

YOKSULLUK VE ÇOCUKLARDA BÜYÜME-GELİŞME

Poverty and Growth- Development in Children

Zeynep ŞİMŞEK*

Mehmet Ali KURÇER *

Miyaser KAYAHAN**

Fatma ERSİN**

Fatma GÖZÜKARA**

* Doç.Dr. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,

** Öğr.Gör.Sağlık Yüksekokulu, Şanlıurfa

ÖZET

Bu çalışma, Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesindeki 5 yaş ve altı çocuklarda büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel nitelikteki bu araştırmada Şubat 2002'de olasılıklı küme örnekleme yöntemiyle seçilen 323 çocuk çalışmanın örneğini oluşturmuştur. Çocukların büyüme durumu Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylanan uluslararası standart antropometrik göstergelerle, psiko-sosyal ve motor gelişimleri ise Ankara Gelişim Tarama Envanteri kullanılarak değerlendirilmiştir. Çocukların %11.9'unda psiko-motor

gelişim geriliği, %22.2'sinde kısa boyluluk (bodurluk), %8.4'ünde yaşına göre düşük ağırlık, %2.8'inde ise boyuna göre düşük ağırlık saptanmıştır. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; bodurluk ile tek anlamlı ilişki yoksulluk arasında bulunmuştur (OR = 7.24; GA = 1.94-26.92). Psikososyal ve motor gelişim ile çocuğun yaşı, tuvaletin yanında musluk bulunmaması ve bodurluk arasında ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak, yoksulluk çocuk sağlığını etkileyen en temel faktörlerden biridir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, büyüme, psikomotor gelişim, yoksulluk.

ABSTRACT

This study is carried out to examine the factors influencing growth and development of the children aged 0-5 years in the Şanlıurfa Tıfındır Health Centre area. This cross-sectional study is conducted through 323 children elected by cluster sampling methodology. Anthropometric indices are calculated using <-2 SD of NCHS standard z-scores to define retard development. Ankara Developmental Screening Inventory (AGTE) is used to determine psychomotor development of the children. Among the 320 participant children, 22.2% of them were stunted, 8.4% were underweight, and 2.8% were thin. This study has showed us that 11.9% of these children had a poor psychomotor development. According to the results of the Logistic regression analysis, while poverty have a significant association with low height-for age (OR = 7.24; GA = 1.94-26.92), the lack of hand cleaning system within or next to the toilette is found to have a significant association with the psychosocial age of the child and psychomotor development. As a result, it can be claimed that poverty is one of the most important factors influencing child health.

Key words: child, growth, psychomotor development, poverty.

GİRİŞ

Çocuk sağlığı, fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel faktörlerden etkilenen bir olgudur (Cross, 1998). Çocukluk döneminde sağlığı koruma, geliştirme ve hastalıkları önlemeye yönelik bir dizi program uygulanmakla birlikte, hala çok önemli sorunlar yaşanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde gıda yokluğuna ve hastalıklara bağlı olarak 5 yaşın altındaki çocuklar arasında 206 milyon çocuğun yaşına göre kısa boylu (bodur), 50 milyon çocuğun boyuna göre düşük ağırlıklı ve 167 milyon çocuğun yaşına göre düşük ağırlıklı olduğu bildirilmektedir (Fernandez, 2002:3). Malnütrisyonun (beslenme bozukluğu) büyüme ve gelişme geriliklerinin en önemli nedenlerinden biri olduğu, ve bu durumun yoksulluk ve hastalık arasındaki döngünün parçası olduğu, psikomotor gelişime ve gelecekteki çalışma kapasitesine etki ettiği bildirilmektedir. (Hyder 1999; Haustyas ve ark, 2000:2).

