

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

**BEBEKLERDE İSHAL MORBİDİTESİ İLE BESLENME VE  
BÜYÜME ETKİLEŞİMLERİ**

**Tezi Hazırlayan  
Rukiye TUNA**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Mualla AYKUT**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2005  
KAYSERİ**

**Prof.Dr.Mualla AYKUT** danışmanlığında **Rukiye TUNA** tarafından hazırlanan “**Bebeklerde İshal Morbiditesi İle Beslenme Ve Büyüme Etkileşimleri**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

**19.07.2005**

**JÜRİ :**

**İmza**

**Üye : Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK**

**Üye : Prof.Dr.Mualla AYKUT**

**Üye : Doç.Dr.Duran ASLAN**

**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

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

**Enstitü Müdürü**  
**Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU**

## **TEŞEKKÜR**

Bu çalıőmamda, katkılarıyla bana yardımcı olan, başta danıőmanım Sayın Prof.Dr.Mualla AYKUT'a, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Baőkanı Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK'e ve diğer öğretim üyelerine, desteklerini esirgemeyen aileme ve eőime teşekkür ederim

## **BEBEKLERDE İSHAL MORBİDİTESİ İLE BESLENME VE BÜYÜME ETKİLEŞİMLERİ ÖZET**

Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Alibaba Sağlık Ocağı Bölgesindeki bebekler üzerinde 01.09.2003–30.09.2003 tarihleri arasında yürütülen bu çalışmada; 0–12 aylık bebeklerde ishal morbiditesinin belirlenmesi, annelerinin ishale ilişkin bilgi ve uygulamalarının saptanması, ishal ile bebeğin beslenmesi ve büyümesi arasındaki etkileşimlerin incelenmesi ve elde edilecek sonuçlar doğrultusunda öneriler getirmek amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamına sağlık ocağı 2003 yıl ortası nüfus kayıtlarından tespit edilen 456 bebeğin tümünün alınması hedeflendi, ancak ulaşılabilen 422(%92.5) bebek alındı. Bebeklerin anneleri 2003 Eylül ayında evlerinde ziyaret edilerek araştırmanın amacına uygun hazırlanmış; aileye ve bebeğe ait tanımlayıcı bilgiler, bebeğin beslenme şekli, ishale yakalanma sıklığı, annenin ishal ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgilerini sorgulayan 44 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yoluyla araştırmacı tarafından dolduruldu, dijital bebek baskülü ile bebeklerin ağırlık ölçümleri yapılarak kaydedildi.

Malnutrisyon varlığı değerlendirilirken Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) tarafından tanımlanan uluslararası standartlar referans alınarak her bir çocuğun yaşa göre ağırlıklarının z değerleri hesaplandı ve -2 SD ve altı malnutrisyon olarak kabul edildi.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. İstatistiksel analizde Ki-kare, t testi, tek yönlü ANOVA, lojistik regresyon analizi kullanıldı ve  $p < 0.05$  değerleri anlamlı olarak kabul edildi. Araştırmaya alınan bebeklerin %52.4'ü kız, %47.6'sı erkektir. Bebeklerin %9.9'unun düşük doğum ağırlıklı olarak doğduğu saptanmıştır. Bebeklerde bir süre anne sütü alma oranı %96.5, ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %50.2, kolostrum alma oranı %95'tir. Bebeklerin annelerinin ishale tanısını (%14.7), ishale nedenlerini (%9), ishale çocuğa verebileceği zararları (%13.5), ishale bebeğe verilmesi gereken (%14) ve ishale verilmemesi gereken besinleri (%7) tam ve doğru olarak bilme oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubuna alınan bebeklerde 3 aylık ishal morbiditesi %39.8, Eylül ayı ishal prevalansı %16.6 olarak belirlenmiştir. Ebe izlem sayısı yeterli olan bebeklerde ishal morbiditesi daha düşük bulunmuştur. Bazı değişkenlerin ishal görülme durumuna etkisi incelendiğinde; ailenin ekonomik durumu, bebeğin beslenmesi, anne sütü alma durumu ve malnutrisyon görülme durumu en önemli faktörler olarak bulunmuştur. Araştırmamızda bebeklerin %7.1'inin malnutrisyonlu olduğu tespit edilmiştir. Bebeklerde malnutrisyon prevalansını etkileyen değişkenler incelendiğinde; bebeğin doğum ağırlığı, kolostrum alma durumu ve ishal görülme durumu en önemli faktörler olarak belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler :** Bebek, İshal, Beslenme, Anne sütü, Malnutrisyon

## INTERACTIONS BETWEEN DIARRHOEA MORBIDITY OF THE BABIES AND NUTRITION AND GROWTH

### ABSTRACT

This study has been carried out on babies living at Alibaba health center area that belongs to Sivas city health management between Sept.1st 2003 and Sept.30th 2003; to determine diarrhoea morbidity on 0–12 months babies, mother's diarrhoea knowledge and applications, influence between diarrhea and baby nutrition and growth have been investigated; proposed suggestions according to obtained results.

Scope of investigation covers 456 babies who registered concerned health center in 2003, only 422 (92.5%) of attained babies have been considered for the study. The mothers have been visited by researcher face to face for filling out questionnaire forms and scale in September 2003; questionnaire has 44 items that advertiser information about family and baby, nutrition style of baby, diarrhoea frequency, mother's knowledge level of diarrhoea and baby nutrition. Babies' weight has been recorded at the same time accordingly.

International standards have been referred for malnutrition evaluation by the use of U.S. National Centers for Health Statistics-NCHS; z factors have been calculated for each baby by age and -2 SD and lowers assumed malnutrition.

Obtained data have been transferred to computer for evaluation. Chi-square, student t test, one way ANOVA and logistic regression analysis used and  $p < 0.05$  values assumed meaningful. Participant babies were 52.4 % female and remaining 47.6 % were male. 9.9 % babies have been delivered with low birth weight. 96.5 % babies have been breastfed for a while, 50.2 % babies have been only breastfed for first six months and colostrums feeding rate was 95 %. Mother's correct knowledge rate have been determined as low as 14.7 % definition of diarrhoea, 9 % reasons of diarrhoea, 13.5 % diarrhoea damages to baby, 14% required feeding while diarrhoea, 7 % forbidden feeding while diarrhoea. During summer 3 months diarrhoea morbidity determined as 39.8 % and September diarrhoea prevalence determined as 16.6 % of the participant babies. The babies who have adequate midwife observation rate have been found lower diarrhoea morbidity. When some variables studied carefully; the most important factors were found such as economic level of the family, nutrition of baby, breastfeeding and malnutrition.

7.1 % of participant babies have been found as malnourished. When malnutrition prevalence considered the most important factors have been found as birth weight of the baby, colostrums taking and diarrhoea have been detected from the variables.

**Key Words :** Infant, Diarrhoea, Nutrition, Breastfeeding, Malnutrition

**İÇİNDEKİLER**

	<b><u>Sayfa No</u></b>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLO LİSTESİ .....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. İSHALİN TANIMI.....	3
2.2. İSHALDE EPİDEMİYOLOJİ.....	3
2.3. İSHALİN ETİYOLOJİSİ.....	5
2.3. İSHALDE SEMPTOMLAR VE KLİNİK BULGULAR.....	6
2.3. İSHALİN TEDAVİSİ.....	8
2.3. 0-1 YAŞ ÇOCUKLARDA BESLENME.....	11
2.3. İSHAL VE BESLENME .....	17
2.3. 0-1 YAŞTA BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	18
2.3. MALNUTRİSYON VE İSHAL .....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	22

4. BULGULAR .....	25
4.1. BEBEKLER VE AİLELERİ İLE İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR.....	25
4.2. BEBEKLERİN BESLENMELERİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	29
4.3. BEBEKLERİN ANNELERİNİN İSHAL HAKKINDAKİ BİLGİLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	32
4.4. BEBEKLERDE İSHAL GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULAR .....	37
4.5. BEBEKLERDE MALNUTRİSYON GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULAR.....	47
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	56
5.1. BEBEKLER VE AİLELERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI .....	56
5.1. BEBEKLERİN BESLENMELERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI.....	58
5.1. BEBEKLERİN ANNELERİNİN İSHAL HAKKINDAKİ BİLGİLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI.....	61
5.1. BEBEKLERDE İSHAL GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI.....	63
5.1. BEBEKLERDE MALNUTRİSYON GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI.....	67
6. KAYNAKLAR .....	73
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

## TABLO LİSTESİ

Sayfa no

<b>Tablo 2.1</b>	Çocuklarda Akut İshal Nedenleri.....	5
<b>Tablo 2.2</b>	Akut İshalde Klinik Değerlendirme.....	7
<b>Tablo 2.3</b>	Oral Rehidrasyon Solüsyonunun Bileşimi.....	9
<b>Tablo 2.4</b>	Evde Hazırlanan Basit Şeker-Tuz Karışımı.....	10
<b>Tablo 2.5</b>	Akut İshalde Tedavi.....	10
<b>Tablo 2.6</b>	Ek Gıdalara Başlama Dönemi İle İlgili Durumlar.....	15
<b>Tablo 4.1</b>	Araştırma Kapsamına Alınan Bebeklerin Annelerinin Yaşlarına Göre Dağılımı.....	25
<b>Tablo 4.2</b>	Bebeklerin Anne ve Babalarının Eğitim Durumuna ve Mesleklerine Göre Dağılımı.....	26
<b>Tablo 4.3</b>	Bebeklerin Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.4</b>	Bebeklerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 4.5</b>	Bebeklerin Beslenmeye İlişkin Bazı Özelliklerinin Cinsiyete göre Dağılımı....	29
<b>Tablo 4.6</b>	Altı Aylık ve Daha Küçük Bebeklerin Beslenme Şekli ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.7</b>	Bebeklerin Süttten Kesilme ve Ek Besine Başlama Zamanının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.8</b>	Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Tanımını Bilme Durumları.....	32
<b>Tablo 4.9.</b>	Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Nedenlerini Bilme Durumları.....	33
<b>Tablo 4.10</b>	Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Zararlarını Bilme Durumları.....	34
<b>Tablo 4.11</b>	Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalde Verilmesi Gereken Besinleri Bilme Durumları.....	35
<b>Tablo 4.12</b>	Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalde Verilmemesi Gereken Besinleri Bilme Durumları.....	36
<b>Tablo 4.13</b>	Bebeklerde Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshal Görülme Durumu.....	37
<b>Tablo 4.14</b>	Bebeklerin Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshal Görülme Durumu.....	38
<b>Tablo 4.15</b>	Bebeklerin Cinsiyetlerine Göre İshal Görülme Durumu.....	39



<b>Tablo 4.16</b>	Bebeklerin Önceki Çocukla Arasındaki Ay Farkına Göre İshal Görülme Durumu.....	39
<b>Tablo 4.17</b>	Bebeklerin Anne Sütü Alma Durumuna Göre İshal Görülme Durumu.....	40
<b>Tablo 4.18</b>	Bebeklerin Doğum Ağırlığına Göre İshal Görülme Durumu.....	40
<b>Tablo 4.19</b>	Bebeklerin Emzirmeye Başlama Zamanına Göre İshal Görülme Durumu.....	41
<b>Tablo 4.20</b>	Bebeklerin Doğumdan Sonra Aldığı İlk Besine Göre İshal Görülme Durumu..	41
<b>Tablo 4.21</b>	Bebeklerin Kolostrum Alma Durumuna Göre İshal Görülme Durumu.....	42
<b>Tablo 4.22</b>	Bebeklerin Ek Besine Başlama Zamanına Göre İshal Görülme Durumu.....	42
<b>Tablo 4.23</b>	Bebeklerin Beslenme Şekline Göre İshal Görülme Durumu.....	43
<b>Tablo 4.24</b>	Bebeklerin Beslenme Şekline Göre İshal Epizodu Ortalamaları.....	43
<b>Tablo 4.25</b>	Bebeklerin Annelerinin İshalle İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre İshal Görülme Durumu.....	44
<b>Tablo 4.26</b>	Bebeklerin Ebe Tarafından İzlenme Durumuna Göre İshal Görülme Durumu..	44
<b>Tablo 4.27</b>	Bebeklerin İzlem Sayılarının Yeterliliğine Göre İshal Görülme Durumu.....	45
<b>Tablo 4.28</b>	Bazı Değişkenlerin İshal Görülme Durumuna Etkisi.....	46
<b>Tablo 4.29</b>	Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	47
<b>Tablo 4.30</b>	Bebeklerin Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	48
<b>Tablo 4.31</b>	Bebeklerin Cinsiyetlerine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	48
<b>Tablo 4.32</b>	Bebeklerin Anne Sütü Alma Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu	49
<b>Tablo 4.33</b>	Bebeklerin Ailelerinde Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	49
<b>Tablo 4.34</b>	Bebeklerin Önceki Çocukla Ay Farkına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu	50
<b>Tablo 4.35</b>	Bebeklerin Doğum Kilolarına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	50

<b>Tablo 4.36</b>	Bebeklerin Emzirilmeye Başlama Zamanına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	51
<b>Tablo 4.37</b>	Bebeklerin Doğumdan Sonra Aldığı İlk Besine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	51
<b>Tablo 4.38</b>	Bebeklerin Kolostrum Alma Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu	52
<b>Tablo 4.39</b>	Bebeklerin Ek Besine Başlama Zamanına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	52
<b>Tablo 4.40</b>	Bebeklerin Beslenme Şekline Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	53
<b>Tablo 4.41</b>	Bebeklerin Yaz Aylarında İshal Olma Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	53
<b>Tablo 4.42</b>	Bebeklerin Ebe Tarafından İzlenme Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	54
<b>Tablo 4.43</b>	Bebeklerin İzlem Sayısının Yeterliliğine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu.....	54
<b>Tablo 4.44</b>	Bazı Değişkenlerin Malnutrisyon Görülme Durumuna Etkisi.....	55

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İshal, gelişmekte olan ÷lkelerde çocuklarda ölümlerin ve hastalıkların temel nedenlerinden biridir. Çocuk mortalitesi ve morbiditesi ile ilgili bu evrensel problemin ancak 1980'lerin başlarında yaklaşık hesapları yapılabildi. 0-5 yaş arası çocuklarda gör÷len yılda yaklaşık 1 milyar vakadan 4-6 milyon çocuk ishal nedeniyle ölmekteydi. Bu bilgilerin doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya çapında oral rehidratasyon tedavisi (ORT) uygulamalarını koordine etmiştir. 10 yıl sonra ishal vakalarında çok küçük değişmeler gör÷lmesine rağmen ölümlerle sonuçlanan ishal vakaları yılda 3.3 milyona düşmüştür. Hala 1.6-2.5 milyon ölüme neden olan ishal, gelişmekte olan dünyanın her çocuğunda yılda ortalama 3 kez gör÷lmektedir. Bu rakamlardan da anlaşılacağı üzere ishal, çocukların potansiyel ölüm nedenidir. İshalden ölümlerin temel nedeni; ishalleri dışkı ile birlikte sıvı ve elektrolit kaybı sonucu gelişen dehidratasyondur. Ölümlerin diğer önemli nedenleri de dizanteri ve yetersiz beslenmedir.

İshal yetersiz beslenmeye neden olan önemli bir etkidir . Enfeksiyondan dolayı daha çok besine ihtiyaç varken hastalar ishalken daha az miktarda besin alırlar ve besinleri

absorbsiyon yetenekleri normalden daha azdır. Her ishal vakası yetersiz beslenmeye neden olur ve vaka uzadıkça çocukların gelişimleri üzerindeki etkileri de artar.

Dünyada on çocuktan dörtten daha azı 6 ay sadece anne sütü ile beslenmektedir ve bunun nedeni kısmen annelerin bu uygulamanın ishalden koruyucu etkilerinden habersiz oluşudur. Sadece anne sütü ile beslenen bebeklerle karşılaştırıldığında, anne sütüyle beslenmeyen 0-5 yaş çocuklar için ishal nedeniyle ölüm riski yedi kat daha yüksektir. Aynı yaş grubunda; sadece anne sütüyle beslenmeyen, anne sütünün yanı sıra başka besinler alan bebeklerin ishal nedeniyle ölüm riski iki kattan daha fazla olmaktadır. Anne sütüyle beslenmeyen 6-11 aylık bebekler bu tür ölümler açısından daha büyük risk altındadır. Ülkemizde 1998 yılında binde 43 olan bebek ölüm hızı 2003 yılında binde 29' a düşmesine rağmen ishal gibi önlenabilir nedenlerle ölümler devam etmektedir.

İshalli hastalıklar gelişmekte olan ülkelere ekonomik yük te getirmektedir. Bir çok ülkedeki hastanelerde; çocuklar için ayrılan 10 yataktan üçünü ishali çocuklar işgal etmektedir.

İshalden kaynaklanan ölümlerle mücadele ediliyor olsa da açıkça görülüyor ki ishal 0-5 yaş arası çocuklarda mortalite ve morbiditenin önemli sebeplerinden biridir.

Bu çalışmada; Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Alibaba Sağlık Ocağı bölgesinde oturan 0-12 aylık bebeklerin ishal morbiditesinin belirlenmesi, annelerinin ishale ilişkin bilgi ve uygulamalarının saptanması, ishal ile bebeğin beslenmesi ve büyümesi arasındaki etkileşimlerin incelenmesi ve elde edilecek sonuçlar doğrultusunda öneriler getirilerek anne eğitimi ve ishali önlemeye yönelik programların geliştirilmesine katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İSHALİN TANIMI**

İshal (diyare), bağırsakta peristaltik hareketlerin artması, emilimin azalması ve/veya sekresyonun artması sonucu dışkı miktarının fazlalaşması ile günlük dışkı sayısının artması ve dışkı kıvamının bozularak yumuşak sulu bir görünüm alması olarak tanımlanır. Günde üç kezden fazla sayıda sulu dışkılama ishal olarak kabul edilir. Yalnızca sık dışkılama, kıvam bozuk değilse ishal sayılmaz. Ayrıca anne sütü ile beslenen bebekler normalden daha sık dışkı yapabilirler. Yenidoğan döneminde ortalama 3-5 kez dışkılama, kıvamı normal olmak koşulu ile normal sayılır. Bundan sonraki dönemde, ilk yaşı sonuna kadar, dışkı sayısı genellikle 2-3'tür (1-4).

İshal akut ve kronik olabilir. Akut ishal en sık 0-5 yaş grubunda rastlanan ve ilk 2 yaştaki ölüm nedenlerinin başında gelen bir hastalıktır. Akut ishal ani başlayıp günlerce devam edebilir. Bu çeşit ishalin nedeni olarak genellikle bağırsak enfeksiyonları gösterilmektedir (2,5,6).

### **2.2. İSHALDE EPİDEMİYOLOJİ**

Bütün dünyada en çok görülen ishaller infeksiyöz olanlardır. Bu nedenle az gelişmiş ya da geri kalmış ülkelerde ishal sıklığı çok daha fazladır (4,7-9). İshallerin sıklığı ve nedenleri toplumun sağlık koşullarına göre farklılık gösterir. Ülkemizde enfeksiyonlar ishallerine yol açan nedenlerin başında gelir. Evlerin akarsu, uygun tuvalet drenajı gibi hijyenik koşullardan yoksun olması, yemeklerin hazırlanışında temizlik kurallarına

dikkat edilmemesi, çocuğa bakan kişilerin kişisel hijyen bilgisinden yoksun oluşu infeksiyöz ishallerin oluşmasını kolaylaştıran risk faktörleridir. Diğer bir risk faktörü, yetersiz beslenmedir (2,4,10).

Protein enerji malnütrisyonu olan çocuklarda beslenme yetersizliğine bağlı ince barsak atrofisi, bağışıklık bozuklukları ve hijyenik olmayan çevre koşulları gibi nedenlerle ishaller daha ağır seyreder ve daha uzun sürer (4). Aynı zamanda ishal, hastaların ishalken daha az besin almaları ve bağışsaklarda absorbsiyonun yeterli olmamasından dolayı, yetersiz beslenmenin önemli nedenlerinden biridir. Tekrarlayan her ishal vakası, uzun süre devam ettiğinde yetersiz beslenmeye olan katkısı artmaktadır (10).

Günümüzde anne sütü ile beslenmenin ishal morbiditesi ve mortalitesini azalttığı bilinmektedir. Anne sütü ile beslenmeyen bebeklerde ilk altı ayda ishal riskinin 2-3 kat artığı bildirilmiştir. Bunun mekanizmaları, anne sütü alan bebeklerin kontamine yiyecek ve içeceklerle maruz kalma olasılığının daha az olması, anne sütünün içeriğinde bulunan antikorların ve diğer nonspesifik maddelerin ishal için koruyucu olması, anne sütünün enterik patojenlerin üremesini engelleyen barsak mikroflorasını artırma özelliğidir (11).

Yapılan çeşitli çalışmalarda, yaşamın ilk altı ayında hiç anne sütü almayanlarda yalnızca anne sütü alanlara göre ishal insidansı 3.3-5.2 kat daha fazla gözlenmektedir. Yaşamın ilk altı ayında anne sütü ile birlikte her türlü ek gıdayı alan bebeklerde bile hiç anne sütü almayanlar ile karşılaştırıldığında daha az ishal görölmektedir (12).

İshal büyük çocuklara göre bebeklerde ve özellikle 6-11 ayda daha sık görölmektedir. Bu dönemde ek gıdaya geçilmesi, anneden gelen antikorların azalması ve çocuğun immün yanıtının henüz yeterli olmaması ishal gelişmesine neden olmaktadır. Bir yaşından küçük, malnütrisyonlu ve immün yetmezliği olan çocuklarda kronik ishal daha sık görölür (2).

Gelişmiş ölkelerde infeksiyöz ishallerin büyük bir bölümünü viral ishaller oluşturur. Gelişmekte olan ölkelerde ise viral ve bakteriyel ishaller hemen hemen aynı oranlarda görölür. İshaller etkenlerine göre mevsimsel bir dağılım gösterirler. Bütün dünya ölkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de viral ishaller kiş aylarında, bakteriyel ishaller ise çoğunlukla yaz aylarında görölür (4).

Türkiye'de 0-1 yaş grubunda yılda ortalama 2.8 ishal epizodu görülmekte olup, yaz aylarında yapılan çalışmalarda ise son iki haftaya ait ishal prevalansı %30 dolayındadır (12).

