

ARAŞTIRMA

YOKSULLUĞUN 1-4 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA HASTALANMA SIKLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ*

Nazan GÜRARSLAN BAŞ**

Belkıs KARATAŞ***

Alınış Tarihi: 25.09.2012

Kabul Tarihi: 01.04.2013

ÖZET

Amaç: Araştırma, Yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocukların hastalanma sıklığı üzerine etkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Muş ili sınırları içinde sosyoekonomik düzeyi en düşük olan Yeşilyurt Mahallesi ve sosyoekonomik düzeyi en iyi olan Kültür-2 Mahallesinde ikamet eden 1-4 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ve düşük olan mahalleler arasında hastalanma sıklığı bakımından %30'luk bir fark olacağı kabul edilerek, formülle hesaplanmış 260 çocuk oluşturmuştur. Anket formları 1-4 yaş grubu çocuğu olan annelere ev ziyareti yapılarak, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, sayı, yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %16.9'unun yılda 3 kez kulak enfeksiyonu, %20.9'unun 5 kez ve daha sık ishal-kusma, %19.5'inin 5 kez ve daha sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise, %89.3'ünün yılda 1 kez kulak enfeksiyonu, %62.9'unun 1-2 kez ishal-kusma, %90.0'nünün ise yılda 1-2 kez idrar yolu enfeksiyonu geçirdikleri tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan çocukların, daha fazla ve daha sık hastalandıkları tespit edildiğinden, ebe/hemşirelerin özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde yaşayan çocukları belirleyerek sık takip etmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk; yoksulluk ve sağlık; yoksulluk ve çocuk; hemşire.

ABSTRACT

The Effects of Poverty on the Frequency of Illness in Children Aged 1-4 Years

Objective: This research was made as a descriptive study for the purpose of examining the effects of poverty on the frequency of illness in children aged 1-4 years.

Method: The research population was comprised of children aged 1-4 who lived in Yeşilyurt Subdivision, which has the lowest socioeconomic level in Muş province, and in Kültür-2 Subdivision, which has the highest socioeconomic level. The research sample was comprised of a total of 260 children who were chosen by using a formula that assumed that there would be a difference of 30% based on frequency of becoming ill between the high and low socioeconomic level subdivisions. Survey form was completed in face to face interviews with the mothers of 1-4 year old children during home visits. Data were evaluated on the computer. Number, percentage and Chi square test were used in the analysis of the data.

Results: It was determined that 16.9% of the children in the Yeşilyurt Subdivision had ear infections three times a year, 20.9% had diarrhea-vomiting five or more times a year, and 19.5% had urinary tract infection five or more times a year; 89.3% of the children in the Kültür-2 Subdivision had ear infections once a year, 62.9% had diarrhea-vomiting once or twice a year and 90.0% had urinary tract infection once or twice a year ($p<0.05$).

Conclusion: As it has been confirmed that the children living in low socio-economic neighbourhoods get sick more and more often, it is recommended that midwife/nurses ought to determine particularly the children living in low socio-economic regions and follow them quite often.

Keywords: Poverty; poverty and health; poverty and child; nurse.

GİRİŞ

Dünya Bankası, kişi başı günlük bir dolar kazancı "uluslar arası yoksulluk sınırı" olarak kabul etmekte ve bu sınıra göre belirlediği

yoksulluğu "gelir yoksulluğu" olarak tanımlamaktadır. Beslenme için gerekli en az kalori ve temel ihtiyaçların karşılanamaması

*Bu çalışma Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde (6-9 Eylül 2011, İzmir) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Tunceli Üniversitesi (Öğretim Görevlisi) e-mail: nazan62@mynet.com

**Yakın Doğu Üniversitesi (Yard. Doç. Dr.)

“temel gereksinim yoksulluğu” olarak tanımlanırken, bütün gelirin besin için harcandığı ve buna karşın yeterli besinin sağlanmadığı durum ise “ağır yoksulluk” olarak tanımlanmaktadır (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003; Durgun 2011).