Bu çalışmada Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesindeki 5 yaş ve altı çocukların büyüme ve gelişme durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel bir araştırma olan bu çalışma Aralık 2001-Şubat 2002 tarihleri arasında Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Sağlık ocağı bölgesi kent merkezinde, kırdan kente göçün yoğun olduğu, yaklaşık 30.000 nüfuslu bir yerleşim birimidir. Örneklem büyüklüğünü belirlemede, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının Güneydoğu Anadolu bölgesi için belirlenen yaşa göre boy

kısalığı antropometrik ölçümü (%30) temel alınmıştır $(1,96)^2 * (0,30 * 0,70) / (0,05)^2 = 323$. %95 güvenirlikle, %5 sapma ile 323 çocuk olasılıklı küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir (Toplam 22 kümenin her birinde ortalama 15'er çocuk). Araştırmada 3 çocuğa ulaşılamamış 320 (%97) çocuğun verisi analizlere dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların evlerine gidilmiş, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra anne-baba yada çocuğa bakan kişilerin izni alınarak çocuk değerlendirilmiştir. Çocuğun herhangi bir hastalığı varsa Sağlık Ocağında muayene edilerek tedavisi verilmiştir. Sosyal hizmet desteğine ihtiyacı olan aileler İl Sosyal Hizmetler müdürlüğüne havale edilmiştir.

Çocukların psiko-sosyal ve motor gelişimlerini içeren gelişme durumları Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) kullanılarak değerlendirilmiştir. Savasir, Sezgin ve Erol tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan AGTE, gelişimsel gecikme ve düzensizlik gösterme açısından risk altındaki bebek ve çocukların erken dönemde tanınması ve gerekli önlemlerin alınabilmesine olanak sağlamaktadır. Envanter çeşitli yaş gruplarına göre düzenlenen ve annelere/çocuğa bakım veren kişilere sorularak "evet, hayır, bilmiyorum" şeklinde yanıtlanan 154 maddeden oluşmaktadır. Sorular gelişimin farklı, ancak birbiriyle ilişkili alanlarını (Dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım) temsil edecek biçimde düzenlenmiştir. Envanterden elde edilen sonuçlar 0-6 yaş grubu bebek ve çocukların gelişimini belirtilen 4 alt test ve toplam gelişim puanı olarak yansıtmaktadır (Erol ve ark., 1994:16-22; Savasir ve ark., 1998:1).

Çocukların büyüme durumları, Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) tarafından tanımlanan ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından da onaylanan uluslararası standart göstergeler kullanılarak, yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve boya göre ağırlık antropometrik göstergeleri ile değerlendirilmiştir. Z skor dağılımına göre, -2 standart sapmanın altındaki çocuklar büyüme geriliği olarak tanımlanmıştır (WHO, 1995:4). Ayrıca araştırmacılar tarafından hazırlanan, demografik, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin yer aldığı bir soru formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

Araştırmanın saha çalışması 15 iş gününde tamamlanmıştır. Görüşmeler 08.00-12.00 saatleri arasında araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir. Analizler "SPSS 10.0" istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörleri be-

lirlemek için lojistik regresyon yöntemi, alt testlerle seçilmiş değişkenlerin ilişkisini saptamada ki-kare yöntemi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada büyüme ve gelişme durumları değerlendirilen 320 çocuktan %56.3'ü erkek, %43.7'si kızdır. Çocukların %48.1'i 6-23 aylar arasında, 51.9'u 24-60 aylar arasındadır. Çizelge 1'de görüldüğü gibi, çocukların %22.2'sinin yaşına göre kısa boylu, %8.4'ünün yaşına göre düşük ağırlıklı, %2.8'inin ise boyuna göre düşük ağırlıklı olduğu saptanmıştır.

Çizelge 2'de kronik malnütrisyonla ilişkili olan yaşa göre boy kısalığına etki eden değişkenleri gösteren lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi tek anlamlı ilişki yoksullukla bulunmuş, yoksulluğun büyüme geriliğini 7.2 kat arttırdığı saptanmıştır. Büyüme durumu ile yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, doğum aralığı,

