

KAYSERİ SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE 0-36 AYLIK ÇOCUKLARDA İSHAL MORBİDİTESİ VE ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Fevziye ÇETİNKAYA*/ Prof.Dr. Mualla AYKUT*/
Dr.Aysel KOCAGÜL**/ Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK*

Ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan ishal akut solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırada yaygın hastalık olarak görülmekte, bebek ve çocuk ölüm nedenleri içerisinde ise ilk sıralarda yer almaktadır. Ağustos 1993'de ikisi kentsel ve altısı kırsal alan olmak üzere 8 sağlık ocağı bölgesinde yapılan bu çalışma kapsamına 1/4 sistematik örnekleme ile 0-36 aylık çocuklardan 721 çocuk alınmış ve çocukların anneleriyle görüşülerek anket uygulanmıştır. Çocukların % 43.3'ü son üç aylık dönem içerisinde en az bir kez ishal geçirmişlerdir. Çocuklarda ishal görülme ortalaması 1.38 ± 2.00 'dir. Kırsal kesimde yaşayan çocuklarda kentsel kesimdekilere göre, erkek çocuklarda kızlara göre ve 25-36 aylık çocuklarda diğer yaş grubundakilere göre son üç aylık dönemde ishal görülme ortalaması daha yüksektir. Tuvaletinde akarsu olmayan, tuvaleti evin dışında olan, evinin yakınında ahır bulunan, evinde şebeke suyu olmayan ve evinde buzdolabı bulunmayan ailelerin çocuklarında ishal daha fazla oranda görülmektedir. Annelerin % 39.1'i ishali tam olarak tanımlayabilmekte, % 91.7'si ishalin öldürücü bir hastalık olduğuna inanmaktadırlar. Çocuğunun ishal olması durumunda annelerin % 96.4'ü bol su verdiğini, % 79.9'u ishal diyeti uyguladığını, % 76.5'i ishal tozu verdiklerini belirtmişlerdir. Annelerin % 13.3'ü ishal başladığında emzirmeye ara vereceklerini belirtmişlerdir. İshal olan çocuğu doktora götüreceğini belirten annelerin oranı ise % 76.4'dür. Annelerin % 16.0'ı da ishal vakası sırasında çocuğa evdeki ilaçları vereceklerini ifade etmişlerdir.

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Ankara Etmesgut Devlet Hastanesi İntaniye Bölümü

GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ve çocuk ölümlerinin nedenleri incelendiğinde, ishaller hastalıklarının bu ülkelerde 5 yaşından küçük çocuklardaki ölümlerin dörtte birinden sorumlu olduğu görülür (1,2). Dünyada her yıl 1.3 milyar dolayında ishal atağı olduğu ve ishallerin yaklaşık 3.2 milyon çocuğun ölümüne yol açtığı bildirilmektedir (2). Ülkemizde de bebek ve çocuk ölümleri içerisinde ishal ilk sıralarda yer almakta olup önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ülkelerde ishal morbidite ve mortalitesini azaltmak amacıyla 1980 yılında başlattığı "İshaller Hastalıkların Kontrolü (IHK) Programı halen ülkemizin de içinde bulunduğu 129 ülke tarafından uygulanmaktadır. Bu programın son hedefi; 2000 yılına kadar Dünya'da 1990 yılındaki ishal mortalitesinin % 50, morbiditesinin ise % 25 oranında azaltılmasıdır (2). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen hedef 1995 yılına kadar ishallerle ilgili ölümleri % 25, ishaller hastalıkları ise % 10 oranında azaltmaktır (4,5).

Bu hedeflere ulaşmada anne ve babaların ishal konusunda bilgilendirilmelerinin büyük önemi olduğu tartışılmaz bir gerçektir. İshallerin önlenmesi konusundaki hedeflere katkıda bulunmak amacıyla planlanan bu çalışmada; seçilmiş olan bölgelerde 3 aylık ishal morbiditesini saptamak, ishal görülme ile sosyo-kültürel nedenler arasındaki ilişkileri belirlemek ve annelerin bu konudaki bilgi, tutum ve uygulamalarını saptamak amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Bu çalışma Ağustos 1993'de Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı ikisi kentsel ve altısı kırsal alanda yer alan 8 sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır. "Çocuk Takip Kartları"ndan 1/4 sistematik örnekleme ile seçilen 0-36 aylık 721 çocuk araştırma kapsamına alınmıştır. Seçilen çocukların evlerine gidilerek anneleri ile görüşülmüş ve 28 soruluk anket formu doldurulmuştur. Çocuğun mutad dışı günde 3 veya daha fazla sulu dışkılaması ishaller hastalık olarak tanımlanıp son 3 aydaki ishal morbiditesi araştırılmıştır. Anket yöntemi sonucunda elde edilen veriler kodlandıktan sonra bilgisayara geçirilmiş ve EPI Info Version 5 programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde Khi kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve varyans analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