Dünya Bankasının 1990 sonrasında hazırladığı “Yoksullukla Mücadele” (Attacking Poverty) raporuna göre, dünyada yoksul sayısı giderek artmaktadır. Dünyada altı milyar insandan 2.8 milyar insanın günde iki dolardan az, 1.2 milyar insanın ise bir dolardan az gelire yaşadığı (mutlak yoksul) ve bunun %44’ünün Güney Asya’da yer aldığı belirtilmektedir (Köse 2004). Bu rapordan da anlaşıldığı gibi tüm dünyada yoksul sayısı çok kısa sürede hızla artmaktadır.

Sağlık için en belirleyici risk faktörü yoksulluktur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre yoksulluk bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Yoksulluğun etkisi kalıcıdır (Aydoğdu ve Bahar 2011). Yoksulluktan olumsuz etkilenme anne karnında başlamaktadır (Annenin ağır ve tehlikeli çalışma koşulları, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, kötü ve yetersiz beslenmesi vb.). Bireyler yoksulluktan kurtulsa da sağlık etkileri sürmekte, gelecek nesillere aktarılmaktadır (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003; Cresswell 2004; Durgun 2011).

Hastalık türleri ve seyri de ülkelerin zenginlik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Yoksul ülkelerde özellikle bulaşıcı hastalıklar, gebelik ve doğum sürecinde ortaya çıkan sorunlar ve çevre koşulları ile ilgili hastalıklar sağlık sorunlarının önemli kısmını oluştururken, zengin ülkelerde kalp-damar hastalıkları, ruhsal hastalıklar, kanser ve sakatlıklar sağlık sorunlarının çoğunluğunu oluşturmaktadır (Hamzaoğlu 2004; Magnuson and Drzal 2009). Yoksullar ile zenginlerin ölüm nedenleri de farklılık göstermektedir. Yoksul ülkelerdeki ölümlerin %57.0’si bulaşıcı hastalık kaynaklıyken, zengin ülkelerde bu oranın %8.0 olduğu görülmektedir (Hamzaoğlu 2004).

Yoksulluk herkesin sağlığını aynı düzeyde etkilemez. Yaşlılar, sakatlar, işsizler, etnik azınlıklar, emekliler, tek ebeveynli aileler, bir hastalığı olanlar olmak üzere en çok da kadınlar ve çocuklar yoksulluk etkilerinden daha çok zarar görürler. Türkiye’de yaşayan çocukların en az %20’sinin yoksul olduğu göz önüne alındığında ülkemizde de yoksulluğun çocuklar için risk faktörü olduğu görülmektedir

(Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003; Yurdakök 2005; Aslan ve Şenol 2006).

Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)’nin Çocukluk Tehdit Altında; Dünya Çocuklarının Durumu 2005 raporunda, yoksulluğun çocuk hastalık ve ölümlerinin yüksek düzeyde seyretmesinin temel nedeni olduğu belirtilmiştir. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere bir milyar çocuğun yaşamının yoksulluk içinde geçtiği, her üç çocuktan birinin sağlıklı barınaktan yoksun, her beş çocuktan birinin temiz içme suyu bulamadığı, her yedi çocuktan birinin temel sağlık hizmetlerine ulaşamadığı ve her yıl 10 milyon çocuğun öldüğü belirtilmiştir (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003; Durgun 2011).

Çocukluk döneminde görülen bir çok sağlık sorunu çözümlenmediği takdirde, bu sorunlar daha değişik ve büyük boyutlarda ileriki yıllarda karşımıza çıkmaktadır. Özellikle, çocuk sağlığında çalışan ebe ve hemşirelerin, sık görülen çocukluk hastalıkları, çocuk beslenmesi ve bağışıklama konusunda anneleri eğitmeleri ile birçok hastalık ve ölümlerin önlenmesi mümkündür. Çocuğun ileriki yaşamında sağlıklı olabilmesi için hemşire ve ebelerin, intrauterin dönemden başlayarak, doğum ve doğumdan sonraki dönemlerde anneye ve çocuğa uygun hemşirelik/ebelik yaklaşımında bulunmaları gerekmektedir (Taşkın 2000; Oral 1995; Özcebe, Bertan, Akın ve Akgün 1995; Aslan ve Şenol 2006).