### 2.3. İSHALİN ETİYOLOJİSİ

Çocuklarda akut ishal nedenleri Tablo 2.1'de özetlenmiştir (2).

**Tablo 2.1.** Çocuklarda Akut İshal Nedenleri

Enfeksiyon
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viral ( Rotavirus, Norwalk-like virus, Adeno virus, vb )</li> <li>• Bakteriyel <ul style="list-style-type: none"> <li>• E.coli ( enterotoksijenik, enteropatojenik, enteroinvazif, enterohemorajik suşlar )</li> <li>• Salmonella</li> <li>• Shigella</li> <li>• Diğer (Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, V.parahemolyticus, V.cholera 01, Clostridium perfringens)</li> <li>• Protozoa ( G.lambliya, E.histolyca, Cryptosporidium, vb )</li> <li>• Helminthler (Askariyazis, Enterobiyazis, vb )</li> <li>• Mikozlar (C.albicans)</li> </ul> </li> <li>• Metabolik bozukluklar (çölyak, familial klorür diyaresi, disakkaridaz yetersizliği, vb )</li> <li>• Nutrisyonel nedenler ( hiperosmolar süt formülleri, inek sütü proteinine intolerans, vb )</li> <li>• Antibiyotik etkisi</li> <li>• Neoplastik hastalıklar ( ganglionöroma, lenfoma, vb )</li> <li>• Psikolojik stres</li> </ul>

Tablo 2.1'de görüldüğü gibi akut ishal etiolojisinde çok çeşitli bakteriler, virüsler, parazitler ve diğer pek çok neden rol oynamaktadır (2,4,6,10-13).

Ülkemizde enfeksiyonlar ishale yol açan nedenlerin başında gelmektedir. Gerek çevre gerekse kişisel hijyen koşullarının iyi olmaması ishallerin oluşumunu kolaylaştırmaktadır (3,11). Akut infeksiyöz ishallerde başta virüsler, daha sonra bakteri ve parazitler, daha az oranda ise mantarlar neden olur (4).

İnfeziyöz ishallerin %55'inden fazlasını viral ishaller oluşturur. En sık rastlanılan etken rotavirüslerdir . Gelişmekte olan ülkelerde 0-2 yaş arası çocuklarda akut ishallerin yaklaşık %50'si Rotavirüsler, %25'i E.coli, %10'u Salmonella ve %5'i Shigella enfeksiyonları sonucu oluşmaktadır. Bakteriyel ajanlar içinde süt çocuklarının ishallerinde enterotoksijenik E.coli (ETEC), Campylobacter jejuni ve Shigella sık rastlanan mikroorganizmalardır. Vibrio cholera 01 ilk 2 yaşta nadir olmakla birlikte her yaşta ishale neden olur (2).

Protozoal ishaller gelişmekte olan ÷lkelerde sıklıkla ishale neden olmaktadır (4). Paraziter ajanlar daha çok subakut ve kronik ishale yol açmakla birlikte özellikle Giardia lamblia küçük çocuklarda akut ishale neden olan en yaygın parazittir. Metabolik bozukluklar ve nutrisyonel nedenlere bağlı ishaller akut başlayabilmekle birlikte esasta kronik ishale neden olurlar (2).

Çeşitli enterik patojenlerle oluşan ishalleri hastalıklarda fizyopatolojik mekanizmalar çeşitlidir. Bazı mikroorganizmalar incebağırsakta yerleşir, enterotoksin salgılayarak veya enterositlerde hasar yaparak, iltihap oluşturmadan (nonenflamatuar patogenezi ) ishale neden olurlar. Diğerleri ise incebağırsak veya kalın bağırsak mukozasında enflamatuar reaksiyona ( enflamatuar patogenezi ) neden olurlar (2,4,6) .

Anne s÷t÷ alan bebeklerde, başta Rotavirus olmak üzere infeksiyöz ishaller daha az g÷r÷l÷r. Ek besinlere erken başlanan bebeklerde ise değişik nedenlerden dolayı ( aşırı şekerli mamalar, biberon temizliği ve temiz su yetersizliği, vb) ishal sıklığı y÷ksektir (3,9). Genellikle ilk yaşta unlu besinler veya fazla sulandırılmış, nişasta ve şeker ilave edilmiş s÷tten oluşan beslenme şekli, protein enerji maln÷trisyonuna yol ağtığı gibi bağırsaklarda fermentasyonu ve sulu dışkılara eğilimi de artırır (4,10).

#### **2. 4. İSHALDE SEMPTOMLAR VE KLİNİK BULGULAR**

Akut ishallerde klinik bulgular ve semptomlar; etyolojiye, bağırsak tutulmasının lokalizasyonuna, ishallerin ağırlık derecesine ve s÷resine g÷re değişir (2,4).

Öyk÷de; ishallerin devam s÷resi, şekli, kusma, ateş, çocuğun son 24 saatte su ve besin alımı, son idrar yapma zamanı ve miktarına ilişkin bilgilerin alınması önemlidir. İşhalleri çocuğun öz ve soy geçmişinde daha önce ishal olup olmadığı, etrafta ishalleri kişi veya hayvanın bulunup bulunmadığı da sorulmalı ve çevre sağlığına ( kullanılan su, tuvalet, vb) ilişkin bilgiler de alınmalıdır (2,4,6).

Muayenede öncelikle genel durum (huzursuzluk, dalgınlık, konv÷lsiyon, susuzluk hissi, emip emmemesi, kusma, vb) değerlendirilir. Ateş, solunum hızı ve derinliği, nabızın hızı ve dolgunluğunun yanı sıra kan basıncı, deri turgoru ve tonusu, ön fontanel (ağıkssa) ve göz k÷relerinin çök÷klüğü, ağız mukozasının kuruluğu ve göz yaşının olup olmaması da değerlendirilmelidir. Ayrıca karında şişlik, bağırsak sesleri, karın ağrısı varsa yeri ve şekli, idrarın miktarı ve rengi de dikkatlice incelenmelidir (2-4). Konv÷lsiyon, huzursuzluk ve dalgınlık gibi santral sinir sistemine ait semptomları olan ishalleri



hastalarda Salmonella ve özellikle Shigella ensofalopatisi ya da elektrolit bozuklukları (hipernatremi, hipokalsemi, vb) gibi olasılıklar düşünülmelidir (4).

Bebeklerde ishal önemli bir sorundur, çünkü gastrointestinal sistem yüzeyi fazladır ve absorpsiyon henüz yeterli değildir. Ayrıca bebeklerin ekstrasellüler sıvı volümü fazladır. Bu nedenle ani sıvı kaybı hızla dehidratasyona yol açar. Gayta ile birlikte sıvının yanı sıra sodyum ve potasyum iyonları da kaybedilir. Ekstrasellüler sodyumun kaybı, plazma volümünün azalmasına ve dolaşım kollapsına neden olur. Bu durum, böbrek yetmezliği, geri dönüşsüz metabolik asidoz ve ölümle sonuçlanır (13).

Tablo 2.2’de akut ishalin klinik değerlendirmesi verilmiştir (2).

**Tablo 2.2.** Akut İshalde Klinik Değerlendirme ( DSÖ 1990 )

	<b>Hafif</b>	<b>Orta ağırlıkta</b>	<b>Ağır</b>
<b>Öykü</b>			
Sulu dışkı sayısı	Günde < 4	Günde 4-10	Günde >10
Kusma	Yok veya az	Az veya orta derecede	Çok sık
Susuzluk hissi	Normal veya var	Belirgin	İçemez
İdrar miktarı	Normal	Azalmış, rengi koyulaşmış	Son 6 saatte idrar yok
<b>Fizik Muayene</b>			
Genel durum	İyi, etrafla ilgili	İyi değil huzursuz veya laterjik	Çok laterjik veya şuur kapalı,hipotoni veya konvülsiyon
Nabız	Normal	Normalden hızlı	Belirgin taşikardi, filiform veya alınamıyor
Solunum	Normal	Normalden hızlı	Çok hızlı, derin veya değil
Gözyaşı	Var	Yok	Yok
Deri	Turgor normal	Turgor azalmış	Turgor çok azalmış
Ağız mukozası ve dil	Normal	Kuru	Çok kuru
Fontanel (süt çocuklarında)	Normal	Çökük	Çok çökük
Ateş	Var veya yok	Var veya yok	Var veya yok
Tartı kaybı (son günlerdeki tartı biliniyorsa )	<25 g/kg	25-100 g/kg	>100 g/kg
<b>Sonuç</b>	Dehidratasyon belirtisi yok	Bu belirtilerin en az 2’si varsa, orta derecede dehidratasyon	Bu belirtilerin en az 2’si varsa, ağır derecede dehidratasyon

**Not:** Ateş, ağır malnütriyon durumu, ishalin 14 günden uzun süreli olması, dışkının kanlı olması değerlendirmede ayrıca dikkate alınır.

## 2.5.İSHALİN TEDAVİSİ

Basit ve etkili tedavi yöntemleri; ishalleri hastalıkları, bir çok vakada hastaneye yatırmaya gerek kalmadan ve ishalin çocuğun beslenmesi üzerindeki olumsuz etkilerini önleyerek gözle görülür şekilde azaltmaktadır (7,10).

İshal tedavisinin 3 önemli aşaması vardır:

1. Sıvı ve elektrolit kayıplarının oral yolla mümkün değilse intravenöz (IV) yolla karşılanması (oral ya da intravenöz sıvı tedavisi)
2. Beslenmenin kesilmemesi ya da mümkün olduğunca erken başlatılması
3. Özel durumlar dışında, ilaç tedavisinin (antibiyotik, antidiyaretik, antiemetik, v.b.) kullanılmaması (2,4).

Çok sayıda ve miktarda fazla sulu dışkıları akut dehidratasyona, tedavisiz bırakılırsa özellikle küçük çocuklarda ölüme yol açabilir. İshal tedavisinde ana ilke, vücuttan kaybedilen su ve tuzların yerine konulması ile dehidratasyonun düzeltilmesi ve ishal devam ettiği sürece su ve tuz kayıplarının karşılanmasıdır. Sıvı tedavisine erken dönemde başlanırsa dehidratasyon henüz oluşmadan önlenir (2).

Oral rehidratasyon tedavisi, önce kaybedilen su ve elektrolitlerin yerine konması (rehidratasyon tedavisi ), bu sağlandıktan sonra ishal ve/veya kusma hala devam ediyorsa bunlarla kaybedilen su ve elektrolitlerin yerine konması ( idame tedavisi ) ve bunlara ek olarak hastanın normal günlük su ve elektrolit gereksiniminin sağlanması olarak üç yönlü yapılmaktadır (11).

DSÖ ve UNİCEF tarafından 1971 yılından beri yaygınlaştırılan oral rehidratasyon solüsyonu ( ORS ) ile ishale bağlı dehidratasyonların %90-95'i düzeltilebilmektedir. ORS, ishallerin çocuklar üzerindeki su kaybından kaynaklanan öldürücü etkilerine karşı koymak için gereken sıvı, elektrolit ve glikozu karşılayan bir karışımdır (11). Bugün her yaş grubunda çeşitli etiyolojik nedenlere bağlı ishal vakalarının tedavisinde ORS'nin güvenli ve etkili bir tedavi aracı olduğu kabul edilmektedir (2) .

DSÖ'nün önerdiği ilkelere uygun olarak hazırlanan ve Türkiye'de yaygın olarak kullanılan glikoz-elektrolit paketlerinin ve bunlardan hazırlanan solüsyonun bileşimleri Tablo 2.3'de verilmiştir.

**Tablo 2.3.** Oral Rehidratasyon Solüsyonunun Bileşimi (2)

<b>1 litre suda eritilecek madde</b>	<b>Miktarı</b>
Sodyum klorür	3.5 g
Trisodyum sitrat anhidre	2.9 g
Potasyum klorür	1.5 g
Glükoz	20.0 g
<b>Hazırlanmış solüsyonun bileşimi</b>	<b>Miktarı</b>
Glükoz	111 mmol/L
Sodyum	90 mmol/L
Potasyum	20 mmol/L
Klorür	80 mmol/L
Sitrat	10 mmol/L
<b>Toplam</b>	311 mmol/L

İshal dışkısının içeriği ve vücuttan su ve elektrolit kayıpları dikkate alınınca 90 mmol/L sodyum içeren ORS'nin akut ishalde özellikle su, sodyum ve klor kayıplarını karşıladığı ve rehidratasyon tedavisi için uygun bir sıvı olduğu anlaşılmaktadır.

ORS ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından toz şeklinde paketli olarak sağlık kuruluşlarında kullanılmak ve dağıtılmak üzere hazırlanmıştır. Ayrıca ticari preparatlar da vardır. Bu paket içindeki toz karışım 1 litre kaynatılmış su içinde eritilerek solüsyon şekline getirilir (2).

DSÖ'nün ORS karışımının yanı sıra ailelerin evlerde hazırlayacağı basit şeker tuz karışımı da dehidratasyon tedavisinde kullanılabilir (3,11,13). Bu karışımın bileşimi Tablo 2.4'de görülmektedir.

**Tablo 2.4.** Evde Hazırlanan Basit Şeker-Tuz Karışımı (11)

1 lt kaynatılmış ılıtılmış su
1 çay kaşığı karbonat (yemeklik)
1 çay kaşığı tuz
8 tatlı kaşığı şeker

Evde hazırlanması, ucuz ve kolay olması avantajları yanında, potasyumdan zengin meyve suları ile birlikte verilmelidir (11).

Pratik olarak her ishal dışkısı için süt çocuklarına 50-100 ml, 2 yaşından büyüklere 100-200 ml ORS içirilir (11). Tablo 2.5'te akut ishalde tedavi verilmiştir.

**Tablo 2.5.** Akut İshalde Tedavi (2)

Dehidratasyon belirtisi yok
Normalde içtiğinden daha fazla su ve diğer içecekler verilir.
Hafif ve orta dehidratasyon belirtileri var
Rehidratasyon için:
50-100 ml/kg/4 saat ORS
İdame için:
Süt çocuklarında
Anne sütü
150 ml/kg/24 saat (ORS)
Daha büyüklerde
İstedikleri kadar sıvı
Anormal kayıplar için:
<2 yaş: Her ishalleri dışkı için 50-100 ml ORS
>2 yaş: Her ishalleri dışkı için 100-200 ml ORS

ORS'nin sodyum içeriği 90 mmol/L ise hipernatremiyi önlemek için sodyum içermeyen veya sodyum içeriği çok az olan sıvılar ORS ile değişimli olarak verilmelidir .

İshal sırasında beslenen çocuklarda hem dışkılama sayısı hem de hacmi arttığı için geleneksel olarak "barsağın dinlendirilmesi" için beslenme kesilmektedir. Çalışmalarda inek sütü ve diğer ek gıdaların ishal süresini ve hacmini arttırmadığı, anne sütünün ise hastalığın süresini kısalttığı gösterilmiştir. Bu nedenle eğer çocuk anne sütü alıyorsa sürdürmesi gerekmektedir (12).

**Dehidratasyonu Olmayan Hafif İshal Vakalarında Tedavi :** İshalin erken döneminde çocuğun aç ve susuz bırakılmaması, alışıktığı sıvı besinlerin alabildiği miktarlarda verilmesine devam edilmesi genellikle dehidratasyon gelişmesini önlemeye yeterlidir.

Anne sütü alan bebeklerde emzirmeye devam edilir. Karışık ve yapay beslenen ve 4-6 aylıktan küçük olan bebeklerde 1-2 gün süre ile süt formülleri veya ayran yarı yarıya sulandırılarak anne sütüne ek olarak veya tek başına verilir (2).

Bu hastalarda ORS'nin uygulanması hipernatremiye neden olabilir (4). Eğer hastada dehidratasyon bulguları gözleniyorsa ORS başlanmalıdır (2,11).

**Hafif Ve Orta Şiddetteki Dehidratasyonun Tedavisi :** Bu olgularda ORS başlanmalıdır. Verilecek miktar ilk 4-6 saatte 80-100 ml/kg'dır. ORS istekle içebilen dehidratasyon vakalarında aralıklarla ve az miktarlarda oral verilir. Bu sürede çocuğun ağızdan tolere etmesi, kusmaması, idrar yapması ve etrafla ilgisinin olması durumunun düzeldiğinin işaretidir. Gözlerde şişlik ve ödem gözlenirse tedavi, bulgular kaybolana kadar kesilir (2). ORS uygulamasının ilk 2 saatinde kusma gözlenebilir, ancak bu kusma oral rehidratasyon tedavisinin başarısını engellemez . Oral olarak ORS alınamıyorsa nazogastrik uygulamaya ya da IV tedaviye geçilmelidir (11,14).

**Ağır Dehidratasyonun Tedavisi :** Ağır dehidratasyonu olan olgularda genellikle IV tedavi uygulanır. Şuur açık ise nazogastrik yolla ORS denenebilir. Hastanın genel durumu düzelir düzelmez beslenmeye başlanmalıdır. Başlangıçta sık aralıklarla az miktarda besin verilir.

Bazı özel durumlar dışında akut ishallerde antibiyotik kullanılmaması genel bir kuraldır. Antibiyotikler genellikle etkisiz ve gereksizdir (2).

## **2.6. 0-1 YAŞ ÇOCUKLARDA BESLENME**

Bebeklerin yaşama şansını artırmanın en güvenilir yolu anne sütü ile beslemektir. Dünyada anne sütü ile beslenenlerde ölüm oranı her ay için % 0.05 daha azdır. Anne sütünün yetersizliği, süttten keserken yetersiz diyetin kullanılması, aşırı derecede sık görülen enfeksiyonlar; bebeklerde kas dokusu kitlesinin kaybına büyüme geriliğine ve hatta ölüme yol açar (14).

Süt çocuğu büyüme ve gelişmesine uygunluk gösteren iç içe girmiş üç beslenme döneminden geçmektedir. Bunlar; sadece anne sütü dönemi, anne sütü ve ek gıda dönemi ve erişkin diyetidir (15).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA); Türkiye'de annelerin % 97'inin çocuklarını bir süre emzirdikleri, ortalama emzirme süresinin 14 ay olduğu tespit edilmiştir. Hayatın ilk iki ayında bebeklerin yalnız % 44'ünün tek başına anne sütü (exclusive breastfeed) alması dikkat çekicidir. Bebekler 2-3 aylık olduğunda, yalnız yüzde 16'sı sadece anne sütü ile beslenmektedir. 2-3 aylık çocuklarda ek gıda alanların yüzdesi artarak yüzde 78'e çıkmıştır. Bu tablo altıncı aydan sonra diğer süt ve ek gıda ile beslemenin anne sütünden daha yaygın olduğunu da göstermektedir. Çocuklar 12-15 aylık olduğunda yüzde 45'i artık emzirmemektedir. Bebeklere erken yaşta ek gıdaların verilmeye başlanması Türkiye'de bebek ölümlerine yol açan nedenlerden biri olan bağırsak enfeksiyonlarının riskini arttırmaktadır (16).

**Anne Sütü Dönemi :** Anne sütü bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişimi için eşsiz bir besindir. Aynı zamanda üreme sürecinde anne sağlığı açısından da önemlidir. Bebeğin yaşamının ilk 6 ayında yalnızca anne sütü ile beslenmesi optimal büyüme, gelişim ve sağlık için önemlidir (17).

Anne sütü IgA yönünden zengindir. İlk günlerde en yüksek konsantrasyonda bulunur. IgG nispeten azdır. Salgısal IgA asit ortama ve proteolitik enzimlere dirençlidir. Barsak mukozasını mikrop etkisinden koruyucu rolü vardır (14).

Anne sütünde virüslere, bakterilere ve toksinlere karşı birçok antikor olduğu bildirilmiştir. Anne sütünde lökositler, T ve B lenfositler ve makrofajlar bol bulunur. Anne sütü ile beslenen bir bebeğin süt ile her gün dolaşımında bulunan lökosit sayısı kadar canlı lökosit aldığı hesaplanmıştır (14).

İlk 4-6 aylık dönemde böbreklerin konsantrasyon ve sekresyon kapasiteleri düşüktür. Anne sütü düşük böbrek solit yüküne (80 mMol/L) sahip olması nedeni ile bu dönemde en ideal besindir. Yenidoğan bebeklerin mide kapasiteleri küçük (7 ml) ve bağırsak geçiş zamanları kısa olması nedeni ile az miktarda ve sık beslenmeleri gerekir. Term bebekte barsak laktaz, sukraz, maltaz ve glukoamilaz enzimleri yeterli düzeydedir. Tükürük amilazı yenidoğanda çok düşüktür ve üç aylık çocukta erişkinin 1/3'üne ulaşır. Pankreatik amilaz altı aylık bebekte erişkin düzeyine ulaşır. Safra tuzları miçel oluşumu için yetersizdir ve birinci ayın sonunda artar. Yenidoğanda safra asitleri taurin ile konjuge edilirken erişkinde glisin ile konjuge edilir ve anne sütü taurinden zengindir. Pepsin ve asit salgınımı iki yaşında erişkin düzeyine ulaşır. Sindirim sisteminin yabancı proteinlere karşı koruyucu mekanizması tam gelişmemiştir. Anne sütü bu

mekanizmanın gelişmesini sağlarken yabancı protein ve patojenlerle çocuğun karşılaşmasını engeller. (15-18).

Anne sütünde dokuz protein fraksiyonu bulunmaktadır ve anne sütündeki toplam protein içeriği inek sütüne oranla daha düşüktür. Anne sütünün proteinin biyolojik değeri yüksektir ve yaşamın ilk altı ayında tek başına bebeğin protein gereksinimini karşılamaktadır (19).

Anne sütünde bulunan karbonhidratların önemli komponenti laktozdur. Laktoz yavaş ve kolay sindirildiğinden, kan şekerini iyi bir biçimde düzenlemekte, kalsiyum emilimini artırarak kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkilemektedir (19).

Anne sütünün %87'si sudur ve emzirmenin ilk evresinde gelen süt, yani önsüt, su bakımından oldukça zengin bir içeriğe sahiptir. Bu nedenle bebeğin gereksinimi olan tüm su, bu ön süttten karşılanmakta, çok sıcak havalarda bile bebek, su ve sulu içeceklere gerek duymamaktadır (20).