Çizelge 1. Çocuğun Cinsiyet ve Yaşına Göre Antropometrik Göstergeler

	Yaşa göre boy		Yaşa göre ağırlık		Boya göre ağırlık		Toplam							
	≤-2SD ≥ -2SD		≤-2SD ≥ -2SD		≤-2SD ≥ -2SD									
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**						
Cinsiyet														
Erkek	38	21.1	142	78.9	15	8.3	165	91.7	3	1.7	177	98.3	180	56.3
Kız	33	23.6	107	76.4	12	8.6	128	91.5	6	4.3	134	95.7	140	43.7
Yaş														
0-23 ay	27	17.5	127	82.5	8	5.2	146	94.8	5	3.2	149	96.8	154	48.1
24-60 ay	44	26.5	122	73.5	19	11.4	147	88.6	4	2.4	162	97.6	166	51.9
Toplam	71	22.2	249	77.8	27	8.4	293	91.6	9	2.8	311	97.2	320	100.0

*sadır %, ** sütun %

Çizelge 2. Yaşa Göre Boy Uzunluğunu Etkileyen Sosyo-Demografik ve Çevresel Faktörlerle İlişkili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Sosyo-demografik ve çevresel faktörler	B	P	OR	Güven aralığı %95 (GA)	
				Düşük	Yüksek
Cinsiyet (kız)	0.236	0.549	1.26	0.58	2.74
Yaş (24 ayın üzerinde)	0.020	0.140	1.02	0.99	1.04
Yoksulluk	1.980	0.003	7.24	1.94	26.92
Kardeş sayısı	-0.119	0.565	0.88	0.59	1.33
Doğum aralığı (24 aydan kısa)	0.080	0.664	1.08	0.75	1.55
Tuvalette el yıkama düzeneği yok	0.438	0.309	1.55	0.66	3.60
Annenin eğitimi (yıl)	-0.069	0.412	0.93	0.79	1.10
Babanın eğitimi (yıl)	-0.067	0.335	0.93	0.81	1.07

Hosmer-Lemeshow ($p = 0.878$)

anne-baba eğitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çalışmada çocukların %15.9'unda ince motor, %13.1'inde dil-bilişsel gelişim, %7.8'inde sosyal beceri-öz bakım, %7.2'sinde kaba motor gelişim geriliği, %11.9'unda ise genel gelişim geriliği saptanmıştır. Çizelge 3'de genel gelişime etki eden değişkenlerin incelendiği lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Genel gelişim ile yaşa göre boy kısalığı ($P=0.010$), çocuğun yaşı ($P=0.005$) ve tuvalette el yıkama düzeneği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($P=0.003$). 24 ayın altındaki çocuklarda 6.2 kat, tuvalette el yıkama düzeneği yoksa 5 kat, çocuk malnütre ise 4 kat daha fazla genel gelişim geriliği ortaya çıktığı saptanmıştır. Çocuğun cinsiyeti ($P=0.758$), kardeş sayısı ($P=0.992$), doğum aralığı ($P=0.358$), annenin eğitimi ($P=0.732$) ve babanın eğitimi ($P=0.729$) ile genel gelişim geriliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çizelge 4'de lojistik regresyon analizinde genel gelişim ile anlamlı ilişki içinde bulunan çocuğun yaşı, yaşına göre boyu ve tuvalette el yıkama düzeneği bulunmasının alt testlerle karşılaştırması yer almaktadır. 24 ay ve üzerindeki çocukların kaba motor alanı dışındaki alt testlerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($P \leq 0.05$). Kaba motor gelişimi açısından ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($P \geq 0.05$).

Yaşlarına göre boyları kısa olan çocukların, normal büyüme gösteren çocuklara göre ince motor, dil-bilişsel ve sosyal beceri-öz bakım alanlarında daha zayıf gelişim gösterdikleri ($P \leq 0.05$), kaba motor alanında ise anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır ($P \geq 0.05$).

Tuvalette yada yanında lavobası bulunmayan evlerde yetişen çocukların ise ince ve kaba motor gelişimlerinin anlamlı olarak farklılık gösterdiği ($P \leq 0.05$), diğer alt testlerde ise fark bulunmadığı belirlenmiştir ($P \geq 0.05$).