0-36 aylık 721 çocuk üzerinde yapılan bu çalışmada çocukların % 57.7'si 0-12, % 23.4'ü 13-24 ve % 18.9'u 25-36 aylık idi. Çocukların % 49.2'si erkek, % 50.8'i kız idi. Araştırma grubundakilerin % 49.9'u kentsel, % 50.1'i kırsal alanda yaşamakta idi. Çocukların annelerinin büyük bir kısmı % 70.2'si 20-29 yaş grubunda olup % 95.6'sı ev hanımı idi. Annelerinin % 66.7'si babaların ise % 56.3'ü ilkökul mezunu idi. Çocukların ailelerinin % 64.9'u 4-6 kişilik ailelerden oluşmakta olup ailelerdeki çocuk sayısı ortalaması 2.27 ± 1.31 'dir. Çocukların % 36.2'si ailenin ilk çocuğu % 32.2'si ikinci ve % 18.0'ı da üçüncü çocuğuydu.

Araştırmaya alınan çocukların araştırma yapıldığı gün itibariyle % 26.4'ünde ishal vardır. Çocukların % 43.3'ü üç aylık dönemde en az bir kez ishal geçirmişlerdir. Bu oran 0-12 aylık çocuklarda % 41.6, 13-24 aylık çocuklarda % 39.1 ve 25-36 aylıklarda % 53.7 olup aradaki fark istatistiki açıdan önemlidir ($X^2 = 7.71$ $p < 0.05$).

Tablo 1: Araştırma Grubuna Alınan Çocukların Yaş Gruplarına Göre Son 3 Ayda İshal Görülme Durumu.

Yaş Grupları (ay)	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$
0-12	416	1.19 ± 1.58
13-24	169	1.28 ± 1.67
25-36	136	2.09 ± 3.10
Toplam	721	1.38 ± 2.00

Tablo 2: Araştırma Grubuna Alınan Çocukların Cinsiyetine Göre Son 3 Ayda İshal Görülme Durumu

Cinsiyet	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$
Erkek	355	1.53 ± 2.28
Kız	366	1.24 ± 1.68

$F = 10.78$ $p < 0.01$

$t = 2.07$ $p < 0.05$

Tablo 1'de görüldüğü gibi çocuklarda ishal görülme ortalaması 1.38 ± 2.00 'dur. Bu ortalama yaş gruplarına göre farklılık göstermekte olup 0-12 aylık çocuklarda 1.19 ± 1.58 , 13-24 aylıklarda 1.28 ± 1.67 ve 25-36 aylıklarda 2.09 ± 3.10 'dur ($p < 0.01$). Çocuğun yaşı ile ishal görülme arasında istatistiki açıdan önemli bir korelasyon vardı ($r = 0.18$ $p < 0.05$). Yaş arttıkça son üç aylık dönemde ishal vakası görülme sayısı da artıyordu.

Tablo 3: Araştırma Grubuna Alınan Çocuklarda Çeşitli Faktörlere Göre Son 3 Ayda İshal Görülme Durumu.

Faktörler	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$	t	p
Yerleşim Yeri				
Kentsel	360	1.13 ± 1.31	t = 3.38	p < 0.01
Kırsal	361	1.63 ± 2.49		
Anne Yaşı (yıl)				
30 ve altı	564	1.38 ± 2.01	t = 0.04	p > 0.05
30'un üstü	157	1.39 ± 2.02		
Anne Eğitimi				
İlkokul ve altı	610	1.43 ± 1.98	t = 1.29	p > 0.05
İlkokul üstü	111	1.15 ± 2.00		
Anne Mesleği				
Ev hanımı	689	1.38 ± 2.01	t = 2.03	p < 0.05
Çalışıyor	32	1.01 ± 0.97		
Baba Eğitimi				
İlkokul ve altı	454	1.40 ± 1.87	t = 0.31	p < 0.05
İlkokul üstü	267	1.35 ± 2.21		
Kaçıncı Çocuk				
İlk	261	1.35 ± 1.97	t = 0.33	p > 0.05
2 ve üzeri	460	1.40 ± 2.02		