Hemşirelerin hem klinikte hem de sahada, özellikle ev ziyaretleri yoluyla, çocuk ve ailesini yoksulluğun riskleri açısından gözleyerek, bu riskleri tanımları ve gerekli önlemleri almasıyla, yoksulluk açısından risk altında bulunan çocukların sağlığının daha iyi bir düzeyde olacağı kaçınılmazdır. Bu nedenle yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine etkilerinin bilinmesi gerekmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Muş ili sınırları içinde sosyoekonomik düzeyleri farklı iki mahallede yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocuklarda hastalanma sıklığı üzerine etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Muş Valiliğinden alınan veriler (Muş İli Valiliğinin yapmış olduğu ev ziyaretlerindeki gözlemler) doğrultusunda, ilin sosyoekonomik düzeyi en düşük mahallesinin Yeşilyurt, sosyoekonomik düzeyi en iyi mahallesinin Kültür-2 Mahallesi olduğu belirlenerek araştırma bu mahallelerin bağlı bulunduğu sağlık ocaklarında yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini, Muş ili sınırları

içinde sosyoekonomik düzeyi en düşük olan Yeşilyurt Mahallesi ve sosyoekonomik düzeyi en iyi olan Kültür-2 Mahallesi ikamet eden 1-4 yaş grubu toplam 1452 çocuk oluşturmaktadır. Yeşilyurt Mahallesi'nin bağlı bulunduğu Zafer Sağlık Ocağı'nın 2004 yılı Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) sonuçlarına göre, 1-4 yaş arası çocuk sayısı (539 erkek ve 538 kız) 1077 olarak tespit edilmiştir. Kültür-2 mahallesi'nin bağlı bulunduğu 1 Nolu Sağlık Ocağı'nın 2004 yılı ETF sonuçlarına göre ise, 1-4 yaş grubu çocuk sayısı (179 kız ve 186 erkek) 375 olarak bulunmuştur. Araştırmanın örneklemini, sosyoekonomik düzeyi yüksek ve düşük olan mahalleler arasında hastalanma sıklığı bakımından %30'luk bir fark olacağı kabul edilerek, örnek genişliği 233 çocuk olarak bulunmuştur. Standart sapmalar eşit kabul edilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda Yeşilyurt mahallesi'nin, Kültür-2 mahallesinden çocuk sayısının 3 katı fazla olduğu göz önünde bulundurularak, Kültür-2 Mahallesi'nden 43 kız, 43 erkek olmak üzere 86 çocuk, Yeşilyurt Mahallesi'nden 87 kız, 87 erkek olmak üzere 174 çocuk alınmasına karar verilmiştir. Bu çocukların seçiminde, sağlık ocağı kayıtlarından çocuk izlem kartlarına numara verilip, basit tesadüfi rasgele sayılar tablosu kullanılarak, iki mahalleden 1-4 yaş grubu toplam 260 çocuk örnekleme alınmıştır. Bu çocukların hastalanma sıklığını incelemek için çocukların sağlığı ile daha yakından ilgili olan kişilerin anneleri olacağı düşünüldüğünden, araştırmanın amacına ulaşmak için, veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taraması (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003; Hamzaoğlu 2004; Koç ve Hancıoğlu 2004; Köse 2004; Yurdakök 2005) yapılarak geliştirilen iki farklı soru formu 1-4 yaş grubu çocuğu olan toplam 260 anneye uygulanmıştır. Soru formlarının birincisinde annelerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri ile ilgili sorular yer alırken, ikincisinde ise çocuğun sağlık sorunları ile ilgili sorular yer almıştır.