Çizelge 3. Genel Gelişimi Etkileyen Sosyo-Demografik ve Çevresel Faktörlerle İlişkili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Sosyo-demografik ve çevresel faktörler	B	P	OR	Güven Aralığı %95 (GA)	
				Düşük	Yüksek
Cinsiyet (kız)	-0.161	0.758	0.85	0.30	2.37
Yaş (24 ayın üzerinde)	2.033	0.005	6.17	1.98	19.19
Yoksulluk	-0.330	0.823	0.71	0.21	2.40
Kardeş sayısı	-0.001	0.992	0.99	0.77	1.28
Doğum aralığı (24 aydan kısa)	-0.697	0.358	0.49	0.12	2.20
Bodur	1.418	0.010	4.12	1.40	12.15
Tuvalette el yıkama düzeneği yok	1.669	0.003	5.30	1.74	16.11
Annenin eğitimi (yıl)	0.040	0.732	1.05	0.82	1.31
Babanın eğitimi (yıl)	0.032	0.729	1.03	0.86	1.24

Hosmer-Lemeshow ($p=0.709$)

Çizelge 4. Genel Gelişim ve Alt Testlerle Yaş, Yaşa Göre Boy Uzunluğu ve Tuvalette El Yıkama Düzeneği Olmasının Karşılaştırılması

	Dil-bilişsel		İnce motor		Kaba motor		Sosyal beceri-öz bakım		Genel gelişim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş										
0-23 ay	7/154	4.5	10/154	6.5	9/154	5.8	7/154	4.5	6/154	3.9
24 -60 ay	35/166	21.1	41/166	24.7	14/166	8.4	18/166	10.8	32/166	19.3
$\chi^2 P$	19.16	0.0001	19.76	0.0001	0.81	0.24	4.40	0.02	18.06	0.0001
Yaşa göre boy										
Bodur	21/71	29.6	21/71	29.6	8/71	11.3	11/71	15.5	19/71	26.8
Normal	21/249	8.4	30/249	12.0	15/249	6.0	14/249	5.6	19/249	7.6
$\chi^2 P$	21.66	0.0001	12.67	0.0001	2.28	0.131	7.47	0.006	19.32	0.0001
Tuvalette el yıkama düzeneği										
Var	19/169	11.2	17/169	10.1	7/169	4.1	10/169	5.9	12/169	7.1
Yok	23/151	15.2	34/151	22.5	16/151	10.6	15/151	9.9	38/151	25.2
$\chi^2 P$	1.11	0.29	9.23	0.002	4.98	0.026	1.78	0.181	10.83	0.001
Toplam	42/320	13.1	51/320	15.9	23/320	7.1	25/320	7.8	38/320	11.9

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ağırlık ve boy ölçümleri 5 yaş ve altındaki çocukların büyüme ve beslenme durumlarının değerlendirilmesinde en temel göstergelerden biridir (WHO, 1995:4). Bu çalışmada Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki çocukların %22.2'sinin bodur olduğu, başka ifadeyle büyüme geriliği içinde oldukları saptanmıştır. Bu sonuç 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, bu oranın Doğu Anadolu Bölgesinin geneli için %30 olduğu görülmektedir (Tuncbilek ve ark., 1999:129). Bodurluğun genetik faktörler yanısıra, doğrudan kronik malnütrisyon ve tekrarlayan enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Suthpen, 1985:1698; Neyzi, 1995:25). Ayrıca bazı uzmanlar tarafından gelişmekte olan ülkelerde bodurluğun çevresel faktörlerle de ilişkili olduğu bildirilmektedir (Beaton, 1989: 863-867).