Tablo 3'de görüldüğü gibi ishal görülme açısından kentsel alan ve kırsal alanda yaşayan çocuklar arasında önemli bir fark vardır ($p < 0.05$). İshal görülme ortalaması kırsal alandaki çocuklarda daha yüksektir. İshal görülme açısından annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin yaşı ve çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu ile ilgili değişkenlere göre önemli farklılık yoktur. Çalışan annelerin çocuklarında çalışmayan annelerin çocuklarına göre ishal görülme ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4: Araştırma Grubuna Alınan Çocukların Yaşadıkları Konutların Özelliklerine Göre Son 3 Ayda İshal Görülme Durumu

Konut Özellikleri	Olan		Olmayan		t	p
	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$		
Evde Akarsu	626	1.37±2.07	95	1.42±1.49	0.29	p>0.05
Tuvalette Akarsu	391	0.94±0.45	330	1.91±2.40	7.46	p<0.01
Evin İçinde Tuvalet	369	1.03±1.70	352	1.72±2.21	4.69	p<0.01
Evin Yakınında Ahr	245	1.97±2.55	476	1.08±1.57	5.00	p<0.01
Şebeke Suyu	670	1.36±2.00	51	3.64±3.20	5.02	p<0.01
Evde Buzdolabı	650	1.27±1.93	71	2.34±2.36	3.69	p<0.01

Tablo 4'de görüldüğü gibi yalnızca evin içinde akarsu olması ile ishale yakalanma arasında istatistiki açıdan önemli bir fark yoktu ($p>0.05$). Araştırma grubundaki çocukların % 95.9'unun evinde şebeke suyu ve % 4.1'inin de kuyu suyu kullanılıyordu. Çocukların üç aylık dönemde ishale yakalanma ortalaması ile evde kullanılan su arasında önemli bir ilişki vardı. İshal görülme ortalaması kuyu suyu kullanan ailelerin çocuklarında 3.64 ± 3.20 iken şebeke suyu kullananlarda bu ortalama $1.36\pm 2.0'$ dir. Tuvalet içinde akarsu olan ailelerde ishal görülme ortalaması 0.94 ± 0.45 , tuvaletinde akarsu bulunmayanlarda ise 1.91 ± 2.40 olup aradaki fark önemlidir ($p<0.05$).

Tablo 5. Araştırma Grubuna Alınan Çocuklarda Ebe İzlemine Göre Son 3 Ayda İshal Görülme Durumu

Ebe İzlemi	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$
Yapılmış	88	3.49 ± 3.75
Yapılmamış	633	1.09 ± 1.39
$t = 6.00 \quad p<0.01$		

Tablo 6. Araştırma Grubuna Alınan 0-6 Aylık Çocukların Anne Sütü Alma Durumuna Göre Son 3 Ayda İshal Görülme Durumu

Anne Sütü	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$
Halen emiyor	248	0.91 ± 1.39
Hiç emmedi	26	3.07 ± 2.15
6 aydan az emdi	34	1.04 ± 1.17
Toplam	308	$1.12\pm f.$

$F = 16.04 \quad p<0.01$

Araştırma grubuna alınan çocukların % 12.2'si ebeler tarafından izlenmiş olup ebe izlem ortalaması 2.53 ± 2.07 'dir. Tablo 5'de görüldüğü gibi ebe izlemi yapılan çocuklarda ishal görülme ortalaması anlamlı ölçüde düşüktür.

Tablo 7. Araştırma Grubuna Alınan 0-12 Aylık Çocukların Ek Gıdaya Başlama Zamanına Göre Son 3 Ayda İshal Görülme Durumu.

Ek Gıdaya Başlama	n	$\bar{X} \pm S\bar{X}$
Erken	191	1.00 ± 1.33
Zamanında	133	1.05 ± 1.28
Geç	29	1.86 ± 1.46
Toplam	353	1.20 ± 1.58

$F = 2.63 \quad p<0.05$

Tablo 6'da görüldüğü gibi 0-6 aylık çocuklarda hiç anne sütü almayanlarda ishal görülme ortalaması halen emenlere ve 6 aydan az anne sütü alanlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. Tablo 7'de görüldüğü gibi ek gıdaya geç başlayan çocuklarda da ishal görülme ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir.