Soru formları uygulanmadan önce yasal izinler alınmış olup, 10.04.2005-20.08.2005 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından, araştırma kapsamına alınan kadınlara ev ziyareti yapılarak, annelerden de sözel izin alınıp yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 11.5 (Statistical package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı,

yüzdeler ve ki-kare testi uygulanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Yeşilyurt Mahallesi'ndeki annelerin %55.2'si, Kültür-2 Mahallesi'ndeki kadınların %51.2'si 20-29 yaş grubundadır. Kadınların eğitim düzeyine baktığımızda Yeşilyurt Mahallesi'ndeki kadınların yarıya yakını (%46.6) okur-yazar değilken, Kültür-2 Mahallesi'ndeki kadınların %46.5'inin ilk-ortaokul mezunu, %29.1'inin ise lise ve üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumlarına baktığımızda ise Yeşilyurt Mahallesi'ndeki kadınların %5.2'si çalışırken, Kültür-2 Mahallesi'ndeki kadınların %12.8'si çalışmaktadır. İstatistiksel analiz sonucunda, iki mahalle arasında kadınların çalışma durumları ve eğitim düzeyleri bakımından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde, Yeşilyurt Mahallesi'ndeki eşlerin %48.9'u ilk-ortaokul mezunu iken, Kültür-2 Mahallesi'ndeki eşlerin %66.3'ü lise ve üniversite mezunudur. Eşlerin çalışma durumuna baktığımızda, Yeşilyurt Mahallesi'ndeki eşlerinin %20.7'si memur, %52.9'u, gündelikçi işçi iken, Kültür-2 Mahallesi'ndeki eşlerin %47.7'si memur ve %20.9'u gündelikçi işçi olarak çalışmaktadır. İki mahalle arasında, eşlerin çalışma durumu ve eğitim düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 1).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre (Koç ve Hancıoğlu 2004) Doğu Anadolu bölgesindeki erkeklerin %85.0'inin, kadınların ise %61.0'inin herhangi bir eğitim aldığı görülmüştür. Türkiye'de kentsel alanda yaşayan kadınların %18.3'ünün ilkökul eğitimini tamamlamadığı, %50.9'unun ise ilkökul eğitimini tamamladığı görülmüştür. Eğitimi olmayan veya ilkökul eğitimini tamamlayamayan kadınların %51.8'inin doğu bölgesinde yaşadığı bildirilmiştir.

TNSA 2003 sonuçlarına (Koç ve Hancıoğlu 2004) benzer biçimde, bizim çalışmamızda da, Yeşilyurt ve Kültür-2 mahallelerindeki erkeklerin eğitim düzeylerinin kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmamızın örneklemindeki kadınların eğitim durumları ile Türkiye ortalaması arasında yakın benzerlik görülmektedir. Literatür incelendiğinde (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003; Hamzaoğlu 2004) de kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması yoksulluk açısından, büyük bir risk oluşturmaktadır.

Tablo 1. Oturulan Mahallelere Göre Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (S:260)