Anne sütü aynı zamanda *Basilus Bifidus*'un gelişmesini sağlayan etmeni de ihtiva eder. Bu bakteri, anne sütü ile beslenen bebeklerin barsaklarında hakim olur ve laktik asit üretir, böylece sindirim sistemindeki asiditeyi yüksek tutar ve patojen bakterilerin üremesini önler. Anne sütünün içerdiği Laktoferrin proteini, barsaklardaki demiri bağlayarak, bakterilerin kullanmasını önler ve üremelerine engel olur. Bu şekilde bebeği *E.Coli* enteritinden korur. Beyin gelişiminde önemli rolü olan Taurin amino asidi anne sütünde mevcut olup, inek sütünde yoktur(21).

Doğumu izleyen 2-3 gün içinde salgılanan Kolostrum denilen ağız sütü immünglobülinler bakımından çok zengindir. Kolostrum yağ yönünden fakir, sodyum, potasyum magnezyum, çinko, vitaminler yönünden zengindir ve bu özelliklerinden dolayı bebeğe kesinlikle verilmelidir (20).

Anne sütünde sodyumun düşük olması böbrek fonksiyonlarını olumlu etkiler. Kalsiyum miktarı inek sütünden daha azdır, ancak emilim oranı daha yüksektir. Yine demir konsantrasyonu da düşüktür, ama emilim oranı %50 civarındadır.

Bebeğin emmesi süt yapımını uyararak, annenin daha fazla süt salgılamasını sağlar. Süt üretimini artırmak için bebekle anne aynı odada olmalı ve emzirme hemen başlatılmalıdır. Emzirmeye doğumdan sonra ilk yarım-bir saat içinde başlanmalıdır.

Emzirmeden önce bebeğe hiçbir şey verilmemelidir. Emzirme sıklığı ilk ayda bebeğin isteğine göre ayarlanmalı, herhangi bir saatli program uygulanmamalıdır(22).

DSÖ bebeklerin doğumdan sonra ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini, 6 aydan sonra uygun ek gıdalarla birlikte emzirmenin 2 yaşına kadar devam ettirilmesini önermektedir(17).

**Ek Besinlere Geçiş ( Weaning ) Dönemi** : Bebeğin ilk 6 ay tüm gereksinimlerini karşılayan anne sütü bu aydan itibaren bebeğin gereksinimlerini karşılayamaz. Belki protein gereksinimini karşılayabilen anne sütünün sağladığı enerji, gereksinimin gerisindedir. Enerji gereksiniminin yanı sıra diğer bazı besinlere olan gereksinimin de örneğin demir gereksiniminin karşılanması için ek besinler gerekir. İntrauterin dönemin son üç ayında dolan bebeğin demir depoları ilk 5-6 ayda tükenmiş, anne sütü ile sağlanan demirin ötesinde demir gereksinimi belirlemiştir. Bütün bu nedenlerle bebeğin anne sütü yanında başka besinlere de gereksinimi vardır ve bebeğin fizyolojik gelişimine uygun ek gıdalara başlanmalıdır. Ancak anne sütü bu dönemde de sürdürülmelidir (23).

Altıncı aydan başlayarak hayatın ikinci yılına kadar baş kontrolü, ince ve kaba motor basamaklarında ilerleme ile fizyolojik ve nörolojik olgunlaşma görülmektedir. Ek gıdalara geçiş ile kaşıkla beslenme, çiğneme, parmakları ile besinleri tutarak kendini besleyebilme, kaptan bağımsız beslenme ve kaşık-çatal kullanabilme çocuğun beslenme basamaklarını oluşturur. Emme refleksi 30-34 gebelik haftasındaki bebekte vardır. Bu dönemde bebekte yutmada gelişir ve amniotik mayi miktarını ayarlamada yardımcı olur. Bununla birlikte dil çıkarma refleksi 5-7. aylarda kaybolur ve kaşıkla verileni alabilir. Sekizinci ayda yardımsız oturabilir ve dil hareketleri daha da gelişir; böylece daha katı yiyecekleri yiyebilir. Onuncu ayda çiğnemeye başlar ve elindeki yumuşak besinleri ısırabilir. Bir yaşında tüm besin maddelerinden yiyebilir ve iki elini kullanarak kaptan sıvı gıda içebilir. İkinci yaşın sonunda yiyecekleri diğer maddelerden ayırt edebilir (23).

Anne sütünden ek gıdalara geçişte gelişim basamakları yanında çevrenin etkisi de vardır. Ek gıdalara başlama yaşı annenin süt üretme kapasitesi ve bebeğin besin ihtiyacını karşılayacak besinlerin olup olmasına göre de değişir. Genel olarak doğum ağırlığının iki katına çıkmış çocuk, ek gıdalara başlamak için hazırdır. Bu durum bebek altı aylık olunca gerçekleşir.(15).



"Weaning" döneminde çocuğun büyümesinin izlenmesi çok önemlidir. Başlanan ek gıdaların yetersiz ve dengesiz olması sonucunda çocukta büyüme duraklaması olabilir. Bu erken tespit edilmezse malnutrisyon ve malnutrisyonun kalıcı komplikasyonları gelişebilir (18).

Tablo 2.6.1'de ek besinlere başlama dönemi ile ilgili durumlar verilmiştir.

**Tablo 2. 6.1.** Ek Gıdalara Başlama Dönemi İle İlgili Durumlar (15)

<p><b>Çok erken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artmış ishal ve allerjik hastalıklar (barsak immatürasyonuna bağlı)</li> <li>• Anne sütünde azalma (ek gıdalar nedeni ile çocuğun emme isteği azalmakta)</li> <li>• Malnutrisyon (ishalli hastalıklara bağlı)</li> </ul> <p><b>Uygun dönem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besin içeriği yeterli (Kalori, protein, demir, çinko, vitamin A ve vitamin D içeriği yeterli)</li> <li>• Hijyen koşullarına uyularak</li> <li>• Toplumun kültürel yapısına uygun yiyecekler ile (o ülkede mevcut olan ve toplumca kabul edilebilen)</li> </ul> <p><b>Geç</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Büyüme geriliği (Anne sütü tek başına kalorik olarak yetersiz hale gelmektedir)</li> <li>• İmmün yetmezlik (Yetersiz enerji ve protein alımı sonucu)</li> <li>• İshalli hastalıklarda artma (İmmün sistemde yetersizlik sonucu)</li> <li>• Malnutrisyon (Yetersiz kalori alımı ve ishalli hastalıklara bağlı)</li> <li>• Mikronütrient eksikliği (Yetersiz alım ve enfeksiyonlarda artma sonucu)</li> </ul>
--

Anne sütü hayatın ilk 4-6 ayında mükemmel bir büyüme gelişme sağlar. Altı aydan sonra ise anne sütü gerek nitelik ve gerekse de nicelik açısından yeteli değildir. Bu nedenle altıncı aydan sonra anne sütüne devam edilerek ek gıdalara başlanmalıdır. Bu dönemde verilecek gıdaların temel özelliği yarı katı nitelikte olması, allerjen olmaması, yeterli vitamin ve minareli içermesidir. Bu dönemde verilecek ek gıdalar unlu sütlü mamalar, unlu çorbalar (mercimek, tarhana v.b.), sebze çorbaları ve meyve sularıdır(24).

#### **Ek besin verilirken dikkat edilecek noktalar**

- Her yeni gıdaya tek tek başlanmalı ve çok az miktarda (bir yemek kaşığı) verilmelidir. Bebeğin alımına uygun olarak 3-4 gün içinde miktarı artırılmalıdır. Yeni bir gıdaya bu üç günün sonunda başlanmalıdır. Böylece çocuğun bir besin maddesine olan allerjisi tespit edilebilir.

- İlk kez verilecek besinler bebek açken denenmelidir.
- Bebek istemediği bir besini alması için zorlanmamalı bir süre ara verip iki-üç hafta sonra tekrar denenmelidir.
- Ek gıdalar tek öğün olarak başlanmalıdır.
- Ek gıdalara geçerken önce tekli besin grubu (yoğurt, meyve suları) kullanılır daha sonra çoklu karışımlara (sebze çorbası, kabak dolması) geçilir.
- Bebeğe verilecek ek besinlerin protein, demir, çinko, vitamin D ve vitamin A'dan zengin olmasına dikkat edilmelidir.
- Bebeklere doğal ve taze hazırlanmış besinler verilmelidir. Konserve, dondurulmuş yiyecekler, katkı maddeli hazır besinler bebeğe verilmemelidir.
- Bebek için hazırlanan besinler iki saat içinde tüketilmelidir. İki saatten uzun süre oda ısısında bekletilen yiyecekler kullanılmamalıdır. Uygun saklama koşulları yoksa (buzdolabı gibi) beslenme sonrası artan miktarlar atılmalıdır.
- Besinler hazırlanmadan ve bebek beslenmeden önce eller mutlaka yıkanmalıdır. Bebeğe verilecek besinler hazırlanırken gıda hijyenine uyulmalıdır.
- Besinlerin hazırlanmasında kaynatılmış su kullanılmalıdır.
- Tüm besinler sadece kaşık ile verilmelidir. Ek gıdaların verilmesinde biberon kullanılmamalıdır. Koyu kıvamlı besinler emzikten emilirken boğulmaya neden olabilir. Aynı zamanda biberon ile ek gıdaların verilmesi uygun olmayan beslenme alışkanlıklarının gelişmesine neden olur ve kaşıkla beslenme alışkanlığının gelişmesine olanak vermez.
- Bebeği beslemek için kullanılacak kaplar ve kaşıklar temiz olmalıdır. Kullanılan kapların gıda artıklarının kalmasının önlenmesi ve kolay temizlenmesi için köşesiz olması gerekmektedir. Bu malzemeler bir tencere içinde ağzı kapatılmış olarak en az beş dakika süre ile kaynatılmalı ve ağzı kapalı olarak soğutulmaya bırakılmalıdır. Böylece sıcak buhardan da faydalanılır. Kaynatılamayacağı ve kolay temizlenemeyeceği için plastik kaplar ve biberonlar kullanılmamalıdır.
- Meyve ve sebze pürelerini hazırlarken vitaminlerin kaybolmaması için cam rende kullanılmalıdır.

- Beslenme saatleri hem anne hem de çocuk için mutlu geçen anlar olmalıdır. Beslenme saatlerinde anne rahat olmalı ve acele etmemelidir. Çocuk çok hızlı ya da çok fazla beslenmiş ise kusabilir. Gerekli temizlik yapıldıktan sonra beslenmeye devam edilmelidir (15,23).

## 2.7. İSHAL VE BESLENME

ORS intravenöz sıvı tedavisi kadar etkili ve daha güvenli olduğu için akut ishallerin tedavisinde kullanılmalıdır. Tedavinin diğer önemli bileşeni beslenmedir. İshal sırasında beslenen çocuklarda hem dışkılama sayısı hem de hacmi arttığı için geleneksel olarak "barsağın dinlendirilmesi" için beslenme kesilmektedir. Çalışmalarda anne sütünün hastalığın süresini kısalttığı gösterilmiştir. Bu nedenle eğer çocuk anne sütü alıyorsa sürdürmesi gerekmektedir. İshali olan çocuklarda hastalık sırasında verilen kaloringin en az 2/3'ünün absorbe edildiği saptanmıştır. Bu durum, akut ishallerde beslenmenin iyi olmaması halinde çocukta kalori açığı görüleceğini göstermektedir. ORS ve güçlü bir diyetle erken dönemde beslenmeye başlayan çocuklarda nitrojen, yağ ve karbonhidratların emilimi de daha iyi olmaktadır. Sık ishal episodlarına karşın erken dönemde beslenmeye başlama çocuklarda normal olarak büyümeyi sağlamaktadır (12).

İshali olan çocuğa hastalığının başlangıcından itibaren bol su ve sıvı yiyecekler verilmelidir. Çocuk altı aylıktan büyükse, anne sütü ve evde kolayca hazırlanabilecek çay, şeftali, elma, havuç suyu, ayran gibi içeceklerin bolca içirilmesi sağlanmalıdır. Çocuğa sindirimi kolay besinler 5-6 öğünde verilmeli, çocuğun yaşı ve ek gıdalara başlama ayı göz önüne alınarak pirinç lapası, yoğurt, haşlanmış patates, şeftali elma yada havuç püresi, haşlanmış yağsız et gibi besinler verilmelidir. Çocuğa taze temiz ve iyi pişmiş besinler verilmelidir (25).

İshal süresince çiğ sebze-meyve, kepekli tahıllar, çok sulu besin değeri olmayan çorbalar ( şehriye gibi ), çok şekerli besinler, kurubaklagiller, yağ içeriği yüksek besinlerden ve ağır baharatlı besinlerden kaçınılmalıdır (11).

Birçok spesifik davranış enterik patojenlerin yayılmasına yardım eder ve sonuçta diyare riskini artırır. Bebek beslenmesi ile ilgili olarak yapılan hatalı davranışlar şunlardır;

- Yaşamın ilk 6 ayında yalnızca anne sütü ile beslenmenin sağlanmaması; anne sütü ile beslenmeyen bebeklerde anne sütü ile beslenen bebeklere oranla ishale yakalanma riski çoğu zaman daha fazladır. İshalden ölüm riski de daha büyüktür.

- Anne sütü ile beslenmenin devam ettirilmemesi; uzun süre anne sütü alan bebeklerde ishal insidansı daha azdır ve ishalin şiddeti daha hafiftir.
- Bebek beslenmesinde biberon kullanımı; biberonlar fekal bakterilerle kolay kontamine olurlar ve temizlenmeleri zordur. Süt temiz olmayan bir biberona konulmuşsa ve hemen tüketilmemişse ishale neden olabilir.
- Pişmiş besinlerin oda sıcaklığında saklanması; besin pişmişse ve daha sonra kullanılacaksa kolaylıkla kontamine olabilir. Eğer oda sıcaklığında birkaç saat saklanırsa çoğu zaman bakteri üreyebilir.
- İçme suyunun fekal bakterilerle kontamine olması; su kaynakta veya evde depolanma sürecinde kontamine olabilir. Kabın kapalı olmaması ya da suyun kontamine ellerle teması sonucu gerçekleşebilir.
- Besinlere dokunulmadan önce, defekasyondan sonra ve feçese dokunulduktan sonra ellerin yıkanmaması
- Feçesin hijyenik bir şekilde uzaklaştırılmaması; Aslında çok fazla sayıda infeksiyöz virus ve bakteri içermesine rağmen sıklıkla bebek feçeslerinin zararsız olduğuna inanılır. Aynı zamanda hayvan feçesleri de enterik enfeksiyonları insanlara taşır (10).

## **2.8. 0-1 YAŞTA BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büyüme, çocukluk döneminin önemli bir özelliği olup, döllenenmeden erişkin döneme kadar devam etmektedir. Doğum sonrası erişkin döneme kadar ilerleyen büyüme, genetik, beslenme (anne sütü), ishal, enfeksiyonlar (aşı ile kontrole alınabilir) ve çevreden etkilenir. Beslenmenin yanı sıra, başta sindirim sistemi enfeksiyonları olmak üzere tüm enfeksiyonlar katabolik yıkıma ve çocuğun hastalık süresince yeterince beslenememesine neden olarak beslenme durumunu etkiler. Tekrarlayan enfeksiyonlar ile, çocuğun büyümesi önemli ölçüde etkilenir.

Büyümenin izlenmesi sırasında olan bir duraklama, malnutrisyonun belirti ve bulgularının ortaya çıkmasından çok daha önce tespit edilebilir (26).

Bir çocuğun beslenmesinin yeterli olduğunun en iyi göstergesi, o çocuğun vücut gelişmesinin sürmesidir. Bu nedenle, antropometrik ölçümler (insan bedeninin ölçülmesi) çocukluk döneminde daha da önemli ve vazgeçilmezdir. Ülkemizdeki

yenidoğan sonrası çocukluk dönemi sağlık sorunlarına baktığımızda, akut solunum yolu enfeksiyonları, su ve besinlerle bulaşan hastalıklar ve aşıyla korunabilen enfeksiyonların ilk sıralarda olduğu görülmektedir. Beslenme yetersizliğine bağlı sorunlar; ender olarak tek başına hastalık ya da ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmasına karşın, aslında "enfeksiyon - malnutrisyon kısır döngüsü" nedeniyle pek çok ölüme altta yatan nedendir.

Çocukluk döneminde büyümenin izlenmesi; "sağlıklı yaşam için çocuğun belirli aralıklarla uygun standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp önlemlerin alınması" olarak tanımlanmaktadır. Bireysel izlemde, yapılan her ölçümün persentil çizelgeleri gibi araçlarla yorumlanmasından çok, çocuğun "büyüme hızı"nın göz önünde bulundurulması gerekir. Çocuğun büyüme eğrisinin plato çizmeye başlaması ya da 75. persentilden 25.'ye ya da 50. persentilden 10.'ya düşmesi gibi, iki majör persentil kaybı olması çocuğun beslenme durumunun bozulduğunu gösterir ve hekim tarafından incelenmesini gerektirir. Bu nedenle belirli aralıkla yapılan izlemlerin önemi büyüktür (27).

Sağlık Bakanlığı'nca uygulanan izlem sıklığı; bölgesel önceliklere, personel sayısına, anne eğitimine göre değişmekle birlikte; ilk 48 saat, 15. ve 41. gün, 2., 3., 4., 6., 9., 12. aylar ve 1-3 yaş arasında 6 ayda bir, 4-6 yaşlar arasında yılda bir izlemeyi ön görmektedir (2,13,27).

Büyümenin izlenmesinde ve toplum taramalarında beslenme durumunun saptanmasında z-skoru kullanılmaktadır. Z-skoru, bir antropometrik ölçümün, referans populasyonun ortalamasından standart sapma(SD) cinsinden ne kadar uzak olduğunu göstermektedir. Z-skor yönteminde sınır noktası +2 SD ile -2 SD arasındadır. -2 SD ve altı büyüme geriliği, +2 SD üzeri normal üstü grup olarak değerlendirilir.

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde DSÖ'ne göre üç endeks kullanılmaktadır. Yaşa-göre-boy endeksi çocuklar arasında lineer büyüme geriliğinin göstergesidir. Yaşa-göre-boy endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart (-2SD) sapma gösteren çocuklar, yaşlarına göre kısa (bodurluk-stunding) kabul edilmekte ve bu kronik beslenme probleminin bir göstergesi sayılmaktadır. Yaşa-göre-ağırlığı referans grup ortanca değerinden eksi iki standart sapma gösteren çocuklar düşük kilolu (underweight) olarak sınıflandırılmıştır. Boya-göre-ağırlık endeksinde referans grubu

ortanca değerinden eksi iki standart sapma gösteren çocuklar zayıf (wasted) kabul edilmekte ve akut olarak yetersiz beslenmiş sayılmaktadır (2,6,27,28).

## **2.9. MALNUTRİSYON VE İSHAL**

Malnütrisyon en genel tanımını ile yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablodur. Bu tablo, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan lkelerde önemli bir toplum sağlığı problemi olup en fazla çocukluk yaş grubunu etkilemektedir (29).

Çocukluk döneminde malnutrisyon ile en fazla ilişkili enfeksiyon hastalığı ishaldir. Bir ishal epizodu ile birlikte çocuğun aniden ağırlık kaybetmesi görülürken, malnutrisyonlu bir çocuğun daha kolay ishale yakalandığı da gözlenmektedir (12). Bir yaşından küçük, malnutrisyonlu çocuklarda kronik ishal daha sık grlr (2).

İshalde beslenmenin erken başlatılması özellikle protein-enerji malnutrisyonu (PEM) olan çocuklarda önemlidir. PEM’li çocuklarda ishal olmasa bile açlığın gastrointestinal hormonları azaltması nedeni ile değişik derecelerde villüs atrofisi mevcuttur. Villus atrofisi zemininde ishallerin şiddeti ve süresi artar (4).

Çocukluk döneminde en sık gözlenen alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) ve ishal gibi enfeksiyon hastalıklarının risk faktörleri arasında malnutrisyon önemli bir yere sahiptir. Aynı şekilde ASYE, ishal ve diğer enfeksiyon hastalıkları da malnutrisyon için risk faktörüdür. Enfeksiyon hastalığı sırasında metabolizmanın artışı ve iştahsızlık çocukta beslenmenin bozulmasına neden olmaktadır. Tüm enfeksiyon hastalıklarından ishal antropometrik durumu en fazla etkileyen hastalıktır. İshal besin emilimini bozmanın ve sıvı kaybına neden olmanın yanı sıra uzun sürdüğü takdirde barsak yapısını bozarak malabsorpsiyona da yol açmaktadır. Yapılan birçok longitudinal çalışmada ishalin büyüme üzerine olumsuz etkisi bildirilmiştir. İshal özellikle akut ağırlık kaybına neden olarak yaşa göre ağırlıkta ve boya göre ağırlıkta azalmaya neden olmaktadır (30).

Beslenme durumunun kötü olmasının bağışıklık sistemi üzerine olumsuz etkileri saptanmıştır. Bu durum enfeksiyon hastalığının ortaya çıkması için zemin hazırlamaktadır. Enfeksiyon hastalığı ortaya çıktıktan sonra yine kötü beslenme nedeniyle hastalığın epizodu daha uzun ve daha ciddi seyretmektedir. Sonuçta da enfeksiyon hastalığı nedeniyle beslenme durumu bozulmaktadır. İnfeksiyon hastalıkları

ile beslenme durumu arasındaki bu ilişki "infeksiyon-malnutrisyon döngüsü" olarak bilinmektedir (12).

Bebeklik döneminin temel besini olan anne sütünün alınmaması veya yetersiz miktar ya da sürelerde alınması malnutrisyon için zemin hazırlamaktadır. Anne sütü almayan 0-6 aylık bebeklerde diğerlerine göre daha fazla malnutrisyon gözlenmesinin yanı sıra bebeklik döneminde anne sütü almış 12-24 aylık çocuklarda da almayanlara göre 2.4 kat daha az malnutrisyon görüldüğü bildirilmiştir (31,32). Böylece anne sütü ile beslenme hem bebeklik döneminde hem de daha sonraki çocukluk döneminde malnutrisyondan korumada önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra anne sütü ile beslenme infeksiyon hastalıklarını azaltarak dolaylı olarak da malnutrisyona karşı koruyucu etkiye sahiptir (33).