Annelerin % 39.1'i ishalin ne olduğunu tam olarak biliyor, % 50.8'i yetersiz biliyor ve % 10.1'i ise ishalin ne olduğunu bilmiyordu. İshali tanımlayamayan annelerin tamamı ev hanımı olup, ishali tanımlama açısından 30 yaş altı ve 30 yaş üstü anneler arasında önemli bir fark yoktu ($X^2 = 4.92$ $p > 0.05$). 30 yaş altı annelerin % 40.2'si ishali tam olarak tanımlarken bu oran 30 ve üstü yaş grubu annelerde % 35.0'dır. Kentsel kesimde yaşayan annelerin % 91.7'si ishali tam olarak tanımlarken, kırsal alandakilerin % 32.4'ü tanımlayabiliyordu. Aralarındaki fark istatistiki olarak önemli idi ($X^2 = 22.2$ $p < 0.01$). Yine kadınların eğitim düzeyi ile ishalin tanımını bilme açısından önemli bir fark vardı ($X^2 = 12.43$ $p < 0.05$). İlkokul altı eğitilmiş annelerin % 11.1'i ishalin tanımını bilmezken bu oran ilköğretim üstü eğitilmiş annelerde % 3.6 idi.

Tablo 8. Araştırma Grubuna Alınan Çocukların Annelerinin İshal Görülme Durumundaki Bazı Tutumlarının Yüzde Dağılımı (n:721)

Davranışlar	Evet	Hayır	Bazen
Doktora Götürürüm	76.4	7.9	15.7
Evdeki İlaçları Veririm	16.0	67.2	16.8
Bol Su Veririm	96.4	3.2	0.4
İshal Diyeti Uygularım	79.9	19.9	0.3
İshal Tozu Veririm	76.5	23.1	0.4
Anne Sütü Vermeye Devam Ederim	86.7	13.3	0.0

Tablo 9'da görüldüğü gibi annelerin ishal olan çocuğa anne sütü vermeye devam edeceklerini belirtmeleri açısından annenin yaş grubu, annenin mesleği, annenin eğitimi ve çocuk sayısı gibi değişkenlere göre önemli bir farklılık yoktur. Kentsel alanda yaşayan annelerin daha büyük bir oranı kırsal alandaki annelere göre ishal olan çocuğa anne sütü vermeye devam edeceklerini belirtmişlerdir.

Tablo 9. Araştırma Grubuna Alınan Çocukların Annelerinin İshalli Çocuğa Anne Sütü Verme Tutumlarının Çeşitli Faktörlere Göre Dağılımı.

Faktörler	n	Anne Sütü Veren		χ^2	p
		Sayı	%		
Yerleşim Yeri					
Kentsel	360	322	89.4	$\chi^2 = 4.70$	p < 0.05
Kırsal	361	302	83.7		
Anne Yaşı					
30 ve altı	564	488	86.5	$\chi^2 = 0.01$	p > 0.05
30'un üstü	157	136	86.6		
Anne Eğitimi					
İlkokul ve altı	610	524	85.9	$\chi^2 = 1.08$	p > 0.05
İlkokul üstü	111	100	90.1		
Anne Mesleği					
Ev hanımı	689	593	86.1	$\chi^2 = 2.21$	p > 0.05
Çalışıyor	32	31	96.9		
Çocuk Sayısı					
Bir	223	199	89.2	$\chi^2 = 1.69$	p > 0.05
İki ve üzeri	498	425	85.3		

İshal görülme durumunda çocuğuna ishal tozu veririm diyen annelerin oranı % 76.5'dir. Çocuğa ishal tozu verme açısından annenin kırsal ya da kentsel alanda yaşaması, eğitim düzeyi, yaşı, mesleği ve çocuk sayısına göre önemli bir farklılık yoktu (p>0.05). Çocuğuna ishal tozu veren annelerin % 52.2'si ishal tozunu sağlık ocağından, % 15.6'sı eczaneden, % 11.7'si ebeden aldıklarını ifade ederken, % 22.1'i evde kendilerinin hazırladıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 10. Araştırma Grubuna Alınan Çocukların Annelerinin İshalli Çocuğa İshal Tozu Verme Tutumlarının Çeşitli Faktörlere Göre Dağılımı

Faktörler	n	Anne Sütü Veren		χ^2	p
		Sayı	%		
Yerleşim Yeri					
Kentsel	360	265	73.6	$\chi^2 = 2.55$	p < 0.01
Kırsal	361	285	78.9		
Anne Yaşı (yıl)					
30 ve altı	564	432	76.6	$\chi^2 = 0.01$	p > 0.05
30'un üstü	157	119	75.8		
Anne Eğitimi					
İlkokul ve altı	610	462	75.7	$\chi^2 = 0.08$	p > 0.05
İlkokul üstü	111	89	80.2		
Anne Mesleği					
Ev hanımı	689	524	76.1	$\chi^2 = 0.76$	p > 0.05
Çalışıyor	32	27	84.4		
Çocuk Sayısı					
Bir	223	168	75.3	$\chi^2 = 0.13$	p > 0.05
İki ve üzeri	498	373	74.9		