	Yeşil Yurt Mah.		Kültür Mah.		Toplam		P
	S	%	S	%	S	%	
Anne yaş							
19 Yaş Altı	6	3.4	6	7.0	12	4.6	0.532
20-29 Yaş	96	55.2	44	51.2	140	53.8	
30-39 Yaş	51	29.3	28	32.6	79	30.4	
40-49 Yaş	21	12.1	8	9.3	29	11.2	
Anne eğitim							
Okur-yazar değil	81	46.6	16	18.6	97	37.3	0.000
Okur-yazar	21	12.1	5	5.8	26	10.0	
İlk-Ortaokul	63	36.2	40	46.5	103	39.6	
Lise ve üstü	9	5.2	25	29.1	34	13.1	
Anne Çalışma Durumu							
Çalışıyor	9	5.2	11	12.8	20	7.7	0.000
Çalışmıyor	165	94.8	75	87.2	240	92.3	
Baba Eğitim							
Okur-yazar değil	22	12.6	4	4.7	26	10.0	0.000
Okur-yazar	18	10.3	1	1.2	19	7.3	
İlk-Ortaokul	85	48.9	24	27.9	109	41.9	
Lise ve üstü	49	28.2	57	66.3	106	40.8	
Baba Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	9	5.2	-	-	9	3.5	0.000
Memur	36	20.7	41	47.7	77	29.6	
İşçi	17	9.8	10	11.6	27	10.4	
Serbest	20	11.5	17	19.8	37	14.2	
Günderlikçi	92	52.9	18	20.9	110	42.3	
Sağlık Güvencesi							
ES-SSK-Bağ-Kur	61	35.0	68	79.0	129	49.6	0.000
Yok	35	20.1	5	5.8	40	15.4	
Yeşil Kart	78	44.9	13	15.1	91	35.0	
Ortalama Aylık Gelir							
Asgari Ücretin Altı	51	29.3	4	4.7	55	21.2	0.000
Asgari Ücret	5	2.9	3	3.5	8	3.1	
Asgari Ücret-700 YTL	72	41.4	15	17.4	87	33.5	
701 -1000 YTL	35	20.1	30	34.9	65	22.0	
1001 -1500 YTL	9	5.2	18	20.9	27	10.4	
1501 YTL ve üstü	2	1.1	16	18.6	18	6.9	

*p:Ki-kare testi

Bu durum çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi, bu konuyla ilgili yapılmış araştırmalarda da (Koç ve Hancıoğlu 2004; Hamzaoğlu 2004) yoksulluk ile eğitim arasında ters bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Hamzaoğlu (2004), eğitim düzeyi düşük olanların yetersiz sağlık bilgisi, beslenme, sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanamama veya sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlükler yaşamaları nedeniyle, daha sık ve ağır hastalıklar yaşadıklarını ve anne-bebek ölümlerinin bu grupta daha sık görüldüğünü ileri sürmektedir. Hatun, Etiler ve Gönüllü (2003) ise, anne eğitiminin yetersiz olmasının, beslenme yetersizliğine yol açarak çocuk sağlığını olumsuz etkilediğini

vurgulamıştır. Çalışmamızda kadın ve erkek eğitim düzeyinin düşük olduğu Yeşilyurt mahallesindeki çocukların daha sık hastalanması bu görüşleri desteklemektedir.

Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %35.0'inin, Kültür-2 Mahallesindeki ailelerin %79.0'unun sağlık güvencesi emekli sandığı, SSK ya da Bağ-Kur'dur. Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %44.9'unun, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %15.1'inin sağlık güvencesinin yeşil kart olduğu görülmüştür. İki mahalle arasında ailelerin sağlık güvencesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0.05, Tablo 1).

Yoksullukla ilgili çalışmalarda (Kaya 2011) olduğu gibi bizim çalışmamızda da

sosyoekonomik düzeyi düşük olan mahallede yaşayan ailelerin çoğunluğunun Yeşil Karta sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlar yoksul ailelerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencelerinin Yeşil Kart olduğunu, sosyal güvencenin yoksullukla olan ilişkisini vurgulamaktadır. Özkan'ın (2004) "Dünya Bankası Türkiye'de Yoksulluğu Araştırıyor" makalesinde, sağlık güvencesi Yeşil Kart olanların diğerlerinden iki kat daha yoksul olduğu ve ailelerin en az bir çocuğunun kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda da, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %66.7'sinin, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %31.4'ünün kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir (p<0.05, Tablo 1).

Ailelerin aylık gelir düzeyine göre dağılımına baktığımızda, Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %29.3'ünün, Kültür-2 Mahallesindeki ailelerin ise %4.7'sinin gelir düzeyi asgari ücretin altındadır. İki mahalle arasında ailelerin gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (p<0.05, Tablo 1).

Yoksulluk sınırını 4.3 dolar kabul ettiğimizde (Arpacıoğlu ve Yıldırım 2011), Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %87.9'unun günlük kişi başı gelir miktarı 4.3 dolar ve altında olarak saptanmıştır. Buna göre Yeşilyurt mahallesinde 4.3 dolar ve altı yoksulluk sınırı altında olan bireyler, Kültür-2 mahallesindeki bireylere göre daha fazla bulunmuştur.