Dünya Gıda ve Tarım Örgütü, bir toplumda beslenme durumunun en önemli belirleyicisinin yoksulluk ve eşitsizlik olduğunu bildirmektedir. Bu nedenle beslenme yetersizliğinde riskli çocuklar, düşük sosyoekonomik durumdaki ailelerin çocuklarıdır. Diğer risk grupları anne sütü almayanlar, düşük doğum ağırlıklılar, beşinci ve altıncı çocuklar, yaşamın ilk yılında sık ishal ya da boğmaca, kızamık gibi infeksiyon hastalıkları geçiren, annesi ilkökul eğitimi almamış olanlar, tek ebeveynliler, doğumsal anomalisi (doğumsal kalp hastalığı, yarı damak-dudak, vb) ve kronik hastalığı (kistik fibrozis, böbrek yetmezliği, vb) olanlardır. Bu çocukların kesinlikle daha yakından izlenmesi gerekir. Yapılan araştırmalar, alt sınıflarda ve düşük sosyoekonomik statüdeki ailelerin çocuklarında 2-5 kat arasında daha fazla beslenme yetersizliği olduğunu göstermektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme açısından riskli olmasının yanı sıra bu ailelerin sağlık hizmetlerinin kullanımı da düşüktür (27).

DSÖ 2002 Sağlık Raporu'ndaki analizlere göre bütün bölgelerde yoksulluk arttıkça düşük ağırlıklı çocuk oranının da arttığına dikkat çekilmektedir. DSÖ, dünyadaki beş yaş altındaki çocukların %27'sinin ağırlığının yaşına göre düşük olduğunu ve bunların da büyük bir kısmının gelişmekte olan ülkelerde yaşadığını tahmin etmektedir (30).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Alibaba Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Sivas ilinin güney doğusunda yer alan sağlık ocağına bağlı 10 merkez köy (Gazi, Kerkek, Hıdırnalı, Bozmuş, Porsuk, Zengi, Karaçayır, Günören, Dört Eylül, Bademkaya) bulunmaktadır. Köylerle birlikte bölgenin 2003 yıl ortası nüfusu 16861'dir. Farklı etnik grupların yer aldığı sağlık ocağı bölgesinin sosyo-ekonomik düzeyi orta seviyede olup yerleşim genellikle tek katlı gecekondudur. Bölgede 2 lise, 6'sı köylerde olmak üzere 12 ilköğretim okulu bulunmakta olup sanayi kuruluşu mevcut değildir. İnşası devam etmekte olan Dört Eylül barajı sağlık ocağı bölge sınırları içindedir.

Sağlık Ocağı 2003 yıl ortası nüfus kayıtlarından tespit edilen 0-12 aylık 456 bebeğin tümünün araştırmaya alınması hedeflenmiş, ancak ulaşılabilen 422 (%92.5) bebek araştırma kapsamına alınmıştır. 34 bebeğe bölgeden göç, ölüm ve adreste bulunamaması nedeniyle ulaşılamamıştır. Bebeklerin anneleri 2003 Eylül ayında evlerinde ziyaret edilerek araştırmanın amacına uygun hazırlanmış; aileye ve bebeğe ait tanımlayıcı bilgiler, bebeğin beslenme şekli, ishale yakalanma sıklığı, annenin ishal ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgilerini sorgulayan 44 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yoluyla araştırmacı tarafından doldurulmuştur.



Bebeklerin ağırlık ölçümleri 10 gr hassaslıkta ölçebilecek dijital bebek baskülü ile yapılmıştır.

Malnutrisyon varlığı değerlendirilirken Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi (U.S. National Centers for Health Statistics-NCHS) tarafından tanımlanan ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi ( U.S. Centers for Disease Control-CDC ) ve DSÖ tarafından da onaylanan uluslararası standartlar referans alınarak her bir çocuğun yaşa göre ağırlıklarının z değerleri hesaplanmıştır (28).

“İshal nedir?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirilirken; “günde üçten fazla sayıda sulu dışkılama” şeklinde ifade edenler “biliyor”, sadece sulu dışkılama şeklinde ifade edenler “kısmen biliyor”, bunların dışındaki cevaplar ve cevapsız bırakanlar “bilmiyor” olarak değerlendirilmiştir (2).

“İshal neden olur?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirilirken; “mikroplardan olur” şeklinde ifade edenler “biliyor”, “kirli sulardan, yetersiz beslenmeden, besinlerin kirli olmasından, temizliğe dikkat edilmemesinden, bazı hastalıklardan ” şeklinde ifade edenler “kısmen biliyor”, bunların dışındaki ifadeler ve cevapsız bırakanlar “bilmiyor” olarak değerlendirilmiştir (2,3).

İshalin bebeğe ne tür zararları vardır? sorusuna verilen cevaplar değerlendirilirken; “bebek susuz kalır, beslenemez, zayıflar, halsiz kalır ve ölebilir” şeklinde ifade edenler “biliyor”, bunlardan bir yada birkaçını ifade edenler “kısmen biliyor”, bu cevaplar dışında cevap veren ve cevapsız bırakan anneler “bilmiyor” olarak değerlendirilmiştir (3).

Annelere “İshalli çocuğa hangi besinler verilmelidir?” sorusu sorulmuştur. İshalli çocuğa yoğurt, ayran, ekmek, pirinç lapası, haşlanmış patates, mercimek, tarhana çorbası, muhallebi, şeftali elma ya da havuç püresi, yağsız et, tavuk, yumurta verilebilir ve anne sütü veriliyorsa devam edilmelidir. Sorunun değerlendirilmesinde; bu besinlerin tamamını yada tamamına yakını ifade edenler “biliyor”, bir kısmını ifade edenler “kısmen biliyor”, bu besinler dışındaki ifadeler ve cevapsız bırakanlar “bilmiyor” olarak değerlendirilmiştir(11,26) .

“İshalli çocuğa hangi besinler verilmemelidir?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirilirken; ishalde verilmemesi gereken çiğ sebze-meyve, kepekli tahıllar, çok sulu besin değeri olmayan çorbalar, çok şekerli besinler, kuru baklagiller, yağ içeriği

yüksek besinler ve ağır baharatlı besinleri ifade etmeleri beklenmiş, bu besinlerin tamamını ya da tamamına yakını ifade edenler “biliyor”, bir kısmını ifade edenler “kısmen biliyor”, bu besinler dışındaki ifadeler ve cevapsız bırakanlar “bilmiyor” olarak kabul edilmiştir (11).

Bebeklerin doğum ağırlıkları, bebek izlem kartlarından ve izlem kartlarında doğum ağırlığı bulunmayan 9 bebeğin ki ise annelerine sorularak saptanmıştır. Bebeklerin doğum ağırlıkları değerlendirilirken; 2500 gr altında doğanlar “düşük doğum ağırlıklı” (DDA) olarak değerlendirilmiştir. 2500-4000 gr arasında doğan bebekler ise “normal doğum ağırlığı” olarak değerlendirilmiştir (13).

İzlem yeterliliği; bebek izlem kartlarındaki izlem sayısı esas alınarak, bebeğin aynaya göre yapılmış olması gereken izlem sayısından veya daha çok izlem yapılmışsa “yeterli sayıda izlem”, daha az sayıda izlem yapılmışsa “yetersiz sayıda izlem” olarak değerlendirilmiştir (34).

ORS’yi evde hazırlayarak veren annelere sorulan “ORS’yi nasıl hazırladınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirilirken; “1 litre (5 su bardağı) kaynatılmış, soğutulmuş su içine iki çorba kaşığı şeker, 1 silme çay kaşığı tuz ve 1 silme çay kaşığı karbonatı karıştırarak” hazırladıklarını ifade eden anneler “doğru”, bunun dışındaki ifadelerde bulunan anneler “yanlış” hazırlamış olarak değerlendirilmiştir (12).

Elde edilen veriler kodlandıktan sonra gerekli yerlerde Ki-kare, t testi, tek yönlü ANOVA ve lojistik regresyon analizleri uygulanmış ve  $p < 0.05$  değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir. Bilgisayar ortamında SPSS 10.0 programı yardımı ile değerlendirilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. BEBEKLER VE AİLELERİ İLE İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırmaya alınan bebeklerin annelerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

**Tablo 4. 1.** Araştırma Kapsamına Alınan Bebeklerin\* Annelerinin Yaşlarına Göre Dağılımı

<b>Annenin yaşı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
19 yaş ve altı	25	5.9
20-24 yaş	156	37.0
25-29 yaş	146	34.6
30 yaş ve üstü	95	22.5
<b>Toplam</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.1’den anlaşılacağı gibi araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerinin yaklaşık %72’si 20-29 yaş arasında, %5.9’u ise 19 ve altı yaş grubunda olup, yaş ortalamaları  $25.8 \pm 4.5$ ’dir.

\*Bulgular bölümünün devamında tablo başlıklarında yer alan “Araştırma Kapsamına Alınan Bebekler” ifadesi yerine kısaca “Bebekler” ifadesi kullanılmıştır.

**Tablo 4. 2.** Bebeklerin Anne ve Babalarının Eğitim Durumuna ve Mesleklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Anne		Baba	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Eğitim durumu</b>				
OYD+OY <sup>1</sup>	14	2.3	-	-
İlköğretim birinci kademe	250	59.2	157	37.2
İlköğretim ikinci kademe	39	9.3	73	17.3
Lise	99	23.5	155	36.7
Yüksekokul	20	4.7	37	8.8
<b>Mesleği</b>				
Ev hanımı	399	94.5	-	-
Memur	13	3.1	95	22.5
İşçi	-	-	63	14.9
Esnaf	7	1.7	195	46.2
Emekli	-	-	3	0.7
Çiftçi	-	-	32	7.6
İşsiz	-	-	29	6.9
Diğer	3	0.7	5	1.2
<b>Toplam</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

1. Okur yazar değil+okur yazar

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi annelerin % 59.2’si, babaların % 37.2’sinin eğitim durumu ilköğretim birinci kademedir. Lise ve üzeri eğitim görenler ise sırası ile %28.2 ve %45.5’tir. Annelerin % 94.5’inin ev hanımı olduğu, babaların % 46.2’sinin esnaf olarak çalıştığı ve %6.9’unun ise işsiz olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4. 3.** Bebeklerin Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Yerleşim yeri</b>		
Kentsel	353	83.6
Kırsal	69	16.4
<b>Ekonomik durumu <sup>1</sup></b>		
İyi	77	18.2
Orta	126	29.9
Kötü	165	39.1
Çok kötü	54	12.8
<b>Sosyal güvence</b>		
Emekli sandığı	99	23.5
SSK	93	22.0
Bağkur	73	17.3
Yeşil kart	127	30.1
Güvencesi yok	30	7.1
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
1	154	36.5
2	143	33.9
3	69	16.3
4 ve üstü	56	13.3
<b>Toplam</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

1. Bebeklerin annelerinin, kendi ekonomik durumlarına ait ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3'ten de takip edilebileceği gibi bebeklerin ailelerinin çoğunluğu (% 83.6) kentte yaşamaktadır. Annelerin %18.2'si ekonomik durumunun iyi olduğunu, %41.9'u ise kötü veya çok kötü olduğunu ifade etmiştir. Ailelerin % 7.1'inin sosyal güvencesi bulunmazken % 30.1'i Yeşil Kart sahibidir. Ailelerin %70.4'ü 1 ya da 2 çocuğa sahipken %13.3'ü ise 4 ya da daha fazla sayıda çocuğa sahiptir.

**Tablo 4.4.** Bebeklerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>		
Erkek	221	52.4
Kız	201	47.6
<b>Doğumsal hastalığı</b>		
Var	8	1.9
Yok	414	98.1
<b>Doğum sırası</b>		
1.	156	37.0
2.	141	33.4
3.	69	16.4
4. ve üstü	56	13.3
<b>Toplam</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>
<b>Önceki çocukla arasındaki ay farkı <sup>1</sup></b>		
24 ay altı	83	31.2
24 ay ve üstü	183	68.8
<b>Toplam</b>	<b>266</b>	<b>100.0</b>
<b>Doğum kilosuna<sup>2</sup></b>		
2499 gr ve altı	41	9.9
2500-3999 gr	312	75.5
4000 gr ve üstü	60	14.5
<b>Toplam</b>	<b>413</b>	<b>100.0</b>

1. 156 bebek ailenin ilk çocuğu olduğu için değerlendirmeye alınmamıştır.
2. 9 bebeğin, izlem kartında bilgi olmadığı ve annelerin hatırlayamamasından dolayı doğum ağırlıkları hakkında bilgi edinilememiştir.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan bebeklerin % 52.4'ü kız, % 47.6'sı erkektir. Bebeklerin % 1.9'unda doğumsal hastalık mevcuttur. Bebeklerin % 37'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu, % 31.2'sinde önceki çocukla arasındaki ay farkının 24 aydan daha az olduğu tespit edilmiştir. DDA'lı bebek oranı ise % 9.9 olarak bulunmuştur.

## 4.2. BEBEKLERİN BESLENMELERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 4.5'te bebeklerin beslenmesine ilişkin bazı özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Bebeklerin Beslenmeye İlişkin Bazı Özelliklerinin Cinsiyete göre Dağılımı

Özellikler	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Anne sütü alma durumu</b>						
Halen alıyor	186	84.2	162	80.6	348	82.5
Sütten kesildi	30	13.5	29	14.4	59	14.0
Hiç almadı	5	2.3	10	5.0	15	3.5
$x^2=2.396$ $p>0.05$						
<b>Toplam</b>	<b>221</b>	<b>100.0</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>
<b>Emzirmeye başlama zamanı <sup>1</sup></b>						
İlk 1 saat içinde	180	83.3	139	72.8	319	78.4
İlk 1 gün içinde	30	13.9	49	25.6	79	19.4
1. günden sonra	6	2.8	3	1.6	9	2.2
$x^2=9.339$ $p<0.05$						
<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>	<b>191</b>	<b>100.0</b>	<b>407</b>	<b>100.0</b>
<b>Doğumdan sonra aldığı ilk besin</b>						
Anne sütü	185	83.7	158	78.6	343	81.3
Mama	19	8.6	24	11.9	43	10.2
Şekerli su	17	7.7	19	9.5	36	8.5
$x^2= 1.874$ $p>0.05$						
<b>Kolostrum alma durumu</b>						
Alan	212	95.9	189	94.0	401	95.0
Almayan	9	4.1	12	6.0	21	5.0
$x^2= 0.801$ $p>0.05$						
<b>Beslenme şekli</b>						
Sadece anne sütü	61	27.6	57	28.4	118	28.0
Anne sütü+ek besin <sup>2</sup>	125	56.6	105	52.2	230	54.5
Sadece ek besin	35	15.8	39	19.4	74	17.5
$x^2=1.146$ $p>0.05$						
<b>Toplam</b>	<b>221</b>	<b>100.0</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

1. Hiç anne sütü almayan 15 bebek değerlendirmeye alınmamıştır.
2. Su, meyve suyu/püresi, hazır mama, yoğurt, çorba, inek sütü, bisküvi, pirinç unu vb.

Tablo 4.5'den de görülebileceği gibi bebeklerin % 96.5'i bir süre anne sütü almış, %3.5'i ise bebeğin kuvözde kalması, annenin göğsünde problem olması ve bebekte anomalilerin olmasından dolayı hiç anne sütü almamıştır. Doğumdan sonra ilk 1 saat içinde emzirmeye başlama oranı % 78.4'tür. Erkek bebeklerde ilk 1 saat içinde emzirmeye başlama oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bebeklerin % 81.3'ü doğumdan sonra ilk olarak anne sütü almıştır. Kolostrum alma oranı % 95'tir. Bebeklerin beslenme şekli incelendiğinde %28'inin sadece anne sütü, %17.5'i ise sadece ek besin aldığı saptanmıştır.

Bebeklerin %1.7'si (7 bebek) sadece inek sütü ile beslenirken, %3.3'ü (14 bebek) sadece hazır mama ile beslenmektedir. İnek sütü ve hazır mamanın yanında diğer ek besinleri ve/veya anne sütünü alan bebeklerin oranı ise sırasıyla %22.0 ve %18.7'dir.

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin emzirme sayısı ortalama 6.9 ( $\pm$  2.4) olup, 6 aylık ve daha küçük bebeklerde 7.9 ( $\pm$  2.0), 6 aylıktan büyük bebeklerde ise 5.1 ( $\pm$  2.0)'dir. Sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirme sayısı ortalama 8.0 ( $\pm$  2.0)'dir.

**Tablo 4. 6.** Altı Aylık ve Daha Küçük Bebeklerin Beslenme Şekli ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Beslenme şekli	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sadece anne sütü	58	47.9	57	52.8	115	50.2
Anne sütü +ek besin / Sadece ek besin <sup>1</sup>	65	52.1	51	47.2	114	49.8
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>108</b>	<b>100.0</b>	<b>229</b>	<b>100.0</b>

$$x^2=0.536$$

$$p>0.05$$

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi altı aylık ve daha küçük bebeklerde sadece anne sütü ile beslenme oranı %50.2 olup % 49.8'ine ise ek besin başlanmıştır. Sadece ek besin alan erkek bebek bulunmazken 11 kız bebek sadece ek besin almaktadır. Bebeklerin beslenme şekli, cinsiyetlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.



**Tablo 4. 7.** Bebeklerin Sütten Kesilme ve Ek Besine Başlama Zamanının Cinsiyete Göre Dağılımı

Özellikler	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Sütten kesme zamanı <sup>1</sup></b>						
6 aylık ve altı	9	30.0	23	79.3	32	54.2
6 aylıktan sonra	21	70.0	6	20.7	27	45.8
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
$\chi^2 = 14.445$ $p < 0.05$						
<b>Ek besine başlama zamanı <sup>2</sup></b>						
6 aylıktan önce	132	82.5	112	77.8	244	80.3
6 aylık	16	10.0	29	20.1	45	14.8
6 aylıktan sonra	12	7.5	3	2.1	15	4.9
<b>Toplam</b>	<b>160</b>	<b>100.0</b>	<b>144</b>	<b>100.0</b>	<b>304</b>	<b>100.0</b>
$\chi^2 = 9.980$ $p < 0.05$						

1. Halen anne sütü alan 348 bebek ve hiç anne sütü almayan 15 bebek değerlendirmeye alınmamıştır.
2. Sadece anne sütü alan 118 bebek değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan, anne sütünden kesilmiş olan bebeklerin % 54.2’si 6 aylık ve öncesinde sütten kesilmiş olup, sütten kesme zamanı ortalama 5.7 ( ± 2.8 ) aydır. Ek besin başlanan bebeklerin % 80.3’üne 6 aylıktan önce ek besin başlanmıştır. Bebeklerin ek besine başlama zamanı ortalama 3.6 ( ± 1.9 ) aydır. Altı aydan küçük bebeklerde ise ortalama 2.6 ( ± 1.3 ) aylıkken ek besin başlanmıştır. Cinsiyeti kız olan bebeklerde 6 aylık ve daha öncesinde sütten kesilme anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre ek besine başlama zamanı incelendiğinde yine kız bebeklerde 6 aylıkken ek besine başlama anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

### 4.3. BEBEKLERİN ANNELERİNİN İSHAL HAKKINDAKİ BİLGİLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmaya alınan bebeklerin annelerinin bazı özelliklerine göre ishalin tanımını bilme durumları Tablo 4.8’de verilmiştir.