Tablo 11. Araştırma Grubuna Alınan Çocukların Annelerinin İshalli Çocuğu Doktora Götürme Tutumlarının Çeşitli Faktörlere Göre Dağılımı

Faktörler	n	Doktora Götüren		χ^2	p
		Sayı	%		
Yerleşim Yeri					
Kentsel	360	307	85.3	$\chi^2 = 31.17$	p < 0.01
Kırsal	361	243	67.3		
Anne Yaşı					
30 ve altı	564	427	75.7	$\chi^2 = 0.34$	p > 0.05
30'un üstü	157	123	78.3		
Anne Eğitimi					
İlkokul ve altı	610	458	75.1	$\chi^2 = 2.74$	p > 0.05
İlkokul üstü	111	92	82.9		
Anne Mesleği					
Ev hanımı	689	525	76.2	$\chi^2 = 0.06$	p > 0.05
Çalışıyor	32	25	78.1		
Çocuk Sayısı					
Bir	223	174	78.0	$\chi^2 = 0.41$	p > 0.05
İki ve üzeri	498	376	75.5		

Çocuğunun ishal olması durumunda annelerin % 76.4'ü doktora götüreceklerini ifade etmişlerdir. Kentsel alanda yaşayan annelerin % 85.3'ü ishal olan çocuğu doktora götüreceklerini belirtirken bu oran kırsal alanda yaşayan annelerde % 67.3 ile önemli ölçüde düşüktür. İshalli çocuğu doktora götürme tutumu açısından annenin eğitim düzeyi, yaşı, mesleği ve çocuk sayısı arasında önemli bir fark yoktur. Annelerin % 16.4'ü ishal olan çocuğa evdeki ilaçları verdiklerini belirtmişlerdir.

Annelerin % 88.9'u ishalin öldürücü bir hastalık olduğuna inandıklarını belirtirken, % 9.7'si ishalin öldürücü olduğuna inanmadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların % 1.4'ü ise bilmediklerini ifade etmişlerdir. Kentsel alanda yaşayan annelerin % 91.7'si ishalin öldürücü bir hastalık olduğunu belirtirken bu oran kırsal alanda yaşayan kadınlarda % 85.9'du ($\chi^2 = 9.25$, p<0.05). Annenin eğitim düzeyi ile ishalin öldürücü bir hastalık olduğuna inanma arasında önemli bir ilişki vardı ($\chi^2 = 11.57$, p<0.05). Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan annelerin % 11.2'si ishal öldürücü değildir derken, bu oran eğitim düzeyi ilkokul üstü olan ailelerde yalnızca % 1.8'dir. İshalin öldürücü olup olmadığı ile ilgili olarak verilen cevaplar annenin yaş gruplarına göre farklılık göstermiyordu ($\chi^2 = 3.54$, p<0.05)

Annelere ishal ile ilgili bilgileri nereden aldıkları sorulduğunda % 35.9'u ebeden, % 17.6'sı doktordan, % 33.3'ü televizyon ve radyodan, % 8.0'ı aile büyüklerinden, % 2.2'si komşudan ve % 3.0'ı kitap ve gazeteden cevabını vermiştir.

TARTIŞMA

İshalli hastalıklar gelişmekte olan ülke çocuklarında gelişmiş ülke çocuklarına göre daha sık görülmekte, daha ciddi seyretmekte ve daha çok ölümlere neden olmaktadır (1). Bu nedenle koruyucu hekimlik günümüzde ishalleri hastalıklar konusunda önem ve önceliğini muhafaza etmektedir.