Tablo 2. Annelerin Oturdukları Mahallelere Göre Son 1 Yılda Çocuklarında Hastalık Görülme Durumlarının Karşılaştırılması

	Yeşil Yurt Mah.		Kültür Mah.		Toplam		p
	S	%	S	%	S	%	
Çocuklarda Kronik Hastalık							
Var	100	57.5	25	29.1	125	48.1	0.000
Yok	74	42.5	61	70.9	135	51.9	
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu							
Görüldü	174	100	81	94.2	255	98.1	0.006
Görülmedi	-	-	5	5.8	5	1.9	
İshal – Kusma							
Görüldü	172	98.9	62	72.1	234	90.0	0.000
Görülmedi	2	1.1	24	27.9	26	10.0	
İshal-Kusma Sıklığı							
1-2 kez	71	41.3	39	62.9	110	47.0	0.011
3-4 kez	65	37.8	13	21.0	78	33.3	
5 kez ve üstü	36	20.9	10	16.1	46	19.7	
Ateşli Hastalık							
Görüldü	173	99.4	81	94.2	254	97.7	0.027
Görülmedi	1	0.6	5	5.8	6	2.3	
İdrar Yolu Enfeksiyonu							
Görüldü	77	44.3	10	11.6	87	33.5	0.000
Görülmedi	97	55.7	76	88.4	173	66.5	
İdrar Yolu Enfeksiyonu Sıklığı							
1-2 kez	39	50.6	9	90.0	48	55.2	0.016
3-4 kez	23	29.9	-	-	23	26.4	
5 kez ve üstü	15	19.5	1	10.1	16	18.4	
Paraziter Hastalık							
Görüldü	42	24.1	7	8.1	49	18.8	0.002
Görülmedi	132	75.9	79	91.1	211	81.2	

*p: Ki-kare testi

Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların %57.5'inin (kronik bronşit, konvülsiyon, astım), Kültür-2 Mahallesindeki çocukların %29.1'inin kronik hastalığı olduğu görülmüştür (p<0.05, Tablo 2). Kültür-2 mahallesindeki kronik

hastalığı olan çocukların %72.0'si düzenli olarak kontrole götürülürken, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların ise yalnızca %28.0'i düzenli olarak kontrole götürülmektedir (p<0.05). Literatür incelendiğinde (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003;

Hamzaoğlu 2004; Özkan 2004; Magnuson and Drzal 2009), sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin etkin tedavi hizmeti alamadıklarını ve bu ailelerin çocuklarında astım, diyabet, kalp hastalıkları, psikolojik hastalıkların daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmamızda da kronik hastalıkların Yeşilyurt mahallesinde fazla olması, buna karşılık düzenli kontrole götürülmemesi literatürle örtüşmektedir.

Yeşilyurt mahallesindeki çocukların Kültür-2 mahallesindeki çocuklara göre daha fazla üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) geçirdikleri belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 2). Her iki mahallede yaşayan çocukların ÜSYE geçirme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte Yeşilyurt mahallesinde yaşayan çocukların daha sık ÜSYE geçirdikleri tespit edilmiştir ($p>0.05$). Araştırmamızda Yeşilyurt mahallesindeki çocuklarda ÜSYE'nin daha fazla görülmesi, evlerde rutubet olması, yetersiz beslenme, ısınma aracı olarak çoğunlukla soba kullanma, annelerinin eğitim düzeyinin düşük olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Ancak her iki mahallede de ÜSYE görülme sıklığı bakımından fark görülmemiştir. TNSA 2003 verilerine göre (Koç ve Hancıoğlu 2004) Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) Doğu Anadolu Bölgesi ve eğitim düzeyi düşük kadınların çocuklarında daha fazla olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda çıkan sonuçlar TNSA 2003 verileri ile benzerlik göstermektedir. Literatürde (Özcebe, Bertan, Akın ve Akgün 1995; Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003) ASYE gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde benzer sıklıktadır. Ancak gelişmiş ülkelerde bu hastalıklar soğuk algınlığı, ÜSYE, bronşiolit şeklinde görülürken, gelişmekte olan ülkelerde tedavi edilmediği takdirde öldürücü seyrebilen pnömoni veya bronkopnömoniye dönüşmektedir.