**Tablo 4.8.** Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Tanımını Bilme Durumları

	Biliyor		Kısmen Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin yaşı</b>								
19 yaş ve altı	3	12.0	3	12.0	19	76.0	25	100.0
20-24 yaş	34	21.8	48	30.8	74	47.4	156	100.0
25-29 yaş	19	13.0	57	39.0	70	47.9	146	100.0
30 yaş ve üstü	6	6.3	30	31.6	59	62.1	95	100.0
$x^2 = 21.208$ $p < 0.05$								
<b>Annenin eğitim durumu</b>								
İlköğretim birinci kademe ve altı	31	11.7	91	34.5	142	53.8	264	100.0
İlköğretim ikinci kademe ve üstü	31	19.6	47	29.7	80	50.6	158	100.0
$x^2 = 5.036$ $p < 0.05$								
<b>Annenin çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor	54	13.5	128	32.1	217	54.4	399	100.0
Çalışıyor	8	34.8	10	43.5	5	21.7	23	100.0
$x^2 = 11.953$ $p < 0.05$								
<b>Toplam</b>	<b>62</b>	<b>14.7</b>	<b>138</b>	<b>32.7</b>	<b>222</b>	<b>52.6</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerinin %14.7’sinin ishalin tanımını tam ve doğru olarak bildiği, %32.7’sinin kısmen bildiği, %52.6’sının ise bilmediği Tablo 4.8’de görülmektedir. Bebeklerin annelerinin ishalin tanımını bilme durumu; 20-24 yaş grubunda, ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde ve çalışan annelerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Annelerin ishalin tanımını bilme durumuna göre bebeklerde ishal görülme durumu incelendiğinde; tanımı bilen annelerin bebeklerinin %46.8’inde, kısmen bilenlerin %34.1’inde, bilmeyenlerin %41.4’ünde ishal görülmüş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $x^2=3.407$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Nedenlerini Bilme Durumları

	Biliyor		Kısmen Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin yaşı</b>								
19 yaş ve altı	1	4.0	7	28.0	17	68.0	25	100.0
20-24 yaş	19	12.1	60	38.5	77	49.4	156	100.0
25-29 yaş	12	8.2	57	39.0	77	52.8	146	100.0
30 yaş ve üstü	6	6.3	30	31.6	59	62.1	95	100.0
$\chi^2 = 7.536$ $p > 0.05$								
<b>Annenin eğitim durumu</b>								
İlköğretim birinci kademe ve altı	18	6.8	88	33.3	158	59.8	264	100.0
İlköğretim ikinci kademe ve üstü	20	12.7	67	42.4	71	44.9	158	100.0
$\chi^2 = 10.009$ $p < 0.05$								
<b>Annenin çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor	34	8.5	147	36.9	218	54.6	399	100.0
Çalışıyor	4	17.4	7	30.4	12	52.2	23	100.0
$\chi^2 = 2.169$ $p > 0.05$								
<b>Toplam</b>	<b>38</b>	<b>9.0</b>	<b>154</b>	<b>36.5</b>	<b>230</b>	<b>54.5</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.9'da görülebileceği gibi araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerinin % 9'u ishalin nedenlerini tam ve doğru olarak bilmekte, % 36.5'i kısmen bilmekte, % 54.5'si ise bilmemektedir. İshalin nedenlerini bilme durumu ile annelerin yaşları ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. İlköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde ise ishalin nedenlerini bilme anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Annelerin ishalin nedenlerini bilme durumuna göre bebeklerin ishale yakalanma durumu incelendiğinde; nedenleri bilen annelerin bebeklerinin %26.3'ünde, kısmen bilenlerin %21.9'unda, bilmeyenlerin %54.1'inde ishal görüldüğü saptanmıştır. İshalin nedenlerini bilmeyen annelerin bebeklerinde, nedenleri tam olarak yada kısmen bilen annelerin bebeklerine göre anlamlı olarak ishal oranı daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2 = 43.203$ ,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.10.** Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Zararlarını Bilme Durumları

Özellikler	Biliyor		Kısmen Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin yaşı</b>								
19 yaş ve altı	2	8.0	12	48.0	11	44.0	25	100.0
20-24 yaş	27	17.3	94	60.3	35	22.4	156	100.0
25-29 yaş	19	13.0	85	58.2	42	28.8	146	100.0
30 yaş ve üstü	9	9.5	65	68.4	21	22.1	95	100.0
$\chi^2 = 10.041$ $p > 0.05$								
<b>Annenin eğitim durumu</b>								
İlköğretim birinci kademe ve altı	27	10.2	146	55.3	91	34.5	264	100.0
İlköğretim ikinci kademe ve üstü	30	19.0	110	69.6	18	11.4	158	100.0
$\chi^2 = 29.336$ $p < 0.05$								
<b>Annenin çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor	55	13.8	243	60.9	101	25.3	399	100.0
Çalışıyor	2	8.7	13	56.5	7.3	34.8	23	100.0
$\chi^2 = 1.241$ $p > 0.05$								
<b>Toplam</b>	<b>57</b>	<b>13.5</b>	<b>256</b>	<b>60.7</b>	<b>109</b>	<b>25.8</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi bebeklerin annelerinin % 13.5'i ishalin çocuğa verebileceği zararları bilmekte, %60.7'si kısmen bilmekte, % 25.8'i ise bilmemektedir. İlköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde ishalin zararlarını bilme anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Annelerin ishalin zararlarını bilme durumuna göre bebeklerde ishal görülme durumu incelendiğinde; zararları bilen annelerin bebeklerinin %45.6'sı, kısmen bilenlerin %38.3'ü, bilmeyenlerin %40.4'ü ishal geçirmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2 = 2.463$ ,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.11.** Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalde Verilmesi Gereken Besinleri Bilme Durumları

Özellikler	Biliyor		Kısmen Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin yaşı</b>								
19 yaş ve altı	1	4.0	5	20.0	19	76.0	25	100.0
20-24 yaş	26	16.7	26	16.7	104	66.6	156	100.0
25-29 yaş	15	10.3	34	23.3	97	66.4	146	100.0
30 yaş ve üstü	17	17.9	10	10.5	68	71.6	95	100.0
$\chi^2 = 11.049$ $p > 0.05$								
<b>Annenin eğitim durumu</b>								
İlköğretim birinci kademe ve altı	34	12.9	38	14.4	192	72.7	264	100.0
İlköğretim ikinci kademe ve üstü	25	15.8	37	23.4	96	60.8	158	100.0
$\chi^2 = 7.216$ $p < 0.05$								
<b>Annenin çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor	57	14.3	70	17.5	272	68.2	399	100.0
Çalışıyor	2	8.7	5	21.7	16	69.6	23	100.0
$\chi^2 = 0.708$ $p > 0.05$								
<b>Toplam</b>	<b>59</b>	<b>14.0</b>	<b>75</b>	<b>17.8</b>	<b>288</b>	<b>68.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Bebeklerin annelerinin; % 14'ünün ishalde verilmesi gereken besinleri bildiği, % 17.8'inin kısmen bildiği ve % 68.2'sinin ise bilmediği Tablo 4.11'de görülmektedir. Annelerin eğitim durumları ile ishalde verilmesi gereken besinleri bilme durumu incelendiğinde, ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan grupta verilmesi gereken besinleri bilen annelerin oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Annelerin yaşları ve çalışma durumuna göre ishalde verilmesi gereken besinleri bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.12.** Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalde Verilmemesi Gereken Besinleri Bilme Durumları

Özellikler	Biliyor		Kısmen Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin yaşı</b>								
19 yaş ve altı	3	12.0	13	52.0	9	36.0	25	100.0
20-24 yaş	5	3.2	92	59.0	59	37.8	156	100.0
25-29 yaş	16	11.0	76	52.1	54	36.9	146	100.0
30 yaş ve üstü	6	6.3	58	61.1	31	32.6	95	100.0
$x^2 = 8.899$ $p > 0.05$								
<b>Annenin eğitim durumu</b>								
İlköğretim birinci kademe ve altı	13	4.9	135	51.1	116	43.9	264	100.0
İlköğretim ikinci kademe ve üstü	17	10.8	104	65.8	37	23.4	158	100.0
$x^2 = 19.980$ $p < 0.05$								
<b>Annenin çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor	27	6.8	224	56.1	148	37.1	399	100.0
Çalışıyor	3	13.0	15	65.3	5	21.7	23	100.0
$x^2 = 2.935$ $p > 0.05$								
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>239</b>	<b>56.6</b>	<b>153</b>	<b>36.3</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.12'den de görülebileceği gibi bebeklerin annelerinin % 7.1'i ishalleri çocuğa verilmemesi gereken besinleri bilmektedir. Annelerin % 56.6'sı bu besinleri kısmen bilmekte, %36.3'ü ise bilmemektedir. İlköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde verilmemesi gereken besinleri bilme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Annelerin yaşları ve çalışma durumları ile verilmemesi gereken besinleri bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Annelerin % 1.2'si "İshalde su verilir mi?" sorusuna hayır derken % 98.8'i evet olarak cevap vermiştir. "İshalde anne sütü verilir mi?" sorusuna annelerin % 99.1'i evet demiştir.

Annelerin % 47.4 (200 anne)'ü ishalle ilgili bilgi aldığını; bilgi alan annelerin % 47.5 (95 anne)'i doktordan , % 40.5 (81 anne)'i ebe- hemşireden , % 12.0 (24 anne)'si diğer (gazete, televizyon, arkadaş, anne v.b.) kaynaklardan bilgi aldığını ifade etmiştir.

#### 4.4. BEBEKLERDE İSHAL GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerine yaz aylarında (Haziran, Temmuz, Ağustos ) bebeğin ishal olup olmadığı sorulduğunda, annelerin % 39.8'i bebeğinin ishal olduğunu ifade etmiştir. Yaz aylarında ishal geçiren bebeklerin ortalama  $2.1 \pm 1.0$  epizot geçirdiği saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı Eylül ayında ise ishal prevalansı % 16.6 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.13.** Bebeklerde Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshal Görülme Durumu

Özellikler	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin yaşı</b>						
19 yaş ve altı	11	44.0	14	56.0	25	100.0
20-24 yaş	50	32.1	106	67.9	156	100.0
25-29 yaş	65	44.5	81	55.5	146	100.0
30 yaş ve üstü	42	44.2	53	55.8	95	100.0
$\chi^2 = 6.222$ $p > 0.05$						
<b>Annenin eğitim durumu</b>						
OYD+OY	7	50.0	7	50.0	14	100.0
İlköğretim birinci kademe	94	37.6	156	62.4	250	100.0
İlköğretim ikinci kademe	15	38.5	24	61.5	39	100.0
Lise	44	44.4	55	55.6	99	100.0
Yüksekokul	8	40.0	12	60.0	20	100.0
$\chi^2 = 2.034$ $p > 0.05$						
<b>Annenin çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	161	40.4	238	59.6	399	100.0
Çalışıyor	7	30.4	16	69.6	13	100.0
$\chi^2 = 0.892$ $p > 0.05$						
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.13'de görüldüğü gibi bebeklerde ishal görülme durumu ile annenin yaşı ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ev hanımı olan annelerin bebeklerinde ise ishal görülme oranı yüksek olmasına karşın fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.14.** Bebeklerin Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshal Görülme Durumu

Özellikler	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kentsel	137	38.8	216	61.2	353	100.0
Kırsal	31	44.9	38	55.1	69	100.0
$\chi^2 = 0.901$ $p > 0.05$						
<b>Ekonomik durumu</b>						
İyi	22	28.6	55	71.4	77	100.0
Orta	38	30.2	88	69.8	126	100.0
Kötü	73	44.2	92	55.8	165	100.0
Çok kötü	35	64.8	19	35.2	54	100.0
$\chi^2 = 24.400$ $p < 0.05$						
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
1	52	33.8	102	66.2	154	100.0
2	64	44.8	79	55.2	143	100.0
3	26	37.7	43	62.3	69	100.0
4 ve üstü	26	46.4	30	53.6	56	100.0
$\chi^2 = 4.941$ $p > 0.05$						
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.14'ten de görülebileceği gibi araştırma kapsamına alınan bebeklerde, ekonomik durumu çok kötü olan ailelerin bebeklerinde ishal görülme durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ailelerin yaşayan çocuk sayısına ve yerleşim yerine göre ishal görülme durumu incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.



**Tablo 4.15.** Bebeklerin Cinsiyetlerine Göre İshal Görülme Durumu

Bebğin cinsiyeti	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	81	36.7	140	63.3	221	100.0
Kız	87	43.3	114	56.7	201	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 1.932$$

$$p > 0.05$$

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin cinsiyetleri ile ishale yakalanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı Tablo 4.15’de görülmektedir.

**Tablo 4.16.** Bebeklerin Önceki Çocukla Arasındaki Ay Farkına Göre İshal Görülme Durumu

Önceki çocukla arasındaki ay farkı	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
24 ay altı	39	47.0	44	53.0	83	100.0
24 ay ve üstü	75	41.0	108	59.0	183	100.0
Tek çocuk	54	34.6	102	65.4	156	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 3.647$$

$$p > 0.05$$

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi bebeklerin önceki çocukla arasındaki farka göre ishale yakalanma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.17.** Bebeklerin Anne Sütü Alma Durumuna Göre İshal Görülme Durumu

Anne sütü alma durumu	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Halen alıyor	109	31.3	239	68.7	348	100.0
Sütten kesildi	49	83.1	10	16.9	59	100.0
Hiç almadı	10	66.7	5	33.3	15	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 61.018$$

$$p < 0.05$$

Tablo 4.17’de halen anne sütü alan bebeklerde ishal görülme oranının, sütten kesilen ve hiç anne sütü almayan bebeklere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.18.** Bebeklerin Doğum Ağırlığına Göre İshal Görülme Durumu

Doğum ağırlığı	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2499 gr ve altı	22	53.7	19	46.3	41	100.0
2500-3999 gr	126	40.4	186	59.6	312	100.0
4000 gr ve üstü	14	23.3	46	76.7	60	100.0
<b>Toplam</b>	<b>162</b>	<b>39.2</b>	<b>251</b>	<b>60.8</b>	<b>413</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 12.831$$

$$p < 0.05$$

Tablo 4.18’den de görüldüğü gibi DDA’lı bebeklerde ishale yakalanma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.19.** Bebeklerin Emzirmeye Başlama Zamanına Göre İshal Görülme Durumu

Emzirmeye başlama zamanı	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk 1 saat içinde	112	35.1	207	64.9	319	100.0
İlk 1 gün içinde	40	50.6	39	49.4	79	100.0
1. günden sonra	6	66.7	3	33.3	9	100.0
<b>Toplam</b>	<b>158</b>	<b>38.8</b>	<b>249</b>	<b>61.2</b>	<b>407</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 9.429$$

$$p < 0.05$$

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi doğumdan sonra ilk 1 saat içinde emzirilen bebeklerde ishale yakalanma durumu anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

**Tablo 4.20.** Bebeklerin Doğumdan Sonra Aldığı İlk Besine Göre İshal Görülme Durumu

Doğumdan sonra aldığı ilk besin	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne sütü	130	37.9	213	62.1	343	100.0
Mama+ şekerli su	38	48.1	41	51.9	79	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 2.788$$

$$p > 0.05$$

Doğumdan sonra ilk besin olarak mama yada şekerli su verilen bebeklerde ishale yakalanma oranının anne sütü alanlara göre yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı Tablo 4.20’de görülmektedir.

**Tablo 4.21.** Bebeklerin Kolostrum Alma Durumuna Göre İshal Görülme Durumu

Kolostrum alma durumu	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	155	38.7	246	61.3	401	100.0
Almayan	13	61.9	8	38.1	21	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 4.502$$

$$p < 0.05$$

Tablo 4.21'den de görülebileceği gibi kolostrum alan bebeklerde ishale yakalanma durumu almayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

**Tablo 4.22.** Bebeklerin Ek Besine Başlama Zamanına Göre İshal Görülme Durumu

Ek besine başlama zamanı	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
6 aylıktan önce	129	52.9	115	47.1	244	100.0
6 aylık ve üstü	24	40.0	36	60.0	60	100.0
<b>Toplam</b>	<b>153</b>	<b>50.3</b>	<b>151</b>	<b>49.7</b>	<b>304</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 3.190$$

$$p > 0.05$$

Tablo 4.22'de görüldüğü gibi bebeklerin ek besine başlama zamanına göre ishale yakalanma durumları incelendiğinde, 6 aylıktan önce ek besin başlanan bebeklerde ishal daha fazla görülmesine rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 4.23.** Bebeklerin Beslenme Şekline Göre İshal Görülme Durumu

Beslenme Şekli	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sadece anne sütü	15	12.7	103	87.3	118	100.0
Anne sütü+ek besin	94	40.9	136	59.1	230	100.0
Sadece ek besin	59	79.7	15	20.3	74	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 85.483$$

$$p < 0.05$$

Sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde ishale yakalanma durumunun anne sütü+ek besinle yada sadece ek besinle beslenen bebeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu Tablo 4.23’de görülmektedir.

Bebeklerin emzirilme sayısı ile ishale yakalanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ishale yakalanan bebeklerde emzirme sayısı ortalama 6.1 ( $\pm 2.1$ ), ishale yakalanmayan bebeklerde ise ortalama 7.2 ( $\pm 2.4$ )’dir. Emzirme sayısı ile ishale yakalanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (t :-4.170, SD :346,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.24.** Bebeklerin Beslenme Şekline Göre İshal Epizodu Ortalamaları

Beslenme Şekli	İshal epizodu ortalaması	
	Sayı	X $\pm$ SD
Sadece anne sütü	15	1.60 $\pm$ 1.05
Anne sütü+ek besin	94	2.14 $\pm$ 1.08
Sadece ek besin	59	2.20 $\pm$ 1.11
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>2.11 <math>\pm</math> 1.09</b>

$$F = 1.903$$

$$p > 0.05$$

Tablo 4.24’de görüldüğü gibi sadece anne sütü ile beslenen bebekler, anne sütü ve ek besin yada sadece ek besin alan bebeklere oranla daha az ishal epizodu geçirmiştir, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.25.** Bebeklerin Annelerinin İshalle İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre İshal Görülme Durumu

Annenin ishale ilgili bilgi alma durumu	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	71	35.5	129	64.5	200	100.0
Hayır	97	43.7	125	56.3	222	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2= 2.947$$

$$p>0.05$$

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi bebeklerin annelerinin ishale ilgili bilgi alma durumuna göre ishal görülme durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırma kapsamına alınan 422 bebeğin % 97.4 ( 411 )’ü ebe tarafından izlenmiş, % 2.6 ( 11 )’sının ise sadece tespitleri yapılmıştır. Bebeklerin % 23.2 ( 98 bebek)’si yeterli sayıda, % 74.2 ( 313 bebek)’si ise yetersiz sayıda izlenmiştir.

**Tablo 4.26.** Bebeklerin Ebe Tarafından İzlenme Durumuna Göre İshal Görülme Durumu

Ebe tarafından izlenme durumu	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	165	40.1	246	59.9	411	100.0
Hayır	3	27.3	8	72.7	11	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\text{Fisher Kesin Ki-kare Testi}$$

$$p>0.05$$

Tablo 4.26’da görülebileceği gibi bebeklerin ebe tarafından izlenme durumuna göre ishal görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

**Tablo 4.27.** Bebeklerin İzlem Sayılarının Yeterliliğine Göre İshal Görülme Durumu

İzlem sayısının yeterliliği	İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İzlem sayısı yeterli	27	27.6	71	72.4	98	100.0
İzlem sayısı yetersiz veya izlem yapılmamış	141	43.5	183	56.5	324	100.0
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>39.8</b>	<b>254</b>	<b>60.2</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 8.006$$

$$p < 0.05$$

Tablo 4.27’de görüldüğü gibi izlem sayısı yetersiz olan bebeklerde ishal görülme durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Yaz ayında ishal olan 168 bebekten %65.5’inin annesi bebeğini doktora götürdüğünü ifade etmiştir. Yine bu çocuklardan %45.2’sine (76 bebek) ORS verilmiştir. ORS verilen bebeklerin %89.5’ine hazır paket %10.5’ine ise evde karışım hazırlanarak kullanılmıştır. Evde ORS hazırlayarak kullanan 8 bebeğin annelerine karışımı nasıl hazırladıkları sorulduğunda tamamının karışımı yanlış hazırladığı belirlenmiştir. Annelere ORS’yi ne sıklıkla verdikleri sorulduğunda; 76 bebeğin %22.4’üne doğru sıklıkta (her ishali dışkılamadan sonra), %77.6’sına ise gereken sıklıkta verilmediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.28’de bazı değişkenlerin ishal görülme durumuna etkisi sunulmuştur.

**Tablo 4.28.** Bazı Değişkenlerin İshal Görülme Durumuna Etkisi

Değişkenler		n	İshal		OR (% 95 CI)
			Sayı	%	
<b>Annenin yaşı</b>	20-29 yaş	118	51	43.2	1.000
	19 yaş ve altı - 30 yaş ve üstü	295	111	37.6	0.821 (0.485-1.390)
<b>Annenin eğitimi</b>	İlköğretim 2.kademe ve üstü	155	64	41.3	1.000
	İlköğretim 1.kademe ve altı	258	98	38.0	1.580 (0.939-2.660)
<b>Ekonomik durum</b>	İyi	201	58	28.9	1.000
	Kötü	212	104	49.1	2.837 (1.729-4.654)*
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	215	78	36.3	1.000
	Kız	198	84	42.4	1.287 (0.809-2.049)
<b>Doğum ağırlığı</b>	2500 gr ve üstü	372	140	37.6	1.000
	2500 gr altı	41	22	53.7	1.247 (0.564-2.758)
<b>Çocuk sayısı</b>	1 yada 2	289	111	38.4	1.000
	3 ve üstü	124	51	41.1	0.721 (0.388-1.342)
<b>Önceki çocukla ay farkı</b>	24 ay ve üstü	332	124	37.3	1.000
	24 ay altı	81	38	46.9	1.484 (0.755-2.917)
<b>Beslenme durumu</b>	Sadece anne sütü	118	15	12.7	1.000
	Anne sütü ve/veya ek besin	295	147	49.8	5.821 (3.053-11.100)*
<b>Kolostrum alma durumu</b>	Aldı	392	149	38.0	1.000
	Almadı	21	13	61.9	0.435 (0.133-1.421)
<b>Anne sütü alma durumu</b>	Anne sütü alıyor	342	106	31.0	1.000
	Sütten kesildi /hiç almadı	71	56	78.0	5.260 (2.556-10.825)*
<b>Malnutrisyon</b>	Yok	384	142	37.0	1.000
	Var	29	20	69.0	3.015 (1.141-7.968)*
<b>Toplam</b>		<b>413</b>	<b>162</b>	<b>39.2</b>	

\* : p&lt;0.05

Tablo 4.28'de görüldüğü gibi ishal görülme durumunu etkileyen faktörler arasında ailenin ekonomik durumu, bebeğin beslenmesi, anne sütü alma durumu ve malnutrisyon görülme durumu en önemli faktörler olarak bulunmuştur.



#### 4.5. BEBEKLERDE MALNUTRİSYON GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin % 7.1'inin malnutrisyonlu olduğu tespit edilmiştir.

Bebeklerin annelerinin bazı özelliklerine göre malnutrisyon görülme durumu Tablo 4.29'da verilmiştir.

**Tablo 4.29.** Bebeklerin Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Özellikler	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin yaşı</b>						
19 yaş ve altı	4	16.0	21	94.0	25	100.0
20-24 yaş	8	5.1	148	94.9	156	100.0
25-29 yaş	11	7.5	135	92.5	146	100.0
30 yaş ve üstü	7	7.4	88	92.6	95	100.0
$\chi^2 = 3.969$ $p > 0.05$						
<b>Annenin eğitim durumu</b>						
OY+OYD	1	7.1	13	92.9	14	100.0
İlköğretim birinci kademe	20	8.0	230	92.0	250	100.0
İlköğretim ikinci kademe	3	7.7	36	92.3	39	100.0
Lise	5	5.1	94	94.9	99	100.0
Yüksekokul	1	5.0	19	95.0	20	100.0
$\chi^2 = 3.038$ $p > 0.05$						
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.29'da görüldüğü gibi bebeklerin annelerinin yaşı ve eğitimine göre malnutrisyon görülme durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 4.30.** Bebeklerin Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Özellikler	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kentsel	28	7.9	325	92.1	353	100.0
Kırsal	2	2.9	67	97.1	69	100.0
Fisher Kesin Ki-kare Testi $p>0.05$						
<b>Ekonomik durumu</b>						
İyi	3	3.9	74	96.1	77	100.0
Orta	7	5.6	119	94.4	126	100.0
Kötü	15	9.1	150	90.9	165	100.0
Çok kötü	5	9.3	49	90.7	49	100.0
$\chi^2 = 3.024$ $p>0.05$						
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Bebeklerin ailelerinin yerleşim yeri ve ekonomik durumuna göre malnutrisyon görülme durumu incelendiğinde; kentsel bölgede yaşayan ailelerin çocuklarında ve ekonomik durumu kötü olan ailelerin çocuklarında malnutrisyon oranının daha fazla olduğu, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı Tablo 4.30’da görülmektedir.