Araştırma grubuna alınan 721 çocuktan 190'ında araştırma esnasında ishal vakası tesbit edilmiş olup ishal görülme sıklığı % 26.4'dür. İstanbulda yapılan bir çalışmaya göre 0-4 yaş grubu 268 çocukta 2.5 aylık dönemde ishal görülme oranı % 66.1'dir (6). Araştırma grubundaki çocuklarda üç aylık dönemde ishal morbiditesi % 43.3 olup ishal görülme ortalaması 1.38 ± 2.00 'dir. Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı her çocuğun yılda yaklaşık 1-2 kez ishal olduğu bildirilmektedir (7). Ülkemizde Ağustos 1988'de yapılan bir araştırma ishallerin en yoğun olduğu yaz aylarında 5 yaşından küçük çocukların % 24'ünde son 15 gün içinde ishal görüldüğü, bu oranın en sık Orta Anadolu bölgesinde (% 28) en az sıklıkta ise Kuzey Anadolu bölgesinde (% 14.6) olduğu saptanmıştır (8). Adana İli'nde yapılan çalışmaya göre 15 günlük ishal morbiditesi % 19.2'dir (9). Ağustos ayında Adıyaman'da yapılan çalışmada da son 15 günlük ishal görülme sıklığı % 32.4'dür (10).

İshal görülme sıklığı kişinin yaşı, yaşadığı yer, toplumun sosyo-ekonomik düzeyi, kültürel özellikler ile ilişkili olarak değişebilmektedir. Araştırma bulgularına göre erkek çocuklarda kızlara göre, kırsal kesimde yaşayan çocuklarda kentsel kesimdekilere göre ve ev hanımı olan annelerin çocuklarında çalışan annelerin çocuklarına göre ishal morbiditesi daha yüksek bulunmuştur. Annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, annenin yaşı ve kaçınıcı çocuk olduğu ile çocukta ishal görülmesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 2, Tablo 3).

Temiz içme suyu temin edilememesi, evlerin akarsu ve sağlıklı tuvalet gibi hijyenik koşullarda, yoksun olması, temizlik kurallarına dikkat edilmemesi, çocuğa bakan kişilerin hijyen bilgisinden yoksun oluşu her yaş grubunda özellikle çocuklarda ishallerin oluşmasını kolaylaştıran risk

faktörleridir (1, 11). İstanbul İli'nde yapılan çalışmada yaz aylarında kontamine su içen ve kullanan çocuklarda ishali hastalıkların temiz su içen ve kullananlara göre 4.17 kat daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (12). Bu çalışmaya göre de bu olumsuzlukların daha fazla olduğu kırsal kesimde ishal görülme oranı yüksek bulunmuştur. Tuvaletinde akarsu bulunmayan, tuvaleti evin dışında olan, evinin yakınında ahır bulunan, şebeke suyu kullanmayan ve evinde buzdolabı olmayan çocuklarda da ishal görülme ortalaması anlamlı ölçüde yüksekti (Tablo 3, Tablo 4).

İshalden ölümleri ve ishal görülmesini etkileyen en önemli faktörlerden birisi anne sütüdür. Bu nedenle ishal sırasında beslenmeye özellikle bebeklerde anne sütüne devam edilmesinin sağlanması çok önemlidir. Anne sütü ile beslenen çocuklarda genellikle ağır ishal görülmez ve anne sütü almaya devam eden ishali çocukta ağır dehidratasyon gelişmesi de nadirdir. 4-6 ay sadece anne sütü alan bebeklerde ishale bağlı ölümler 14 kez daha az görülmektedir (7). Brezilya'da yapılan bir çalışmanın sonucuna göre tek başına anne sütü alan bebeklerin ishalden ölme riski, kısmen anne sütüyle beslenen bebeklerin ishalden ölme riskinin üçte biri ya da dörtte biri kadardır (7). Hindistan'da yapılan çalışmalarda ise yine benzer bulgular elde edilmiştir (7). Bu çalışmada da hiç anne sütü almamış olan 0-6 aylık çocuklarda ishal görülme ortalaması anne sütü almaya devam eden çocuklara göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Annelerin % 86.7'si çocuğun ishal olması durumunda anne sütü vermeye devam edeceklerini belirtmişlerdir.

İshal olan çocuğa Ağızdan Sıvı Tedavisi (AST) uygulaması ishali en önemli komplikasyonu olan dehidratasyonu önlemek için basit bir uygulamadır. AST sayesinde her yıl bir milyon çocuk ölümü önlenmektedir (13). Anne ve babaların düşük maliyetli ve kolay uygulanabilir bu yöntemi kullanmalarının mümkün kılınması halinde her yıl ishal nedeniyle ölen 4 milyon çocuğun yaklaşık % 70'inin kurtarılacağı tahmin edilmektedir (14). Çocuğunun ishal olması durumunda ishal tozu verdiklerini belirten annelerin oranı % 76.9'dur. İshal tedavisinde önemli etkenlerden biri olan ishal diyeti uygulaması ile ilgili olarak annelerin % 79.9'u ishal diyeti uyguladıklarını belirtmişlerdir.