Yeşilyurt Mahallesinde yaşayan çocukların Kültür-2 mahallesinde yaşayan çocuklara göre daha fazla ve daha sık ishal-kusma geçirdikleri görülmüştür (Tablo 2, $p<0.05$). Literatür incelendiğinde (Özcebe, Bertan, Akın ve Akgün 1995; Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003) gelişmiş ülkelerde ishali hastalıklar sonucunda ölümler görülmezken, gelişmekte olan ülkelerde ishale bağlı ölümler sık görülmektedir. Dünyada her yıl 4-5 milyon çocuk ishale bağlı hastalıklar sonucu yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde de ishali hastalıklar 0-4 yaş grubu çocuklarda en fazla ölüme neden olan hastalıklar arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Apodaca (2008), Hatun, Etiler ve

Gönüllü (2003), ASYE, ishal ve diğer enfeksiyon hastalıklarının malnutrisyon için risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Enfeksiyon çocukta metabolizmanın artışına ve iştahsızlığa, beslenmenin bozulmasına, sıvı-elektrolit ve kilo kaybına neden olmaktadır. Babanın düşük maaşlı veya işsiz olmasının ishali 4.5 kat, kişi başına gelirin düşük olmasının ise 5 kat arttırdığını belirtmiştir. İshalin sosyoekonomik düzeyi düşük olan mahallede yaşayan çocuklarda daha fazla ve sık görülmesi literatürle benzerlik göstermektedir.

Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların %94.4'ünde, Kültür-2 Mahallesindeki çocukların %94.2'sinde ateşli hastalıklar görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 2). Literatür incelendiğinde (Ocak 2002; Wagstaff 2003) de çocuk ölüm nedenlerinden birinin ateş olduğu görülmektedir. Çocuklarda ateş yükselmesi önemlidir ve hemen müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Anneleri bu konuda bilgilendirmek ve önemini açıklamak gerekir. Uygun müdahale edilmeyen ateşli durumlar çocuklarda ciddi hastalıklara neden olabilir.

Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların Kültür-2 mahallesindeki çocuklara göre daha fazla ve sık olarak idrar yolu enfeksiyonu geçirdikleri tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 2). Bebeklerde beslenme yetersizliği, fiziksel koşulların uygun olmaması idrar yolu enfeksiyonlarını arttırmaktadır (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003; Yurdakök 2005; Creswell 2004; Wagstaff 2003). Araştırmamızda da görüldüğü gibi sosyoekonomik düzeyi düşük mahalledeki çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu görülme durumları ve sıklıkları sosyoekonomik düzeyi iyi olan mahalleye göre daha fazladır. Yeşilyurt mahallesindeki kadınların eğitim düzeyinin düşük olması, çocukların perine hijyenine dikkat edilmemesine, gelir düzeyinin düşük olması ise çocukların sağlık kuruluşlarına götürülmesine engel olduğunu düşündürmektedir.

Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların %24.1'inde, Kültür-2 Mahallesindeki çocukların %8.1'inde paraziter hastalıklar görülmüştür. İki mahalle arasındaki çocuklarda paraziter hastalık ve ateşli hastalık ve ishal-kusma görülme durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 2). Bunun nedeni ailenin yaşadığı koşulların sağlıklı olmaması, tedavinin etkin uygulanmaması ya da beslenme yetersizliğine bağlı çocuğun ümmün sisteminin zayıf olmasını düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde (Hatun, Etiler ve Gönüllü 2003), yoksul aile çocuklarında paraziter hastalıkların

daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Buda çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar şöyledir; Sosyoekonomik düzeyi düşük mahallede;

- Annelerin eğitim düzeyi daha düşüktür.
- Aylık gelir düzeyi asgari ücretin altında olan aileler, sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan mahalledeki ailelere göre yaklaşık yedi kat daha fazladır.
- Ailelerde kronik hastalığı olan çocuk sayısı daha fazladır.
- Üst solunum yolu enfeksiyonu, ishal-kusma, ateşli hastalık, idrar yolu enfeksiyonu ve paraziter hastalıklar çocuklarda daha fazla görülmüştür.