Araştırmada çocukların %13.1'inde dil-bilişsel gelişim geriliği, %15.9'unda ince motor gelişim geriliği, %7.2'sinde kaba motor gelişim geriliği ve %7.8'inde sosyal beceri-öz bakım gelişim geriliği saptanmıştır. Genel gelişim geriliği oranı ise %11.9 olarak belirlenmiştir. Psikomotor ve sosyal gelişimin sosyal, çevresel ve bireysel faktörlerle ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmada genel gelişim geriliğinde bodurluğun anlamlı etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Bu bulgu yapılan diğer çalışmaların bulgularıyla da uyumludur (Reyes, 1990: 131-136; Colombo, 1993:146-150; Kumar ve ark., 1997:324-329; Gardner ve ark., 1998:177-179; Benefice, 1999: 443-455; Aina, Morakinyo, 2001:312-316). Psikomotor ve sosyal gelişimi etkileyen diğer bir faktörün de tuvalette el yıkamak için çeşme yada lavabonun

olmaması arasında bulunmuştur. Dolayısıyla içinde yaşanılan evin niteliğinin gelişimi etkilediği görülmektedir. Ayrıca, 2 yaşın altındaki çocuklarda kaba motor dışındaki alanlarda daha büyük çocuklara göre gelişim geriliğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun çocuğa verilen uyarılarla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Analizlerde çocuğun büyüme durumunu etkileyen tek faktörün yoksulluk olduğu saptanmıştır. Birçok araştırmada da yoksulluğun bireyin sağlık durumunu olumsuz yönde etkilediği, malnütrisyonu ve hastalıkları arttırdığı vurgulanmıştır (Johnston, 1987: 501-506; Nestel ve ark., 1999: 256-265; Tabone, Vincelet, 2000:1274-1283). Bulgular, çocuk sağlığı alanında yapılacak çalışmaların malnütrisyon ve hastalıklar arasındaki döngüyü kırmaya yönelik olması gerektiğini göstermektedir. Çünkü malnütrisyon ve hastalıkların çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilediği, okulda ve iş yaşamında başarısızlıklara neden olduğu ve yoksulluğu döngüselleştiren bir durum olarak karşımıza çıktığı bilinmektedir. Yoksulluğun neden ve sonuçları çoğu kez birbirini kısır bir döngü içinde izlemektedir (Koşar, 2000:33). Yoksulluğun sonuçları arasında, Bay-sal (1990) tarafından da bebek ve çocuk ölüm hızının yüksekliği, büyüme ve gelişme geriliklerinin yetersiz ve den-gesiz beslenmenin bir sonucu olduğu belirtilmiştir (aktaran: Koşar, 2000: 34). 1980 Dünya Gelişme raporunda yoksulluğun sonuçlarına değinilmekte, malnütrisyon, eğitimsizlik, ve hastalık sıklığından söz edilmektedir (Thomas, 1999). Dünya Sağlık Raporu 1998'de yoksulluğun ölümcül tehlikesi açıklan-makta, sürdürülebilir insani gelişme için öncelikle yoksulluğun ortadan kal-dirılması gerektiği belirtilmektedir.

Yoksulluğun ekonomik, siyasi ve sosyal boyutları ve karmaşıklığı nedeniyle, başta siyasetçiler ve ekonomistler olmak üzere pek çok mesleğe ve sektöre görev düşmektedir. Sosyal hizmetin sorunun çözümüne katkısının daha çok konuyla ilgili veri sağlamak, sosyal politikayı etkilemek ve yoksulların günlük yaşamlarındaki zorlukları aşabilmelerine yardımcı olmak şeklinde belirtilmektedir (Koşar, 2000:108). Yoksulluğun çözümünün sadece para vermekten geçmediğinin, yoksulların mesleki yöntemler kullanılarak günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlükleri çözümlenmek, güçlendirilmeleri, yoksulluk döngüsünden çıkmaları, toplum hayatına katılmaları yönünde yardımcı olma, hakları konusunda onları savunma sosyal hizmet uzmanlarının görevidir. Sosyal hizmetin katkısı kuşkusuz bütün ilgililere sosyal planlama ve politika belirleme sırasında elde ettiği verilere dayalı olarak görüş ve bilgi üretmek, yoksulların çizilen politikalarla nasıl etkilendiklerini anlatmak ve müdahale edebilmek için mevzuatın gelişmesine öncülük etmek, araştırmalarla gereken bilgileri derlemek ve değerlendirmeyi yapmak olarak belirtilmiştir (Koşar, 2000:193-194). Ancak yoksulluğun ortadan kaldırılmasında ve çocuklar üzerindeki fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilerinin azaltılmasında, hastalıkların önlenmesi, çocuk sağlığı ve aile planlaması çalışmaları, ailelerin ve toplumun sağlık eğitimi açısından halk sağlığının ve halk sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarının etkili olacağı düşünülmektedir.