İshali arttıracığı endişesi ile çocuğa su ve sulu besinler verilmemesi dışkıyla kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konmamasına yol açmaktadır. İstanbul'da bebek ölümlerine ilişkin yapılan bir çalışma ishal nedeni ile meydana gelen ölümlerin tüm ölümler içinde % 5.6 civarında olduğunu

göstermektedir (12). İshalli çocuğa yiyecek ve sıvı vermeme şeklindeki yanlış uygulamalar bu ölümlerin meydana gelmesinde önemli rol oynamaktadırlar. İshal olan çocuğa bol su veririm diye belirten annelerin oranının% 96.4 olması annelerin büyük çoğunluğunun böyle bir yanlış düşünceden kurtulmuş olduklarını göstermektedir. Ülke çapında yapılan bir çalışmaya göre annelerin % 46.8'i ishal vakası sırasında çocuğa sulu gıda vermeyi sürdürdüklerini, % 44'ü verdikleri sulu gıda miktarını arttırdıklarını beyan etmişlerdir. Annelerin yalnızca % 1.9'u ishal sırasında katı gıdaya, % 0.6'sı da sıvı gıdaya ara verdiklerini ifade etmişlerdir. Bu arada bebeklerini emzirmekte olan annelerin % 6'sının ishal başladığında emzirmeye ara verdiklerini söylemişlerdir (8). Bu çalışmaya göre de ishal olan çocuğa anne sütü vermeyeceklerini belirten annelerin oranı % 13.3'dür.

İHK için ülke çapında 1986 yılında başlatılan program, ishal sırasında çocuğa evde bulunabilen uygun sıvı ve yiyeceklerin verilmesi, verilen sıvıların artırılması ve beslenmenin sürdürülmesi konularında halkın eğitilmesi üzerinde yoğunlaştırılmıştır. Araştırma grubuna alınan çocuklarda ebe tarafından izlenenlerde ishal görülme ortalamasının diğerlerine göre anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmüştür. Ancak çocukların büyük bir kısmının % 87.8'inin ebeler tarafından izlenmemiş olması eğitim hizmetlerinden ailelerin yararlanamadığını göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya alınan 0-36 aylık 721 çocuktan 312'si (% 43.3) Ağustos, Eylül ve Ekim aylarını içeren 3 aylık dönem içerisinde en az bir kez ishal geçirmiş olup çocuklarda ishal görülme ortalaması 1.38 ± 2.00 'dir. Bu ortalama 25-36 aylık çocuklarda diğer gruplara göre, erkek çocuklarda kızlara göre, kırsal kesimde yaşayan çocuklarda kentsel kesimdekilere göre, çalışmayan annelerin çocuklarında çalışan annelerin çocuklarına göre anlamlı ölçüde yüksektir. Yine aynı şekilde evinde şebeke suyu olmayanlar çocuklarda, evin içinde tuvaleti olmayanlarda, evinde buzdolabı olmayanlarda ve evinin yakınında ahır bulunan çocuklarda diğerlerine göre ishal görülme ortalaması daha yüksektir. Ebe tarafından izlenen çocuklarda da bu ortalama izlenmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Hiç anne sütü almayan 0-6 aylık çocuklarda 3.07 ± 2.15 olan ishal görülme ortalaması halen emmekte olanlardaki 0.91 ± 1.39 olan bu ortalamaya göre önemli ölçüde yüksektir. Ek gıdaya geç başlayan annelerin çocuklarında da ishal görülme

ortalaması ek gıdaya erken ya da zamanında başlayanlara göre daha yüksektir.

Çocuğunun ishal olması durumunda annelerin % 76.4'ü doktora götüreceklerini belirtmişlerdir. Annelerin % 16.0'ı ishal olan çocuğa evdeki ilaçları vereceğini belirtmişlerdir. İshal olan çocuğa bol su veririm diyen annelerin oranı % 96.4, ishal diyeti uyguladığını diyenlerin oranı % 79.9, ishal tozu veririm diyenlerin oranı % 76.5'7 dir. Annelerin % 86.7'si ishal olan çocuğa anne sütü vermeye devam edeceklerini ifade ederken % 13.3'ü ishal başladığından anne sütü vermeye ara vereceklerini ifade etmişlerdir.