**Tablo 4. 31.** Bebeklerin Cinsiyetlerine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Bebğin Cinsiyeti	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	12	5.4	209	94.6	221	100.0
Kız	18	9.0	183	91.0	201	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 1.981$$

$$p>0.05$$

Tablo 4.31’de bebeklerin cinsiyetine göre malnutrisyon görülme durumu incelendiğinde kız bebeklerde daha yüksek oranda görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir.

**Tablo 4.32.** Bebeklerin Anne Sütü Alma Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Anne sütü alma durumu	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Halen alıyor	20	5.7	328	94.3	348	100.0
Sütten kesildi	4	6.8	55	93.2	59	100.0
Hiç almadı	6	40.0	9	60.0	15	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 25.560$$

$$p < 0.05$$

Tablo 4.32'den de takip edilebileceği gibi hiç anne sütü almamış bebeklerde malnutrisyon görülme durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.33.** Bebeklerin Ailelerinde Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Yaşayan çocuk sayısı	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	6	3.9	148	96.1	154	100.0
2	12	8.4	131	91.6	143	100.0
3	7	10.1	62	89.9	69	100.0
4 ve üstü	5	8.9	51	91.1	56	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 4.007$$

$$p > 0.05$$

Tablo 4.33'de görüldüğü gibi ailelerin yaşayan çocuk sayısına göre malnutrisyon görülme durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

**Tablo 4.34.** Bebeklerin Önceki Çocukla Ay Farkına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Önceki çocukla arasındaki ay farkı	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
24 ay altı	10	12.0	73	88.0	83	100.0
24 ay ve üstü	12	6.6	171	93.4	183	100.0
Tek çocuk	8	5.1	148	94.9	156	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 4.077$$

$$p > 0.05$$

Tablo 4.34 incelendiğinde, önceki çocukla aralarındaki ay farkı 24 aydan daha az olan bebeklerde malnutrisyonun daha fazla görüldüğü, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

**Tablo 4.35.** Bebeklerin Doğum Kilolarına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Doğum kilosu	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2499 gr ve altı	13	31.7	28	68.3	41	100.0
2500-3999 gr	14	4.5	298	95.5	312	100.0
4000 gr ve üstü	2	3.3	58	96.7	60	100.0
<b>Toplam</b>	<b>29</b>	<b>7.0</b>	<b>384</b>	<b>93.0</b>	<b>413</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 42.589$$

$$p < 0.05$$

Bebeklerin doğum kilolarına göre malnutrisyon görülme durumu incelendiğinde DDA'lı bebeklerde malnutrisyonun anlamlı olarak daha yüksek olduğu Tablo 4.35'de görülmektedir.

**Tablo 4.36.** Bebeklerin Emzirilmeye Başlama Zamanına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Emzirmeye başlama zamanı	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk 1 saat içinde	18	5.6	301	94.4	319	100.0
İlk 1 gün içinde	5	6.3	74	93.7	79	100.0
1. günden sonra	1	11.1	8	88.9	9	100.0
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>5.9</b>	<b>383</b>	<b>94.1</b>	<b>407</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 0.505$$

$$p > 0.05$$

Tablo 4.36’da görüldüğü gibi doğumdan sonra emzirmeye başlama zamanı 1. günden sonra olan bebeklerde malnutrisyon oranı daha yüksek görülmekle birlikte, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.37.** Bebeklerin Doğumdan Sonra Aldığı İlk Besine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Doğumdan sonra aldığı ilk besin	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne sütü	23	6.7	320	93.3	343	100.0
Mama / şekerli su	7	8.9	72	91.1	79	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 0.451$$

$$p > 0.05$$

Tablo 4.37’de görüldüğü gibi bebeklerin doğumdan sonra aldığı ilk besine göre malnutrisyon görülme durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 4.38.** Bebeklerin Kolostrum Alma Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Kolostrum alma durumu	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	22	5.5	379	94.5	401	100.0
Almayan	8	38.1	13	61.9	21	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Fisher Kesin Ki-kare Testi  $p < 0.05$ 

Tablo 4.38’de görülebileceği gibi kolostrum almayan bebeklerde malnutrisyon anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.39.** Bebeklerin Ek Besine Başlama Zamanına Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Ek besine başlama zamanı	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
6 aylıktan önce	21	8.6	223	91.4	244	100.0
6 aylık	1	2.2	44	97.8	45	100.0
6 aylıktan sonra	3	20.0	12	80.0	15	100.0
<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>8.2</b>	<b>279</b>	<b>91.8</b>	<b>304</b>	<b>100.0</b>

 $\chi^2 = 4.951$   $p > 0.05$ 

Tablo 4.39’da görüldüğü gibi 6 aylık (zamanında) ek besine başlanan bebeklerde malnutrisyon oranı en düşük bulunmuştur, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4. 40.** Bebeklerin Beslenme Şekline Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Beslenme şekli	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sadece anne sütü	5	4.2	113	95.8	118	100.0
Anne sütü+ek besin	15	6.5	215	93.5	230	100.0
Sadece ek besin	10	13.5	64	86.5	74	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 6.190$$

$$p < 0.05$$

Sadece anne sütü alan bebeklerde malnutrisyon görülme oranının anlamlı olarak daha düşük olduğu Tablo 4.40'ta görülmektedir..

**Tablo 4.41.** Bebeklerin Yaz Aylarında İshal Olma Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

İshal görülme durumu	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	20	11.9	148	88.1	168	100.0
Hayır	10	3.9	244	96.3	254	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

$$x^2 = 9.721$$

$$p < 0.05$$

Yaz aylarında ishal geçiren bebeklerde malnutrisyonun istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunduğu Tablo 4.41'de görülmektedir.

**Tablo 4.42.** Bebeklerin Ebe Tarafından İzlenme Durumuna Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

Ebe tarafından izlenme durumu	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	29	7.1	382	92.9	411	100.0
Hayır	1	9.1	10	90.9	11	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Fisher Kesin Ki-kare Testi  $p>0.05$ 

Tablo 4.42’de görüldüğü gibi bebeklerin ebe tarafından izlenme durumu ile malnutrisyon görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 4.43.** Bebeklerin İzlem Sayısının Yeterliliğine Göre Malnutrisyon Görülme Durumu

İzlem sayısının yeterliliği	Malnutrisyon					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İzlem sayısı yeterli	4	4.1	94	95.9	98	100.0
İzlem sayısı yetersiz / İzlem yapılmamış	26	8.0	298	92.0	324	100.0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>7.1</b>	<b>392</b>	<b>92.9</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>

Fisher Kesin Ki-kare Testi  $p>0.05$ 

Tablo 4.43’te görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan bebeklerin izlem sayısının yeterli olup olmaması ile malnutrisyon görülme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, izlem sayısı yetersiz yada izlem yapılmamış olan bebeklerde malnutrisyon görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.



**Tablo 4.44.** Bazı Değişkenlerin Malnutrisyon Görülme Durumuna Etkisi

Değişkenler		n	Malnutrisyon		OR (% 95 CI)
			Sayı	%	
<b>Annenin yaşı</b>	20-29 yaş	118	11	9.3	1.000
	19 yaş ve altı - 30 yaş ve üstü	295	18	6.1	0.860 (0.351 -2.109)
<b>Annenin eğitimi</b>	İlköğretim 2.kademe ve üstü	155	9	5.8	1.000
	İlköğretim 1.kademe ve altı	258	20	7.8	1.349 (0.493 -3.693)
<b>Ekonomik durum</b>	İyi	201	10	5.0	1.000
	Kötü	212	19	9.0	1.302 (0.494 -3.435)
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	215	11	5.1	1.000
	Kız	198	18	9.1	1.647 (0.691-3.926)
<b>Doğum ağırlığı</b>	2500 gr ve üstü	372	16	4.3	1.000
	2500 gr altı	41	13	31.7	7.335 (2.813 -19.128)*
<b>Çocuk sayısı</b>	1 yada 2	289	17	5.9	1.000
	3 ve üstü	124	12	9.7	1.035 (0.320 -3.354)
<b>Önceki çocukla ay farkı</b>	24 ay ve üstü	332	20	6.0	1.000
	24 ay altı	81	9	11.1	1.579 (0.473-5.271)
<b>Beslenme durumu</b>	Sadece anne sütü	118	5	4.2	1.000
	Anne sütü ve/veya ek besin	295	24	8.1	0.686 (0.201 -2.347)
<b>Kolostrum alma durumu</b>	Aldı	392	21	5.4	1.000
	Almadı	21	8	38.1	6.431 (1.622 -25.498)*
<b>Anne sütü alma durumu</b>	Anne sütü alıyor	342	19	5.6	1.000
	Sütten kesildi /hiç almadı	71	10	14.1	0.813 (0.247-2.680)
<b>İshal</b>	Yok	384	9	3.6	1.000
	Var	29	20	12.3	3.293 (1.178 -9.206)*
<b>Toplam</b>		<b>413</b>	<b>29</b>	<b>7.0</b>	

\* : p&lt;0.05

Tablo 4.44’de görüldüğü gibi malnutrisyon görülme durumunu etkileyen faktörler arasında bebeğin doğum ağırlığı, kolostrum alma durumu ve ishal görülme durumu en önemli faktörler olarak bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

### 5.1. BEBEKLER VE AİLELERİ İLE İLGİLİ GENEL BULGULARIN TARTIŞMASI

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerinin yaş ortalamaları 25,8 ( $\pm 4.5$ )'dir. Araştırmamızda annelerin %71.6'sının 20-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 2003 TNSA sonuçlarında 15-49 yaş grubu kadınların %31.2'sinin 20-29 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Türkiye'de kadınların ilk doğurganlık deneyimini 20'li yaşlarda yaşamakta, ortalama bir kadın 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında iki çocuğa sahip olmaktadır. Kırsal alanlarda ki kadınlar ise her yaş grubunda kentsel alanlardaki aynı yaş grubundaki kadınlara göre daha fazla çocuk doğurmaktadır(16). Araştırmamızın 0-12 aylık bebek sahibi olan anneleri kapsamından dolayı 20-29 yaş grubunda olan anne sayısının oranı yüksektir. Hacıhasanoğlu'nun (35) 0-24 aylık çocuğa sahip annelerin ishal durumunda yaptıkları uygulamalar ve bilgi düzeyleri ile ilgili çalışmasında annelerin % 63.8'inin 20-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi annelerin %3.3'ü eğitim almamış, %59.2'si ilköğretim birinci kademe ve %9.2' si ilköğretim ikinci kademe, %23.5'i lise, %4.7'si üniversite düzeyinde eğitim almıştır. Babaların ise %37.2'si ilköğretim birinci kademe, %17.3' ü ilköğretim ikinci kademe, % 36.7'si lise ve %8.8' i üniversite düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır. 2003 TNSA verilerine göre; 15- 49 yaş grubu kadınların, %21.8'inin eğitimi yok yada ilkokulu bitirmemiş, %53.7'si ilköğretim birinci seviye eğitim almıştır ve %7.8'i' ilköğretim ikinci kademe %17'si lise ve üstü eğitim almıştır (16). Araştırmamıza alınan bebeklerin annelerinin eğitim durumları 2003 TNSA verilerine

göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık bizim çalışmamızda 0-12 aylık bebeği olan kadınların araştırma kapsamına alınmasından dolayı daha genç yaştaki kadınların araştırma grubunu oluşturmasına bağlı olabilir. Çetinkaya, Aykut ve arkadaşlarının (36) 0-36 aylık bebeklerde ishal morbiditesini tespit etmek amacıyla Kayseri’de yaptığı çalışmada annelerin %58’i ilkokul, %37’sinin ortaokul ve üzeri eğitim aldığı, babaların %33.6’sının ilkokul, %63.2’ sinin ortaokul ve üzeri eğitim aldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgular ise, araştırmamızdaki bulgulara oldukça benzerdir.

Araştırmamızda annelerin %94.5’i ev hanımı iken %3.1’i memur, %1.7’si esnaf, %0.7’si ise diğer iş kollarında çalıştığı belirlenmiştir. Çalışan anne oranı %5.5’tir. Babaların %22.5’i memur, %14.9’ u işçi, %46.2’si esnaf, %0.7’si emekli, %7.6’sı çiftçi, %6.9’u işsiz ve %1.2’si diğer iş kollarında çalıştığı saptanmıştır. 2003 TNSA verilerinde kadınların %42’sinin araştırmadan önceki 12 aylık süre içinde çalışmış, %27’sinin araştırma esnasında çalışıyor olduğu belirtilmiştir(16). Hacıhasanoğlu’nun (35) Erzurum’da yaptığı çalışmasında çalışan anne oranı %14.5 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda kadınlarda çalışma oranının düşük olması kadınların para karşılığı olmayan işleri (çiftçilik gibi) istihdam olarak algılamamasına bağlı olabilir.

Tablo 4.3’te görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan bebeklerin ailelerinin; %83.6’sı kentsel, %16.4’ü ise kırsal alanda yaşamaktadır. Araştırmanın yapıldığı sağlık ocağı bölgesi olan Alibaba Sağlık Ocağı’nın Sivas il merkezinde olmasından dolayı kentsel bölgede yaşayan aile sayısı daha yüksek bulunmuştur.

Annelerin %18.2’si ekonomik durumlarının iyi olduğunu, %29.9’u orta düzeyde olduğunu, %39.1’i kötü olduğunu ve %12.8’i ise çok kötü olduğunu ifade etmiştir. İki bebekten birinin ailesinin ekonomik durumunun kötü olduğu dikkati çekmektedir. Çalışmamızda ailelerin %30.1’i Yeşil Kart, %23.5’i Emekli Sandığı, %22’si Bağ-Kur, %17.3’ü SSK sosyal güvencesine sahiptir. Sosyal güvencesi olan ailelerin oranı %92.9 olup ailelerin %7.1’i ise sosyal güvence kapsamı dışındadır. Ailelerin sosyal güvence sahibi olması sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını etkilemektedir. Çocuk sağlığı için önemli bir sorun olarak sağlık güvencesini konu alan bir araştırma, Diyarbakır’da yaşayan çocukların %62’sinin babasının işsiz olduğunu, %80’ninin ekonomik yetersizlik nedeniyle doktora götürülemediğini göstermektedir(30).

Araştırmamızda ailelerin çocuk sayısı ortalaması 2.1( $\pm$ 1.1) olarak saptanmıştır. Ailelerin % 36.9' u 1, % 33.9' u 2, % 16.4' ü 3 çocuğa ve % 13.3' ü 4 ve daha fazla çocuğa sahiptir. 2003 TNSA verilerine göre yaşayan çocuk sayısı ortalama 1.69' dur(16).

Tablo 4.4' te verildiği gibi araştırmaya alınan bebeklerin % 52.4'ü kız, % 47.6'sı erkektir. Bebeklerin %1.9'unda doğumsal bir hastalık mevcut olduğu tespit edilmiştir. Bebeklerin % 9.9'unun düşük doğum ağırlıklı olarak doğduğu saptanmıştır. 2003 TNSA verilerinde 2500 gr altında doğan çocuk yüzdesi 8'dir(16).

Bebeklerin % 37'si ailenin birinci, %33.4' ü ikinci, % 16.4'ü üçüncü, %13.3' ü ise 4.çocuk yada sonraki sıralarda bulunmuştur.

Bebeklerin kendinden önceki çocukla arasındaki ay farkı incelendiğinde, % 31.1' inde 24 aydan daha kısa süre, % 68.8' inde ise 24 ay ve daha uzun süre olduğu tespit edilmiştir. 2003 TNSA verilerine bakıldığında doğumların % 27'sinde ara süre 24 aydan daha kısadır(16). Araştırmamızda 2003 TNSA sonuçlarına yakın bir veri elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda çocuğun hastalık ve ölüm riskinin annenin çok sayıda (4 ve üstünde)ve çok sık aralıklarla (24 aydan kısa sürede) doğum yapmasıyla belirgin olarak arttığını göstermektedir( 37).

## **5.2. BEBEKLERİN BESLENMELERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI**

DSÖ bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını, 6 aydan sonra ek gıda ile birlikte emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (17). Tablo 4.5'te görüldüğü gibi bebeklerin % 96.5' inin bir süre anne sütü aldığı % 3.5'inin ise hiç anne sütü almadığı saptanmıştır. 2003 TNSA verilerinde çocukların % 97' sinin bir süre anne sütü aldığı görülmektedir (16). Araştırmamızda bebeklerde sadece anne sütü alma oranı % 28' dir. Anne sütü ile birlikte ek besin alanların oranı ise % 54.5' tir. Bebeklerin % 17.5' i ise sadece ek besin almaktadır. Ok'un (38) bebeklerin beslenmelerinin Büyüme ve gelişmelerine etkisini saptamak amacıyla Malatya'da yaptığı çalışmada bebeklerin %94.2'sinin emzirildiği saptanmıştır.

Bebeklerin doğumdan sonra aldıkları ilk besin sorgulandığında % 81.3'ünün anne sütü, %10.2'sinin hazır mama, %8.5'inin ise şekerli su aldığı belirlenmiştir. Sürücüoğlu ve arkadaşlarının (39) yaptığı çalışmada, çocukların doğumdan sonra % 92.47' sinin anne sütü, % 6.16' sına şekerli su, % 1.37' sine ticari mama verildiği saptanmıştır. Günay ve

arkadaşlarının (40) emzirme durumunu saptamak amacıyla yaptığı çalışmada ilk besin olarak anne sütü alma oranı %81.6 olarak bulunmuştur. Açık ve arkadaşlarının (41) annelerin anne sütü hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla Elazığ'da yaptığı çalışmada; annelerin %30.8'inin doğumdan sonra bebek daha anne sütü almadan önce bebeğe başka besinler verdiği tespit edilmiştir. Annelerde tek başına anne sütü verme süresine etki eden faktörler üzerine yapılan bir çalışmada, doğumdan sonra mama verilmemiş bebeklerin 4. ayda tek başına anne sütüyle beslenme oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır(42). 2003 TNSA verilerine göre ise anne sütünden önce başka bir besin alan çocukların yüzdesi 39.4'tür (16). Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda doğumdan sonra bebeğe ilk olarak verilen besinler farklı oranlarda bulunmuştur. Bölgeler ve şehirler arasında farklılığın nedeni kültürel, sosyal ve ekonomik olabilir.

DSÖ bebeğin doğumdan sonra ilk yarım saat - 1 saat içinde emzirilmesini önermektedir(17). Araştırmamızda emzirmeye başlama zamanı incelendiğinde, bebeklerin %78.4'ünün doğumdan sonra ilk 1 saat içinde, %19.4'ünün ilk bir gün içinde (ilk bir saatten sonra), %2.2'sinin ise birinci günden sonra emzirilmeye başlandığı tespit edilmiştir. Açık ve arkadaşlarının (41) yaptıkları çalışmada; kadınların %51.3'ünün bebeklerini doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirdikleri belirlenmiştir. 2003 TNSA sonuçlarında ilk 1 saat içinde emzirilme oranı %53.9 olarak bulunmuştur(16). Kültürel ve arkadaşlarının (43) anne sütü ile beslenmeyi etkileyen faktörler üzerine yaptıkları araştırmada, emzirmeye geç başlamanın emzirmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu saptanmıştır. Çalışmamızda erkek çocuklarda ilk bir saatte emzirmeye başlama % 83.3, kız çocuklarında ise % 72.8 olarak bulunmuştur. Erkek bebeklerdeki oranın yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu farklılık Türk toplumunda erkek çocuklara verilen önemin daha fazla olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda bebeklerin %95'inin kolostrum aldığı belirlenmiştir. Açık ve arkadaşlarının (41) yaptığı çalışmada kolostrum alma oranı % 92.2'dir. Araştırmamızda bu çalışmaya yakın bulgular elde edilmiştir.

DSÖ sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin günlük emzirme sayısının en az 10 olmasını önermektedir(17). Araştırmamızda sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirme sıklığı ortalama  $8.0 \pm 2.0$ /gün olarak bulunmuştur. Anne sütü alan tüm bebeklerin emzirme sayısı ortalaması ise  $6.9 \pm 2.4$ /gün olarak bulunmuştur. Araştırma

grubumuzda sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde emzirme sayısının DSÖ'nün önerisine göre yetersiz olduğu dikkati çekmektedir.

Erdal ve arkadaşlarının (44) 0 yaş grubunda emzirme durumu saptadıkları araştırmada ilk 6 ayda ek gıdaya başlama oranı %50.6 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda altı aylık ve daha küçük bebeklerin %49.8'ine ek besin başlanmış olduğu ve bu ek besin alan bebeklerden 11 kız bebeğin sadece ek besin aldığı tespit edilmiştir(Tablo 4.2.2). Sadece ek besin alan erkek bebeğin bulunmayışı yine Türk toplumunun erkek çocuğa daha fazla önem vermesinden ve/veya gruplara düşen vaka sayılarının azlığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda sütten kesilen 59 bebeğin % 54.2'sinin 6 aylık ve öncesinde, % 45.8'inin altıncı aydan sonra sütten kesildiği tespit edilmiştir. Sütten kesme zamanı ortalama 5.7 ( $\pm 2.8$ ) aydır. Tuncel ve arkadaşlarının (45) 0-24 aylık çocukların beslenme durumunu tespit ettiği çalışmada, sütten kesilmiş çocukların ortalama sütten kesme zamanı 4.8 ( $\pm 3.6$ ) ay olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada ek gıdaya başlama zamanı 2.0 ( $\pm 2.0$ ) ay olarak bulunmuştur. Araştırmamızda sütten kesme zamanı bebeklerin cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir. Kız bebeklerde daha erken (6 aylık ve öncesinde) sütten kesme, erkek bebeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç toplumumuzda erkek bebeklerin kız bebeklere göre daha fazla önemsenmesi ile açıklanabilir.

