburluk doğuştan kalça çıkığı gibi)
2. Kalp hastalıkları 1. Evet (.....) 2. Hayır
(Doğuştan kalp hastalıkları, diğer)
3. Bağışıklık sistemi hastalıkları 1. Evet (.....) 2. Hayır
4. Kan hastalıkları 1. Evet (.....) 2. Hayır
5. Mide ve barsak hastalıkları 1. Evet (.....) 2. Hayır
(Kolit, sık tekrarlayan ishal, besin alerjisi, ülser, gastrit)
6. Deri hastalıkları 1. Evet (.....) 2. Hayır
(Ekzema, ciddi deri alerjisi, diğer)
7. Tip I Diyabet (Şeker hastalığı) 1. Evet (.....) 2. Hayır
8. Kanserler 1. Evet (.....) 2. Hayır
9. Guatr (doktor tanısı alan) 1. Evet (.....) 2. Hayır
10. Epilepsi hastalığı (Sara) 1. Evet (.....) 2. Hayır
11. Eklem romatizması 1. Evet (.....) 2. Hayır
12. Hepitit B (Sarılık) taşıyıcılığı 1. Evet (.....) 2. Hayır
13. Astım 1. Evet (.....) 2. Hayır
14. Migren 1. Evet (.....) 2. Hayır
15. Doğuştan anomaliler 1. Evet (.....) 2. Hayır
(DOWN sendromu, spira bifida, herhangi bir organ yokluğu)
16. Hafif derecede zeka geriliği 1. Evet (.....) 2. Hayır
17. Aşırı şişmanlık 1. Evet (.....) 2. Hayır
18. Aşırı zayıflık 1. Evet (.....) 2. Hayır
19. İşitme problemi 1. Evet (.....) 2. Hayır
(Tek ve çift taraflı, diğer ...)
20. Göz problemleri 1. Evet (.....) 2. Hayır
(Katarakt, şaşılık, gök kayma, myopi, hipermetrop, ağır derecede görme bozukluğu)
21. Konuşma bozuklukları 1. Evet (.....) 2. Hayır
(Kekemelik, peltek konuşma, küçük çocuk gibi konuşma, burundan konuşma, hoşa gitmeyen vurgu, bir ses yerine diğerini kullanma, kulak tırmalayıcı konuşma)
22. Önemli derecede diş sorunları 1. Evet (.....) 2. Hayır
23. Kalpte delik 1. Evet (.....) 2. Hayır
24. Yüksek tansiyon (hipertansiyon) 1. Evet (.....) 2. Hayır
25. Okul korkusu 1. Evet (.....) 2. Hayır

26. Tik 1. Evet (.....) 2. Hayır
27. Gece-gündüz idrar kaçırma 1. Evet (.....) 2. Hayır
28. Madde bağımlılığı 1. Evet (.....) 2. Hayır
29. Ruhsal sorunlar (**Depresyon, anlama bozukluğu vb.**) 1. Evet (.....) 2. Hayır
30. Yukarıdakilerin dışında çocuğunuzda sizce önemli gördüğünüz bir hastalık ya da problem varsa belirtiniz.

.....

**ÇOCUĞUNUZDA YUKARIDA SAYDIĞIMIZ PROBLEMLERDEN HİÇBİRİSİ YOKSA,
BU SAYFAYI DOLDURMAYINIZ. TEŞEKKÜR EDERİZ**

31. Çocuğunuzun hastalığı nasıl gelişti ? 1. Doğuştan 2. Sonradan
32. Bu hastalık kim tarafından teşhis edildi?
33. Bu hastalık belirleneli kaç yıl oldu ?
34. Çocuğunuzun hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz ?
1. Evet (.....) 2. Kısmen 3. Hayır
35. Çocuğunuzun hastalığı ya da problemi nedeniyle kontrole götürüyor musunuz ?
1. Evet 2. Hayır (Soru 38'e geçiniz)
36. Kontrolleri nerede yaptırıyorsunuz ?
37. Kontrolleri ne kadar aralıklarla yaptırıyorsunuz ?
38. Çocuğunuzun hastalığı okulda devam problemini oluşturuyor mu)
1. Evet 2. Hayır 3. Bazen
39. Geçen yıl kaç gün bu nedenle okula devam edemedi ?
40. Çocuğunuzun hastalığı nedeniyle okulda sorun yaşıyor mu, evet ise ne tür ?
1. Arkadaş ilişkilerinde 1. Evet (.....) 2. Hayır
2. Öğretmenleriyle ilişkilerinde 1. Evet (.....) 2. Hayır
3. Okula gidiş gelişleriyle 1. Evet (.....) 2. Hayır
4. Yemek çeşitlerinde 1. Evet (.....) 2. Hayır
5. Diğer
41. Çocuğunuzun hastalığı ile ilgili özel bir diyet var mı ?
1. Evet (.....) 2. Hayır
42. (Cevabınız evetse) Çocuğunuz diyete uyuyor mu ?
1. Evet (.....) 2. Hayır
43. Yukarıdakilerin dışında çocuğunuzun hastalığı hakkında okulda yaşadığı sorunlarla ilgili eklemek istediğiniz düşünceleriniz varsa kısaca yazınız.

.....
.....

ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

Bu bölüm araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

- Boy :

- Kilo :

- BMI :

- Okuldaki başarı durumu (Öğretmenin değerlendirmesine göre)

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Denizli’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Denizli’de tamamladı. 1995-1996 Eğitim Öğretim yılında Denizli Sağlık Meslek Lisesi Ebelik bölümünden mezun oldu. 1996 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’na başladı ve 2000 yılında yatay geçişle geçtiği Süleyman Demirel Üniversitesi’nden 3.lükle mezun oldu. 1997 yılında Denizli Devlet Hastanesi’nde göreve başladı. 2002-2003 öğretim yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına başladı. Halen Develi Devlet Hastanesi’nde Hemşire olarak görev yapmaktadır.