Sonuç olarak ishale neden olan faktörlerin düzeltilmesi hene kadar toplumun sosyo-kültürel kalkınması ile mümkün olacaksa da bu faktörlerin kişisel olarak düzeltilebileceğinin annelere öğretilmesi önem taşımaktadır. Annelere ishalin öldürücü bir hastalık olduğu, anne sütünün ishale karşı koruyucu etkisi, ishalin bulaşma yolları ve ishal tedavisi, ishal olmuş bir çocuğa AST verilmesi ve hekime başvurulması gerektiğinin öğretilmesi gerekmektedir. Bu önlemlerin ailelere özellikle annelere öğretilmesi ile ishallerin sıklığının azaltılması sağlanabilir. Tüm sağlık personeli her fırsatta bu önlemleri çevresindekilere öğretmek ve benimsetmek konusunda çaba safetmelidir.

SUMMARY

THE MORBIDITY OF DIARRHOEA IN 0-36 MONTHS CHILDREN IN KAYSERİ HEALTH DISTRICT AREA AND THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOUR OF MOTHERS ABOUT DOARRHOEA

Çetinkaya, F., Aykut M., Kocagül, A., Öztürk, Y.

Diarrhoea, which is an important public health problem is the second most prevalent disease following acute respiratory infections and the most important cause of infant and the child deaths in Turkey. This study was performed in two urban and 6 rural health centre areas on August 1993. 721 children aged between 0 and 36 months were chosen by 1/4 systematic sampling. The data was collected by questionnaires through personal interviews with mothers. 43.3 % of the children had had diarrhoea during the last three months and the mean number of cases of diarrhoea was 1.38 ± 2.00 . The mean number of diarrhoea cases were high in rural areas

children with those in urban areas. This number was higher in males than females and also it was higher in children aged 25-36 months than the other age groups. The morbidity of diarrhoea was higher in the children who had no tap water in their house, no toilet in their house and also no tap water in their toilet and had a barn near their house. The morbidity was also higher in children having no refrigerator in their house. Among mothers surveyed 39.1 % of them described diarrhoea correctly and 91.7 % of them believed that diarrhoea is a fatal disease. 96.4 % of the mothers stated that they increased the amount of liquid they usually gave, 79.9 % of them stated that they had given a special diets for diarrhoea, 76.5 % of them stated that they had given Oral Rehydration Solution. The proportion of mothers who stated that they would bring the children to the doctor with diarrhoea was 76.4 % and 16.0 % of them said that they would give the drugs that were already present at home. 13.3 % of the mothers indicated that they stopped breast feeding when diarrhoea started.

KAYNAKLAR

1. WHO: Programme For The Control of Diarrhoeal Diseases. Eighth Programme Report. 1990-1991, WHO/CDD/92.38.
2. WHO: Readings on Diarrhoea. Student Manual, 1992, Geneva.
3. UNICEF: Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Yeniçağ Matbaası, Ankara 1991.
4. Haznedaroğlu D: Sağlık Bakanlığı İshalli Hastalıkların Kontrol Programı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2(8), 1993.
5. National Plan of Action For The Control of Diarrhoeal Diseases in Turkey 1986-1992. MOHSA and the UNICEF, Ankara, September, 1992.
6. Akman N, Güray Ö: İstanbul-Avcılar Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-4 Yaş Grubu Çocuklarda İshalli Hastalıkların İkişer Haftalık İnsidans Hızları ve Bu Hastalıkların Görülüşünde İçme ve Kullanma Suyu Kirliliğinin Önemi. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni, 11:18-23:1990.
7. WHO/UNICEF: 1990'lı Yıllarda Bebeklerin Anne Sütüyle Beslenmesi. Unicef, 1991.
8. Hacettepe University İnstitute of Population Studies: 1988 Turkish Population and Health Survey, Ankara, 1989.
9. Bozdemir N, Akın L, Sargın C: Adana İlinde İshal Morbiditesi. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni, 10:13-18, 1989.
10. Bozdemir N, Sargın C: Adana İlinde İshalin Kontrolü Programının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Dergisi, C:3, Adana 1988.

11. Esrey S.A: Feachem RG, Houghes JM: "Interventions For The Control Of Diarrhoeal Diseases Among Young Children: Improving Water Supplies and Excreta Disposal Facilities" Bulletin of the World Health Organization 63(4): 757-772, 1985.
12. Aksakoğlu G: Expanded Programme on Immunization in Primary Health Care on Child Survival and Development Programme. Unicef, Ankara, 1984.
13. UNICEF: Dünya Çocuklarının Durumu 1994.
14. Brodey A: İshale Bağlı Dehidratasyon Hala Öldürücü mü, Toplum Hekimliği Bülteni Özel Ek, Yıl 10 Nisan 1989.