Başlangıçta bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve çevre sağlığı uygulamalarına dönük olarak gelişen halk sağlığının ilgi odağı günümüzde, tıbbi bakıma ulaşımında eşitlik, özel nüfus gruplarının sağlık ihtiyaçları, sağlık planlama-

si, sağlık politikaları, sağlıklı yaşam biçimleri, hastalığın psikososyal yönü, ruh sağlığı, diş sağlığı, iş sağlığı gibi alanlara yönelmiştir. Halk sağlığının çalışma alanının genişlemesiyle sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler gibi birçok meslek elemanı halk sağlığı programlarında çalışmaya başlamıştır. Halk sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamaları 19.yy sonları ile 20.yy başlarında önem kazanmıştır. Başlangıçta önleyici çalışmalar alanında vaka bulma, tüberküloz hastalarının tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, anaçocuk sağlığı ve engelliler alanında çalışılmıştır. Hastalıkları önleme ve sağlık düzeyini yükseltmek halk sağlığının, sosyal sorunların önlenmesi, bireylerin yaşam standartlarının yükseltilmesi sosyal hizmet alanının birincil işlevini oluşturması nedeniyle, her iki disiplinin işbirliği içinde çalışması önem kazanmıştır (Mantell,1984:207-260).

Türkiye’de sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacını esas alan, ulaşılabilir ve kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri ve Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri tarafından, 0-6 yaşları arasındaki çocukların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için; fiziksel, sosyal ve ruhsal durumlarının düzenli olarak ev ziyaretleri yoluyla izlenmesi, sağlık durumlarının geliştirilmesi, korunması ve erken tanı, tedavi hizmetlerinin yürütülmesi hizmetleri 1961 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, 1964 yılında kabul edilen “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelik”te ve ayrıntıları Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergede tanımlanmıştır.

Yönerge'nin 63. Maddesinde çocuk sağlığı hizmetleri: "bir bebeğin anne rahminden başlayıp okula gidinceye kadar 6 yıl boyunca izlenmesi, onun bedence, ruhça ve sosyal yönden sağlıklı bir insan olması için gerekli olan koşullar maddelenmiş, risk altındaki çocuklar daha fazla olmak üzere 6 yaşına kadar en az 18 defa ev ziyareti yapılarak izlenmesi, izlemler sırasınca aşılarının yapılması, büyüme ve gelişmelerinin izlenmeleri, malnütrisyonu (beslenme bozukluğu) olanların veya gelişme bozukluğu olanların tedavilerinin yapılması, ailelerin eğitilmesi, sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan ailelere yönelik sosyal yardım ve destek çalışmalarının yürütülmesi, tarama programlarının uygulanması yer almaktadır.

Yönerge'nin 5. maddesinde sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri tanımlanmış ve bu kapsamda "c" bendinde "ekip hizmeti" ilkesi yer almış ve tanımlanmıştır. Yönergenin 3. bölümünde ise, sağlık ocağında çalışanların görevleri yer almış ve sağlık ocağı personeli kapsamında her biri ayrı maddelerde olmak üzere hekim, diş hekimi, eczacı, psikolog, sosyal çalışmacı (Madde 127), diş-protez teknisyeni, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni ve idari görevliler yer almıştır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık ekibi, sağlığı biyo-psikososyal bakış açısıyla değerlendirerek çerçevesini beklenen düzeyde geliştirmiş, ancak uygulayıcıların henüz biyo-psikososyal bakış açısını tam olarak kazanamaması nedeniyle henüz hekim, ebe, hemşire, sağlık me-