Tablo 4.7' te grldğu gibi ek besin başlanan bebeklerin % 80.3' ne 6 aylıktan önce ek besin başlanmıştır. Bebeklerin ek besine başlama zamanı ortalama 3.6 ( $\pm 1.9$ ) aydır. İzmird'e anne sütü epidemiyolojisi ile ilgili yapılan bir çalışmada annelerin % 34.3'ünün ilk 4 ay bebeklerini sadece anne sütü ile besledikleri tespit edilmiştir (46). şahin'in (47) anne sütü ile ilgili çalışmasında ise bu oran % 65.2'dir. Genç ve arkadaşlarının (48) Malatya'da bebek beslenmesi üzerine yaptığı çalışmada ilk 6 ayda sadece anne sütü alan bebek oranı %3.2, Sürücüoğlu ve arkadaşlarının (39) çalışmasında %24 olarak bulunmuştur. 2003 TNSA sonuçlarına bakıldığında ilk 6 ayda sadece anne sütü alma oranı % 10.6'dır (16). Bu farklılık, sağlık ocağı bölgesinin niversite tarafından eğitim ve araştırma bölgesi olarak kullanılmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızdaki bulgular araştırmamıza alınan grupta, anne sütü ile beslenme durumunun DSÖ'nün önerilerinin oldukça gerisinde olduğunu gösterir niteliktedir.

### 5.3. BEBEKLERİN ANNELERİNİN İSHAL HAKKINDAKİ BİLGİLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI

Tablo 4.8’de verildiği gibi bebeklerin annelerinin %14.7’si ishalin tanımını tam ve doğru olarak bilmektedir. 20-24 yaş grubu annelerde, ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde ve çalışan annelerde ishalin tanımını bilme durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışan annelerde ve 20-24 yaş grubundaki annelerde ishalin tanımını bilme oranının yüksek olması, bu gruplardaki annelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasına bağlı olabilir. Hacıhasanoğlu’nun (35) yaptığı araştırmada annelerin %58.7’sinin ishalin tanımını bildikleri bulunmuştur. Tokalak; (49) annelerin ishal konusuna ilişkin bilgi ve uygulamalarını saptamaya yönelik araştırmasında, genç annelerin ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin ishali daha iyi tanımlayabildiklerini ortaya koymuştur. Araştırmamızda annelerin ishalin tanımını bilme durumuna göre bebeklerde ishal görülme durumu arasında anlamlı bir farkın bulunmayışı, annelerin ishalin tanımını bilmesine karşın ishale ilgili bilgi eksiklerinin olduğunu akla getirmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin annelerinin ishalin nedenlerini bilme durumu incelendiğinde (Tablo 4.9); sadece on anneden birinin (%9) ishalin nedenlerini bildiği, yarısından fazlasının (%54.5) ise bilmediği, ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde ishalin nedenlerini bilme durumunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin yaşının ve çalışma durumunun ise ishalin nedenlerini bilme durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. İshalin nedenlerini bilen annelerin bebeklerinde ishal oranının anlamlı olarak düşük bulunması, bu annelerin ishale karşı bebeklerini koruyabildiklerini göstermektedir.

Tablo 4.10 incelendiğinde annelerin %13.5’inin ishalin çocuğa verebileceği zararları bildiği, %25.8’inin ise hiç bilmediği görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi annelerin aldıkları eğitim ishalin zararlarını bilme durumunu etkilemektedir. İlköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde zararları bilme anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

İshal, çocuğun hastalık süresince yeterince beslenememesine neden olarak beslenme durumunu etkiler (26). Bu nedenle annelerin ishal sırasında bebeklerini nasıl beslemeleri gerektiğini bilmeleri önemlidir. Tablo 4.11’de annelerin %14’ünün ishale bebeğe verilmesi gereken besinleri bildiği, %68.2’sinin ise bilmediği görülmektedir.

Hacıhasanoğlu'nun (35) çalışmasında ishal sırasında çocuğa verilmesi gereken ek besinleri bilme oranı %35.7 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde bu besinleri bilme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Annelerin ishalde verilmemesi gereken besinleri bilme duruma bakıldığında (Tablo 4.12) ise annelerin sadece %7'sinin bu besinleri bildiği görülmektedir. Aynı şekilde ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitim alan annelerde verilmemesi gereken besinleri bilme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kadının eğitim düzeyinin çocuklarda ishal konusunda sorulan sorulara doğru yanıt vermeyi büyük oranda etkilediği görülmektedir. Gaziantep il merkezinde düşük ve orta sosyoekonomik düzeyli bölgelerde evli kadınların ishal konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesini amaçlayan bir çalışmada ishal konusunda doğru bilgiye sahip olmayı en çok kadının eğitim düzeyinin etkilediği bulunmuştur(50). Bu veriler bize annelerin ishal konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını, mevcut bilgilerinin de tutuma veya davranışa yansımadığını göstermektedir. Araştırmamız kapsamına alınan bebeklerin annelerin bilgi düzeylerinin, yapılan diğer çalışmalar ile bu denli farklı bulunmasının nedeni; kültürel, sosyal ve ekonomik farklılıklar ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin %47.4'ü ishalle ilgili bilgi aldıkları; bu annelerin % 47.5' inin doktordan , % 40.5 ' inin ebe- hemşireden , % 12.0 'sinin diğer kaynaklardan bilgi aldığı tespit edilmiştir. Annelerin çoğunluğunun (%88) bilgi aldığı kaynak sağlık personelidir. Tümer ve Uysal'ın (51) Muğla'da 0-5 yaş grubu çocuğu olan anneler üzerinde yaptığı çalışmada; annelerin %66'sının ishalle ilgili bilgi aldığı, bilgi kaynakları arasında ilk sırada hekimlerin olduğu, bunu hemşire ve ebelerin izlediği belirlenmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (36) yaptığı çalışmada ise annelerin %35.9'unun ebeden, %17.6'sının doktordan bilgi aldığı saptanmıştır. Araştırma bulgularındaki bu farklılıklar, çalışmaların farklı zamanlarda, farklı bölgelerde yapılmış olmasına ve verilen sağlık hizmetinin kalitesine bağlı olabilir.

Günümüzde anne sütü ile beslenmenin ishal morbiditesi ve mortalitesini azalttığı bilinmektedir(12). Araştırmamızda bebeklerin annelerinin tamamına yakını (%99.1) "bebek ishal olduğunda anne sütü verilir" ifadesinde bulunmuştur. Annelerin yine tamamına yakını (%98.8) "bebeğe su verilir" ifadesinde bulunmuştur. Baykan ve Maral'ın çalışmasında; annelerin %91.1'inin çocuk ishal olduğunda daha fazla sıvı



vermek gerektiğini, %82.3'ünün emzirmeye devam etmek gerektiğini bildiği saptanmıştır(52). Çetinkaya ve arkadaşlarının (36) çalışmasında annelerin %13.3'ü ishal durumunda bebeğe anne sütü verilmemesi gerektiğini belirtmiştir. Tümer ve Uysal'ın (51) çalışmasında ishalleri bebeğe anne sütü ve sıvı verilmesi gerektiğini belirten annelerin oranı sırasıyla %65 ve %79.5'tir. Gaziantep'te yapılan çalışmada emziklilik döneminde ishal olan çocuğa anne sütünün kesilmemesi gerektiğini bilenlerin oranı %65 olarak bulunmuştur(50). Çalışmamızda ki oranların diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının nedeni; bölgenin eğitim ve araştırma bölgesi olması ile açıklanabilir.

#### **5.4. BEBEKLERDE İSHAL GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI**

Akut ishal iklimi sıcak ülkelerde daha yaygındır. Dolayısıyla ishal olgularının yaz aylarında sık görülmesi beklenen bir bulgudur(2). Araştırma grubuna alınan 422 bebeğin 168'inin yaz aylarında en az bir kez ishal geçirdiği tespit edilmiş olup, 3 aylık ishal morbiditesi %39.8'dir. Eylül ayı ishal prevalansı ise %16.6 olarak belirlenmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (36) Kayseri'de Ağustos ayında 0-36 aylık çocuklarda yaptığı bir çalışmada son üç aylık ishal morbiditesi %43.3 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada 0-12 aylık çocukların %43.3'ünün ishal geçirdiği ve ishal epizodu ortalaması  $1.19 \pm 3.10$  olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ishal epizodu ortalaması  $2.1 \pm 1.0$  olarak tespit edilmiştir. Antalya'da bebeklik dönemi ishal insidansını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ishal insidansı 2.76 episod/bebek yıl olarak bulunmuştur(53). Diyarbakırda 0-6 yaş grubu çocuklarda ishallerle ilgili yapılan çalışmada akut ishal sıklığı % 53.36 bulunmuştur(54). Şanlıer ve AYTEKİN'in (55) sıfır üç yaş grubunu aldığı çalışmada; son bir ayda ishal olan bebeklerin oranı %35.8 olarak bulunmuştur.

Yapılan çeşitli çalışmalarda gerek gelişmekte olan ülkelerde gerekse gelişmiş ülkelerde ishal için benzer risk faktörleri bulunmuştur. Bunlar çeşitli kişisel, sosyal, çevresel ve nutrisyonel faktörlerdir(12). Araştırmamızda bebeklerin annelerinin yaşına, eğitim durumuna göre ishal görülme durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hacıhasanoğlu'nun (35) çalışmasında annenin yaşı ve eğitim durumunu ile bebeğin ishal olma durumu arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (36) yaptığı çalışmada annenin eğitim düzeyi, annenin yaşı ve kaçınıcı çocuk olduğu ile çocukta ishal görülmesi arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.

Aynı çalışmada; ev hanımı olan annelerin çocuklarında çalışan annelerin çocuklarına göre, kırsal kesimde yaşayan çocuklarda kentsel kesimde yaşayan çocuklara göre ishal görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ev hanımı olan annelerin bebeklerinde ve kırsal kesimde yaşayan bebeklerde ishal morbiditesi daha yüksek gibi görünse de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışmalar arasında geçen süre ve araştırma gruplarının farklı sosyo-kültürel yapıya sahip olması ile açıklanabilir. Çalışmamızda ailelerin yaşayan çocuk sayısının bebeklerde ishal görülme durumunu etkilemediği saptanmıştır. Baykan ve Maral'ın (52) Ankara'da yaptığı ishalle ilgili çalışmada çocuğun doğum sırası ile ishal olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı vurgulanmıştır.

Ailelerin ekonomik durumuna göre ishal görülme durumu incelendiğinde; ailenin ekonomik durumu kötüleştikçe ishal görülme oranının arttığı saptanmıştır. Yoksulluğun bebek ve çocuk ölümleri üzerine etkisi; yetersiz beslenme, infeksiyon hastalıklarının yaygınlığı, temiz içme suyu ve kişisel hijyen sorunu, kalabalık aile yaşamı ve sigara içimi olumsuz ev içi fiziksel ortam gibi faktörlere bağlıdır (30).

Tablo 4.15'te sunulan bulgulara göre kız bebeklerde ishal görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çetinkaya ve arkadaşlarının (36) çalışmasında erkek çocuklarda kızlara göre ishal morbiditesi daha yüksek bulunmuştur. Baykan ve Maral'ın (52) çalışmasında ise cinsiyetle ishal olma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hacıhasanoğlu'nun (35) çalışmasında da bebeğin cinsiyeti ile ishal olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Bulgularımız Baykan ve Maral'ın (52) çalışması ve Hacıhasanoğlu'nun (35) çalışmasının bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Tablo 4.16'da görüldüğü gibi bebeklerin, önceki çocukla arasındaki ay farkına göre ishal görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Düşük doğum ağırlığı (2500 gram altı) özellikle gelişmekte olan ülkelerde ishal mortalitesini arttıran faktördür. Ayrıca düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebeklerde ishal daha uzun sürmektedir(12). Bizim çalışmamızda DDA'lı bebeklerde ishal görülme oranı %53.7 olarak bulunmuş ve DDA'lı bebeklerde normal doğum ağırlığına sahip bebeklere göre ishal morbiditesinin anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir(Tablo 4.18).

Doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanan bebeklerde ishal morbiditesi daha geç emzirilmeye başlanan bebeklere oranla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bebeklerin doğumdan sonra çeşitli nedenlerde emzirilmeye geç başlanması, bebeğin erken dönemde ek gıda almasına ve dolayısıyla anne sütünün koruyucu etkisinden yararlanamamasına bağlı olarak ishal açısından risk oluşturduğunu düşündürmektedir(Tablo 4.19).

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi doğumdan sonra ilk besin olarak anne sütü alan bebeklerde mama yada şekerli su verilen bebeklere göre ishal görülme oranı daha düşüktür, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmamızda kolostrum almayan bebeklerde alan bebeklere göre ishal görülme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(Tablo 4.21). Bu durumda kolostrum almayan bebeklerin; DDA’lı olması, anne sütünü hiç almamış olması gibi durumların ishal için riski artıran faktörler olması nedeniyle ishal oranının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalarda, yaşamın ilk altı ayında hiç anne sütü almayanlarda, yalnızca anne sütü alanlara göre ishal insidansı 3.3-5.2 kat daha fazla gözlenmektedir. Yaşamın ilk altı ayında anne sütü ile birlikte her türlü ek gıdayı alan bebeklerde bile hiç anne sütü almayanlar ile karşılaştırıldığında daha az ishal görülmektedir (12). Çalışmamızda halen anne sütü alan bebeklerde hiç anne sütü almayan ve süttün kesilen bebeklere göre ishal morbiditesi anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.17). Nijerya’da yapılan bir çalışmada anne sütü almayan çocuklarda anne sütü alanlara göre daha fazla tekrarlayan ishal olguları olduğu belirlenmiştir (56). Sahip ve Gökçay’ın (57) anne sütüyle beslenmenin süt çocuklarında enfeksiyon hastalıkları üzerine etkisini tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada tam anne sütü ile beslenen bebeklerde gastrointestinal sistem enfeksiyonları için ilk 4, 6 ve 9. aylarda insidans yoğunluğunda %15’lik azalma bulunmuştur. İnal ve arkadaşlarının; (58) çocuğun beslenme şeklinin sağlık durumuna etkisi ile ilgili çalışmalarında, sadece anne sütü alma süresi arttıkça ishal olma sıklığının da anlamlı ölçüde azaldığını saptanmıştır. Çalışmamızda sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde anne sütünün yanında ek besin alan ya da sadece ek besin alan bebeklere göre ishal oranı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo 4.23). Sadece anne sütü alan bebeklerde ortalama ishal epizodu  $1.60 \pm 1.05$ , anne sütü yanında ek besin alan bebeklerde  $2.14 \pm 1.08$ , sadece ek besin alan bebeklerde ise ortalama 2.20

$\pm 1.11$  olarak saptanmıştır. Anne sütü alan bebeklerde ishal epizodu ortalaması daha düşük görünmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.24). Çetinkaya ve arkadaşlarının (36) çalışmasında hiç anne sütü almamış 0-6 aylık çocuklarda ishal görülme ortalaması anne sütü almaya devam eden çocuklara göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.25'te görüldüğü gibi bebeklerin annelerinin ishalle ilgili bilgi alma durumuna göre bebeklerde ishal görülme durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, annelerin aldıkları bilginin yetersiz olduğu ve/veya sahip oldukları bilgiyi tutum ve davranışa yansıtamadıklarını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin ebe tarafından izlenme oranı %97.4 olarak tespit edilmiştir. Tablo 4.26'da görüldüğü gibi ebe tarafından izlenme durumuna göre bebeklerde ishal görülme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak, bebeklerin sadece %27.6'sının izlemlerinin yeterli sıklıkta olması gösterilebilir. Nitekim; izlem sayısı yeterli olan bebeklerde, izlem sayısı yetersiz yada hiç izlenmemiş bebeklere göre ishal oranının anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.27).

Yapılan bazı çalışmalarda dehidratasyonu önlemeye yönelik en önemli tedavi olarak görülen ORS'yi bilen annelerin oranının azlığı dikkat çekmektedir (35,49). Çocukların ishalden korunmasında ve ishale yakalandığında erken dönemde tedavisinin sağlanmasında annelere önemli görevler düşmektedir. İshalde vücutta sıvı ve elektrolit kaybı oluşmaktadır. Sıvı kaybı sonucu oluşan dehidratasyon önlenmezse çocukta ölüme yol açabilir (59). Araştırmamızda ishal olan 168 bebeğin %65.5'inin doktora götürüldüğü belirlenmiştir. Diyarbakır'da yapılan çalışmada çocukların çoğunun ishalleri dönemde herhangi bir sağlık kuruluşuna geç getirildiği hatta bazen hiç getirilmediği belirlenmiştir (54). Çalışmamızda doktora götürülen bebeklerin %45.2'sine ORS verilmiştir. ORS verilen bebeklerin %89.5'ine hazır paket, %10.5'ine evde karışım hazırlanarak verildiği belirlenmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (36) çalışmasında karışımı evde hazırlayan annelerin oranı %22.1 olarak bulunmuştur. Gürbüz'ün (60) 0-5 yaş grubu ishalleri çocukların epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında ORS verilen bebeklerin oranı 20.7 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ORS'yi evde hazırlayan annelere karışımı nasıl hazırladıkları sorulduğunda ise tamamının karışımı yanlış hazırladıkları saptanmıştır. Annelerin ORS'yi ne sıklıkta

verdiği sorgulandığında ORS verilen 76 bebeğin sadece %22.4'üne doğru sıklıkta (her ishali dışkılamadan sonra) verildiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar annelerin evde ORS karışımını hazırlamada ve bebeğe uygun şekilde verme konusunda yetersiz bilgiye sahip olduklarını, aynı zamanda sağlık personelinin anneleri ORS hakkında yeterince bilgilendirmediklerini düşündürmektedir.

Tablo 4.28'de görüldüğü gibi bazı değişkenlerin ishal görülme durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş; ailenin ekonomik durumu, bebeğin beslenmesi, anne sütü alma durumu ve malnutrisyon görülme durumu en önemli faktörler olarak bulunmuştur.

### **5.5. BEBEKLERDE MALNUTRİSYON GÖRÜLME DURUMU İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI**

Çocukluk döneminde malnutrisyon ile en fazla ilişkili infeksiyon hastalığı ishaldir. Bir ishal epizodu ile birlikte çocuğun aniden ağırlık kaybetmesi görülürken, malnutrisyonlu bir çocuğun daha kolay ishale yakalandığı da gözlenmektedir (12). Araştırmamızda bebeklerin %7.1'inin malnutrisyonlu olduğu tespit edilmiştir. Çakır ve arkadaşlarının (61) 1993 yılında Ankara Yenikent SO bölgesinde yapmış oldukları benzer bir çalışmada ise toplam 106 çocuk arasında malnutrisyon prevalansı %2.8 bulunmuştur. Zeytinoğlu ve arkadaşlarının (61) 1991 yılında Ankara'da yapmış oldukları çalışmada 0-24 aylık 431 çocuk incelenmiş olup malnutrisyon prevalansı %4.0; bu çocuklar içinde 0-6 aylık bebeklerde %3.0, 7-24 aylıklarda %10.0 bulunmuştur. Ayrıca 7-24 aylarda malnutrisyon sıklığı kızlarda (%17) erkeklere (%4.5) göre daha yüksek bulunmuştur. Ergür ve arkadaşlarının (61) 1995 yılında 0-24 aylık çocuklarda yaptığı çalışmada, malnutrisyon prevalansı %2.2 bulunmuştur. Dönmez ve arkadaşlarının (62) Antalya'da 0-59 aylık çocuklarda yaptığı çalışmada yaşa göre ağırlık değerlendirildiğinde %3.8'i malnutrisyonlu olarak bulunmuştur. Van ili kent merkezinde yaşayan beş yaş altı çocuklar üzerinde yapılan diğer bir çalışmada yaşa göre ağırlık değerlendirildiğinde malnutrisyon oranı %9.4 olarak bulunmuştur (63). 2003 TNSA sonuçlarına göre 0-5 yaş çocuklarda yaşa göre ağırlığı 2 SD'nin altında olanların oranı Türkiye genelinde %3.9'dur. Türkiye'nin doğu bölgelerinde bu oran %7.7, batı bölgelerinde %1.9 olarak tespit edilmiştir (16).

Beslenme alışkanlıkları, alım gücünün az olması gibi sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin yanı sıra anne sütünün yetersiz süre alınması, ek gıdalara geç veya yanlış başlanması, bebek ya da çocuğun aldığı besin miktarının yeterli olmasına karşın çeşitli bağırsak hastalıkları nedeniyle besin kullanımının yetersiz olması, akut infeksiyon ve benzeri nedenlerle besin gereksiniminin artmış olması ve düşük doğum ağırlığı gibi diğer faktörler de malnutrisyon için risk faktörüdür (64).

Duru ve arkadaşları (61) tarafından 0-48 aylık çocuklarda yapılmış olan çalışmaya göre; annenin öğrenim durumu azaldıkça malnutrisyon sıklığının arttığı görülmüştür. Bostan'ın (65) 0-48 aylık çocuklar üzerinde Bursa'da yaptığı çalışmada annenin yaşı ve eğitim durumu ile çocuklarda malnutrisyon görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda annenin yaşı ve eğitim durumunun bebeklerinde malnutrisyon görülme durumunu etkilemediği saptanmıştır.

Dünya Gıda ve Tarım Örgütü, bir toplumda beslenme durumunun en önemli belirleyicisinin yoksulluk ve eşitsizlik olduğunu bildirmektedir. Bu nedenle beslenme yetersizliğinde riskli çocuklar, düşük sosyoekonomik durumdaki ailelerin çocuklarıdır (27). Beşer ve arkadaşlarının (66) Aydın'da yaptığı çalışmada kırsal bölgede yaşayan ve sosyo-ekonomik durumu düşük ailelerin çocuklarında malnutrisyonun anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda kırsal bölgede yaşayan ailelerin çocuklarında kentsele göre ve ekonomik durumu kötü olan ailelerin çocuklarında iyi olanlara göre malnutrisyon oranı daha yüksek bulunmuş, ancak gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.30).