KAYNAKLAR

Arpacioğlu Ö, Yıldırım M. Dünya’da ve Türkiye’de Yoksulluğun Analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi 2011; 4(2): 60-76.

Apodaca C. Preventin Child Malnutrition: Health and Agriculture as Determinants of Child Malnutrition. J Child Poverty 2008; 14(1): 21-40.

Aslan G, Şenol S. Türkiye’de Bebek ve Çocukların Durumuna İlişkin Sorunlar ve Ebenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(1): 64-72.

Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. DEU Hemşirelik Yükseköğretim Elektronik Dergisi 2011; 4(1): 34-40.

Cresswell T. What is Child Public Health?. Current Pediatrics Elsevier 2004; 14(7): 612-8.

Durgun Ö. Türkiye’de Yoksulluk ve Çocuk Yoksulluğu Üzerine Bir İnceleme. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi 2011; 6(1): 143-54.

Hatun Ş, Etiler N, Gönüllü E. Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46(4): 251-60.

Hamzaoğlu O. Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Etken Ne, Sorun Nasıl Çözülür?. Toplum ve Hekim 2004; 19(1): 54-7.

Kaya F. Ağrı Kent Profiline Sosyo-Ekonomik Boyutlarıyla Kentsel Yoksulluk. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011; 15(2): 219-42.

- İshal-kusma ve idrar yolu enfeksiyonu çocuklarda daha sık tekrarlamaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan çocukların, daha fazla ve daha sık hastalandıkları tespit edildiğinden, ebe/hemşirelerin özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde yaşayan çocukları belirleyerek sık takip etmeleri,
 - Hastalıklardan korunma konusunda anneleri eğitmeleri,
 - Aileleri sosyo-ekonomik durumlarına göre değerlendirmeleri, riskli durumlardan korunma, hastalıkların tedavisi konusunda anneleri bilinçlendirmeleri ve uygun kaynaklara yönlendirmeleri önerilmektedir.

Koç İ, Hancıoğlu A. Hanehalkı Nüfusu ve Konut Özellikleri. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 2004. p.2-33.

Köse AH. Dünya Bankası ve Benzer Kuruluşların Raporlarında Yoksulluk, Ne İçin, Ne Zaman Var? Toplum ve Hekim 2004; 19(1): 23-6.

Magnuson K, Drzal V. Enduring Influences of Childhood Poverty. Focus 2009; 26(2): 32-7.

Ocak E. Yoksulun Evi. Yoksulluk Halleri. İstanbul, Sena Ofset Matbaacılık; 2002. p.85-105.

Oral NS. Çocuk Sağlığına Giriş. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1.Baskı, Ankara, Özışık Ofset Matbaacılık; 1995. p.159-63.

Özcebe H, Bertan M, Akın L, Akgün S. Önemli Bazı Çocuk Sağlığı Sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1. Baskı, Ankara, Özışık Ofset Matbaacılık; 1995. p.173-85.

Özkan Ö. Dünya Bankası Türkiye’de Yoksulluğu Araştırıyor. Toplum ve Hekim 2004; 19(1): 27-33.

Taşkın L. Kadın Sağlığına Giriş. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 4. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2000. p.119-55.

Yurdakök M. Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Sağlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48(3,9): 41-2.

Wagstaff A. Child Health On A Dolar A Day: Some Tentative Cross-Country Comparisons. Social Science&Medicine 2003; 57(9): 1529-38.