Duru ve arkadaşları'nın (61) çalışmasında; kız çocuklarda erkek çocuklara göre daha fazla malnutrisyon bulunduğu (sırayla %35.0, %14.0) saptanmıştır. Bostan'ın (65) çalışmasında kız çocuklarda malnutrisyon görülme sıklığı erkek çocuklara göre fazla bulunmuştur. Çalışmamızda kız çocuklarda malnutrisyon görülme durumu erkek çocuklara göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda ki bu farklılık; çalışmaların farklı zamanlarda, farklı sosyo-ekonomik gruplar üzerinde yapılmış olmasına bağlı olabilir.

Tablo 4.33'te görüldüğü gibi ailelerin yaşayan çocuk sayısına göre malnutrisyon görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bostan'ın (65) çalışmasında da çocuk sayısı ile malnutrisyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Duru ve arkadaşlarının (61) çalışmasında doğum aralığı iki yıldan az olunca malnutrisyon sıklığının arttığı saptanmıştır. Bostan'ın (65) çalışmasında malnutrisyon görülme durumu ile doğum aralığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda önceki çocukla arasındaki ay farkı 24 aydan daha az olan bebeklerde malnutrisyon görülme oranı %12.0, ay farkı 24 aydan daha fazla olan bebeklerde %6.6 olarak saptanmış, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.34).

Tablo 4.35'te görüldüğü gibi bebeklerin doğum kiloları malnutrisyon görülme oranını etkilemektedir. DDA'lı bebeklerde normal doğum ağırlığına sahip bebeklere göre malnutrisyon oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bostan'ın (65) çalışmasında 2500 gr ve altında doğan bebeklerde malnutrisyon görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda bebeklerin doğumdan sonra ilk aldığı besine göre ve ilk emzirilme zamanına göre malnutrisyon görülme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.36 - Tablo 37).

Tablo 4.38'de görüldüğü gibi; malnutrisyon görülme durumu kolostrum almayan bebeklerde alan bebeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum kolostrum almayan bebeklerin; DDA, anomalilerin olması, doğuma bağlı travmalar vb nedenlerle anne sütünü hiç alamamış ya da geç almaya başlamış bebekler olması ve kolostrum almasına engel olan bu nedenlerin aynı zamanda malnutrisyon için risk oluşturmasıyla açıklanabilir.

Anne sütü 6. aydan sonra tek başına yetersiz kaldığı için ek gıdalara başlanması gerekmektedir. Bu nedenle 6. aydan sonra sadece anne sütü ile beslenen çocuklarda da malnutrisyon bildirilmektedir (33). Çalışmamızda 6 aydan önce ek besine başlanan bebeklerde malnutrisyon oranı %8.6, 6 aylıkken başlananlarda %2.2, 6 aydan sonra başlananlarda ise %20 olarak tespit edilmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.39).

Bebeklik döneminin temel besini olan anne sütünün alınmaması veya yetersiz miktar ya da sürelerde alınması malnutrisyon için zemin hazırlamaktadır (31). Çalışmamızda hiç anne sütü almayan bebeklerde malnutrisyon oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.32). Bostan'ın (65) çalışmasında da hiç anne sütü almamış grupta malnutrisyon oranı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda sadece anne sütü ile beslenmenin

malnutrisyon görülme durumunu etkilediği saptanmıştır. Halen sadece anne sütü alan bebeklerde ek besin başlanmış bebeklere göre malnutrisyon görülme oranının anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.40). Ok'un (38) çalışmasında anne sütü ile beslenmenin büyüme gelişmeyi olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

İnfeksiyon hastalıkları ile beslenme durumu arasındaki ilişki "infeksiyon-malnutrisyon döngüsü" olarak bilinmektedir (13). Çalışmamızda yaz aylarında ishal geçiren bebeklerde malnutrisyon görülme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.41). Bilecen (67) yaptığı çalışmada ishalleri çocukları 6 ay süre ile izlemiş ve malnutrisyon durumunda iyileşme olduğunu saptamıştır.

Duru ve arkadaşları (61) tarafından çalışmada ebe izlem sayısı azaldıkça malnutrisyon sıklığının arttığı görülmüştür. Araştırmamızda ebe izlemi yapılması ile malnutrisyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.42). İzlem sayısının yeterli olup olmaması da malnutrisyon görülme durumunu etkilememiştir (Tablo 4.43). Yapılan izlemlerin etkinliğinde izlem sayısı kadar kalitesi de önemlidir.

Tablo 4.44'te görüldüğü gibi bebeklerde malnutrisyon prevalansını etkileyen bazı değişkenler incelendiğinde; bebeğin doğum ağırlığı, kolostrum alma durumu ve ishal görülme durumu en önemli faktörler olarak bulunmuştur.

Bebeklerde ishal morbiditesi ile beslenme ve büyüme etkileşimini saptamak amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar saptanmıştır;

1. İshal morbiditesi ;

- Ailesinin ekonomik durumu kötü olan,
- DDA'lı,
- Kolostrum almayan,
- Doğumdan sonra emzirilmeye geç başlanan,
- Hiç anne sütü almamış,
- Sadece anne sütü verilmeyip ek besin başlanmış bebeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

2. Bebeklerin %97.4'ü ebe tarafından izlenmiş olup izlem sayıları yeterli olan bebeklerin oranı düşüktür (%27.6). Yeterli sayıda izlenen bebeklerde ishal morbiditesi anlamlı olarak düşük bulunmuştur.



3. İshal olan bebeklerin %65.5'i doktora götürülmüş olup bu bebeklerin %45.2'sine ORS verilmiştir. ORS verilen bebeklerin annelerinin; evde ORS karışımı hazırlama ve ORS'yi bebeğe uygun sıklıkta verme konusunda bilgi eksikliğinin olduğu tespit edilmiştir.
4. Bebeklerde ishal morbiditesini etkileyen değişkenler incelendiğinde; ailenin ekonomik durumu, bebeğin beslenmesi, anne sütü alma durumu ve malnutrisyon görülme durumu en önemli faktörler olarak bulunmuştur.
5. Malnutrisyon prevalansı;
  - Hiç anne sütü almamış,
  - Sadece anne sütü verilmeyip ek besin başlanmış,
  - Kolostrum almayan,
  - Yaz aylarında ishal geçiren,
  - DDA'lı bebeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
6. Bebeklerde malnutrisyon prevalansını etkileyen değişkenler incelendiğinde; bebeğin doğum ağırlığı, kolostrum alma durumu ve ishal görülme durumu en önemli faktörler olarak bulunmuştur.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz;

1. Çocuklarda ishal ve malnutrisyonu önlemek için; toplumun sosyo-ekonomik düzeyinin yükseltilmesi, özellikle kadınlarda eğitim düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar devlet tarafından yapılmalıdır.
2. Sosyo-ekonomik durumu kötü olan ailelerin ebe ve ocak hekimi tarafından tespit edilerek mevcut sosyal yardım kurumlarından yararlanmaları sağlanmalıdır.
3. Sağlık ocaklarındaki ebeler, gebe izlemleri sırasında anne ve çocuk sağlığını yükseltmek için; anneleri ilk bir saat içinde emzirme, ilk besin olarak anne sütünün verilmesi, anne sütü ile beslenmenin ve kolostrum vermenin önemi, ek besine başlama konularında bilinçlendirmeli, aşırı doğurganlığı engellemeye yönelik aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını sağlamalıdır.
4. Anne sütü ile beslenmenin sağlanması açısından tüm hastanelerin bebek dostu hastane olması için girişimlerde bulunulmalı ve bütün doğumların hastanelerde yapılması sağlanmalıdır.

5. İshal morbiditesini düşürmek için; ishalden korunmaya yönelik programlar daha etkin hale getirilmeli ve artırılmalı, bu çerçevede birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin verilebilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Bu bağlamda ebelere önemli görevler düşmektedir.
6. İshali tanımak, korunmak ve doğru girişimde bulunabilmek, dolayısıyla bebek ölümlerini azaltabilmek için ishal ile ilgili anne eğitimine gereken önem verilmelidir. Bunun için ebeler annelere yönelik eğitim programları oluşturmalı; annelere ishali tanıtmalı, bulaşma yollarını, bebeğini nasıl koruyabileceğini, ishal olduğunda nasıl besleyeceğini, evde tedavi yöntemlerini öğretmeli ve özellikle ORS yapımı hakkında bilgilendirmelidir.
7. Çocuğun büyümesinin izlenmesi, malnutrisyonun erken dönemde tespit edilerek çocuğun beslenmesinin düzeltilmesine dolayısıyla ishal ve diğer infeksiyon hastalıklarından korunmasına olanak sağladığından çocuk izlemlerine önem verilmelidir.
8. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan bebek izlemlerin kalitesinin ve etkinliğinin artırılmasına yönelik olarak ebelerin eğitim durumu yükseltilmeli, mevcut ebeler sürekli hizmet içi eğitimden geçirilmeli ve denetimler artırılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin en uç noktasında yer alan ebeler etkin danışmanlık ve izlem hizmetlerini sağladıklarında özelde anne ve çocuk, genelde ise toplum sağlığını yükseltmek açısından önemli bir rolü yerine getirmiş olacaklardır.

## 6. KAYNAKLAR

1. Bryce J, El Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: Can public health deliver? *The Lancet* 2003; 362:159-64
2. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatric 2. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri* 2002;94-489
3. Dünya Sağlık Teşkilatı İshalli Hastalıkların Kontrol Programı. İshalin tedavisi. 1993:1-54
4. Aydın A, Çam H, Fıçioğlu C, Mıkla Ş. Çocuklarda Akut İshaller -I-. Sendrom *1996;8(3):52-58*
5. Bertan M, Özcebe H. Halk Sağlığı. Önemli Bazı Çocuk Sağlığı Sorunları. Ankara 1995:173-185.
6. Kliegman B. Diyare ve malabsorpsiyon : Nelson. *Essentials of Pediatrics. Second Edition. Türkçesi. Nobel Tıp Kitapevleri.* 1996:397-404
7. Thapar N, Sanderson JR, Diarrhoea in Children: an Interface Between Developing and Developed Countries, *The Lancet* 2004;363:641-653
8. Kosek M, Bern C, Guerrant LR. The Global Burden of Diarrhoeal Disease, As Estimated From Studies Published Between 1992 and 2000, *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81(3):197-204
9. Black R, Morris S, and Bryce J. Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year? *The Lancet* 2003; 361:2226-34.

10. World Health Organization. The Epidemiology and Etiology of Diarrhoea. 1998. <http://www.who.int/chd/pub/cdd/meded/1med.htm>
11. Gülden K, Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatipoğlu Yayınları 2000;325-358
12. Etiler N. İshalli Hastalıklar Epidemiyolojisi ve Kontrolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000;9(8):128-129
13. H.Çavuşoğlu, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Ankara 2002:237-246
14. Şafak N. Anne Sütünün İmmünolojik ve Antibakteriyel Özellikleri, Sendrom 1995;7(12):37-42
15. Hendricks KM, Badruddin SH. Weaning recommendations: The scientific basis. Nutrition Review 1992; 125-133.
16. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc: Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması 2003;
17. World Health Organization-UNICEF, Global Strategy For Infant And Young Child Feeding, 2003:5-13
18. Özmert E, Yurdakök K. Çocuk Ve Erişkin Sağlığında Önemli Bir Dönem: Ek Besinlere Geçiş (Weaning), Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 1995; 4: 384-388.
19. Koçoğlu G, Aslan M. Anne Sütü, Sendrom 1997;9(5):90-92
20. Giray H. Anne Sütü İle Beslenme, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13(1):1212-15
21. Baysal A, Beslenme, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 2004:429-472
22. World Health Organization, Evidence For The Ten Steps To Successful Breastfeeding, Geneva 1998:6-31
23. Tokatlı A. Bebeklerde Ek besinlere Geçiş “Weaning” Dönemi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003;12(4):134-136
24. Aydın A, Fıçıcıoğlu C, Çam H, Mıkla Ş. Süt Çocuğu Beslenmesinde Ek Besinler -1- Sendrom 1995;7(2):16-19
25. T.C. Sağlık Bakanlığı, Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, 2002 Ankara

26. Yurdakök M, Çoşkun T. Pediatri, Yeni Bilgiler-Yeni Görüşler, Ankara, Güneş Kitabevi 1995:840-847
27. Etiler N, Velipaşaoğlu S. Çocukluk Döneminde Beslenmenin Değerlendirilmesi: Birinci Basamakta Antropometrinin Kullanımı, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13(2):50-53
28. Physival Status: The Use İnterpretation Of Anthropometry. Report of WHO Expert Committe. WHO Technical Series 1995;854
29. Bozkurt Aİ, Koçoğlu F. Gaziantep İl Merkezinde 0-36 Aylık Çocuklarda Protein Enerji Malnütrisyon Prevalansı. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1999; 28:526
30. Hatun Ş, Etiler N, Gönüllü E. Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46(4):251-260
31. Yoon PW, Black RE, Moulton LH, Becker S. The effect of malnutrition on the risk of diarrheal and respiratory mortality in children < 2 y of age in Cebu, Philippines. American Journal of Clinical Nutrition 1997; 65:10707
32. Cousens S, Nacro B, Curtis V, et al. Prolonged breastfeeding: no association with increased risk of clinical malnutrition in young children in Burkina Faso. Bulletin of the World Health Organization, 1993; 71:71322
33. Brakohiapa LA, Bille A, Quansah E, et al. Yamamoto S. Does prolonged breastfeeding adversely affect a child's nutritional status? The Lancet 1988; 20:4168
34. Öztekin Z. Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi, Ankara 1996:41
35. Hacıhasanoğlu R. Erzurum İl Merkezinde 0-24 Aylık Çocuğa Sahip Annelerin İshal Durumunda Yaptıkları Uygulamalar ve Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 1999
36. Çetinkaya F, Aykut M, Kocagül A. ve ark. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda ishal morbiditesi ve annelerin ishal konusunda bilgi, tutum ve davranışları, Beslenme ve Diyet Dergisi 1994;23(1):7-20
37. Özvarış ŞB, Aile Planlaması, Sağlık ve Toplum 1998,3-4:49-50

38. Ok Ş. Malatya İl Merkezinde Bebeklerin Beslenmelerinin Büyüme ve Gelişmelerine Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 1999
39. Sürücüoğlu MS, Özçelik Ö, Çakıroğlu P. 0-24 Aylık Çocuklarda Beslenme Değerlendirmesi, Sendrom 1996;8(7):76-79
40. Günay İ, Mermer G, Mermer N. ve ark. Kemalpaşa İlçe Merkezinde Emzirme Durumu, II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Program ve Özet Kitabı ss:152, 4-6 Haziran 2003, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
41. Açık Y, Dinç E, Benli S, Tokdemir M. Elazığ İlinde Yaşayan 0-2 Yaş Grubu Çocuğu Olan Kadınların Bebek Beslenmesi ve Anne Sütü Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Uygulamaları. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 1999;8(2):53-62
42. Alikashifoğlu M, Erginöz E, Taşdelen E. Bir Üniversite Hastanesine Devam Eden Annelerde Tek Başına Anne Sütü Verme Süresine Etki Eden Faktörler. Türk Pediatri Arşivi 2000;35(3):148-155
43. Kültürsay N, Şen A, Kurugöl Z, Yenigün A. Anne Sütü İle Beslenmeyi Etkileyen Faktörler: Eğitimle Yalnız Anne Sütü Verme Süresinin Uzatılması, Türk Pediatri Arşivi 1993;28(1):30-35
44. Erdal S, Hacıoğlu S, Temiz S. Küçükçekmece Bölgesinde 0 Yaş Grubu Bebeklerde Emzirme Durumunun 1997-2002 Karşılaştırması, II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Program ve Özet Kitabı ss:150, 4-6 Haziran 2003, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
45. Tuncel EK, DüNDAR C, Canbaz S, Peşken Y. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran 0-24 Aylık Çocukların Beslenme Durumlarının Saptanması, IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, ss:33, 3-6 Kasım 2004, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
46. Kurugöl Z, Kusin N, Yenigün A, Özgür T. İzmir'de Anne Sütü Epidemiyolojisi, Türk Pediatri Arşivi 1994;29(1):30-36
47. Şahin S, Süt çocuğu beslenmesinde Ailelerin tutumları, Gerisindeki Sosyal Faktörler Ve Sonuçlarının İrdelenmesi, Okmeydanı Tıp Dergisi 2003;20(2):34-37

48. Genç M, Güneş S, Pehlivan E. Bebeklerimizi Nasıl Büyütüyoruz?. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1998;5(2-3):169-175
49. Tokalak İ, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Başvuran çocukların Annelerinin İshal Konusuna İlişkin Bilgi ve Uygulamaları, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi,TC.Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara 1999
50. Bozkurt Aİ, Özgür S, Özçırpıcı B. Gaziantep'te Farklı Sosyoekonomik Bölgelerde Yaşayan Evli Kadınların İshal Konusunda Bilgi Düzeyleri , Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1998;23(1):49-54
51. Tümer A, Uysal SD, Annelerin İshale İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları, IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı,ss:134, 3-6 Kasım 2004, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
52. Baykan Z, Maral I. Ankara İli Gölbaşı İlçesinde 0-60 Aylık Çocuğu Olan Annelerin İshal Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Çocukların Son İki Hafta İçindeki İshal Prevalansı, Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2001;10(3):125-132
53. Etiler N, Aktekin MR. Antalya'da Bebeklik Döneminde İshal İnsidansı, Sağlık ve Toplum 2000;10(1):11-14
54. Ertem M, Saka G, Ceylan A, İlcin E. Diyarbakır'da 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Akut İshal, Türk Pediatri Arşivi 1998;33(4):199-204
55. Şanlıer N, Aytekin F, Sıfır Üç Yaş Grubunda Çocuğu Bulunan Annelerin Beslenme Ve İshal Konusunda Bilgi Ve Davranışlarının İncelenmesi, GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2004;24(3):81-100
56. Meremikwu MM, Asinde A.The influence of breastfeeding on the occurrence of dysentery, persistent diarrhoea and malnutrition among Nijerian children with diarrhoea. West African Journal Medicine.1997;16(1):20-3
57. Sahip Y, Gökçay G. Anne sütüyle beslenmenin süt çocuklarında enfeksiyon hastalıkları üzerine etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2002;45:139-147

58. İnal S, Bozkurt G, Erdim L, Çocuğun Beslenme Şeklinin Sağlık Durumuna Etkisi, II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Program ve Özet Kitabı ss:175, 4-6 Haziran 2003, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
59. Kükner S, Teziç T. Çocuklarda İshalli Hastaya Yaklaşım ve Tedavi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1992;1(6): 193-196.
60. Gürbüz T. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesine Başvuran 0-5 Yaş Grubu İshalli Çocukların Epidemiyolojik Açından Değerlendirilmesi,Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri 1999
61. Tezcan S, Ertan AE,Aslan D. Beş Yaş Altı Çocuklarda Malnutrisyon Durumunun Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2003;23(5):420-429
62. Dönmez L,Dedeoğlu N,Aktekin M, Antalya İl Merkezinde Malnutrisyon Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1995;38:363-375
63. Aslan D, Özcebe H, Bilir N. ve ark.Van İli Kent Merkezinde Beş Yaş Altı Çocuklarda Beslenme Ve Malnutrisyon Durumu, The Journal Of The Child, 2004;4(1):16-23
64. Santos JI. Nutrition, infection and immunocompetence, Infect Dis Clin North Am 1994; 8: 24363
65. Bostan M.Ö.Bursa Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçinde 0-48 Aylık Çocuklarda Malnutrisyon Prevalansı Ve Bunu Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.Bursa 1994
66. E Beşer, F Ergin, G Atasoylu, Aydın İl Merkezinde Malnutrisyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı,ss:30, 3-6 Kasım 2004, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
67. Bilecen GA, İshalde Ağızdan Sıvı Tedavisi Uygulamalarının Yaygınlaştırılması ve İshalli Çocukların Beslenmesi Konularında Annelerin Eğitiminin Önemi,Beslenme ve Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1992



# **EKLER**

## EK-1

**BEBEKLERDE İŞHAL MORBİDİTESİ İLE BESLENME VE BÜYÜME  
ETKİLEŞİMLERİ**

Anket No:.....

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

1. Annenin yaşı :.....
  2. Annenin eğitim düzeyi:  
OYD    OY            İlkokul    Orta            Lise            Üniversite
  3. Annenin mesleği:  
Ev hanımı   Memur    İşçi            Esnaf            Diğer
  4. Babanın eğitim düzeyi:  
OYD    OY            İlkokul    Orta            Lise            Üniversite
  5. Babanın mesleği:  
Memur    İşçi    Esnaf    Emekli    Çiftçi    İşsiz    Diğer
  6. Ailenin ekonomik durumu.....
  7. Sosyal güvence:  
Emekli sandığı    SSK    Bağ-kur    Yeşil kart    Sigortasız    Diğer
  8. Yerleşim yeri:    Kentsel            Kırsal
  9. Bebeğin cinsiyeti:    Erkek            Kız
  10. Bebek kaç aylık?.....
  11. Ailedeki çocuk sayısı:.....
  12. Ailenin kaçınıcı çocuğu?.....
  13. Önceki çocukla arasındaki ay farkı.....
  14. Bebeğin doğuştan herhangi bir hastalığı var mı? .....
  15. Bebeğin doğum kilosu: .....
  16. Bebek aşağıdaki besinlerden hangilerini alıyor?
- |               | Alıyor                   | Almıyor                  |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Anne sütü  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. İnek sütü  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hazır mama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ek besin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer.....    |                          |                          |
17. Bebeğin anne sütü alma durumu:  
 Halen alıyor  
 Sütten kesildi  
 Hiç almadı



## ÖZGEÇMİŞ

12.08.1979 yılında İncesu'da doğdu. İlk ve orta eğitimini Kayseri'de tamamladı. 1997 yılında Kayseri Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun oldu. Aynı yıl Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu ebelik bölümüne başladı. 16.09.1998 tarihinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde ebe olarak göreve başladı. 2002 yılında lisans eğitimini tamamlayarak Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına başladı. Sağlık Bakanlığı'ndaki görevinden ayrılarak 09.01.2003 tarihinde Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'nda Araştırma Görevlisi olarak başladığı görevinden 15.04.2005 tarihinde ayrıldı.