murunu dışındaki meslek elemanları fiilen görev almaya başlamamışlardır. Yukarıda açıklanmaya çalışıldığı gibi, başta ana-çocuk sağlığı olmak üzere, sağlık hizmetinin sunumunu düzenleyen bu kanun ve ilgili yönetmelikleri değiştirilerek, yerine pilot uygulamaya ilişkin kanun ve yönetmelikleri hazırlanarak aile hekimliği sistemi getirilmeye çalışılmaktadır. Öngörülen aile hekimliği sistemi, "ekip çalışması" kavramına yer vermekle birlikte, sağlığın psikososyal boyutuyla doğrudan ilgili sosyal hizmet uzmanını ekip içinde tanımlamamıştır. Bu durum, aileye yönelik önleyici sosyal hizmet müdahalelerinden ailenin güçlendirilmesi (eğitim, danışmanlık ve toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi) ve yoksulluğunun en aza indirilmesine yönelik müdahaleleri engelleyecek, sağlık hizmetleri yalnız fiziksel boyutla sınırlanacak ve tedavi ağırlıklı hizmetler olarak yürütülecektir. Sonuç olarak, yoksulluk döngüsüne paralel olarak, çocuk sağlığı düzeyi de olumsuz yönde etkilenecektir.

Çocukların büyüme, psikomotor ve sosyal gelişimlerini desteklemek için, yoksulluğun önlenmesine yönelik çabaların, koruyucu sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlere öncelik verilerek ve yeterli kaynak ayrılarak yürütülmesinin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde öngörülen çocuk sağlığı programlarının ekip anlayışıyla sürdürülmesinin, disiplinler arası işbirliğinin ve havale sisteminin geliştirilmesinin, aile eğitimleri ve güçlendirme programları uygulanmasının sağlıklı çocuk ve gençlere sahip olmak için zorunlu olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aina, F ve Morakinyo, O. (2001) "Anthropometric assessments in Nigerian Children", *East Afr Med J*, Jun;78 (6),312-316.
- Beaton, G.H. (1989) "Small but Healthy? Are we asking the right question?" *Eur J Clin Nutr*, 43, 863-867.
- Benefice, E., Fouere, T., Malina, R.M. (1999) "Early nutritional history and motor performance of Senegalese children, 4-6 year of age", *Ann Hum Biol*, Sep-Oct;26 (5):443-455.
- Colombo, M., Lopez, I., De Andraca I. (1993) "Early severe malnutrition and psychomotor development. Effects of a rehabilitation program", *Arch Latinoam Nutr*, Jun 43 (2):146-150.
- Cross, A.W. (1998) "Maternal and child health", Wallece R.B., Doebbeling B.N, and Last J..M (eds): *Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine*, 14th edition, Appleton and Lange, Stanford-Connecticut, 1173-1175.
- Erol, N., Sezgin, N. ve Savaşır I. (1994) "Gelişim Tarama Envanteri ile ilgili geçerlik çalışmaları", *Türk Psikoloji Dergisi*, 8 (29),16-22.
- Fernandez, I.D., Himes, J.H. & Onis de M. (2002). "Prevalence of nutritional wasting in populations: building explanatory models using secondary data". *Bulletin of the World Health Organization*, 80,282-291.
- Gardner, J.M., Walker, S.P., Chang, S.M., Vutchkov, M., Lalor,G.C. (1998) "Undernutrition and elevated blood level: effects on psychomotor development among Jamaican Children", *Public Health Nutr*, Sep;1 (3),177-179.
- Haustvas, J.L., Tolboom, J.J., Kafwembe, E.M. (2000) "Severe linear growth reterdation in rural Zambian children", *Am J Clin Nutr*, Feb;714 (21),550-559.
- Hyder, A. (1999) "The poverty health interaction:old problem, new perspectives (chapter 4:section 1): poverty, health and the poor", *The 10/90 Report on Health Research, Global Forum for Health Research to,Improve the Health of Poor People*, Switzerland.
- Johnston, F.E., Low, S.M., de Baessa, Y., MacVean, R.B. (1987) "Interaction of nutritional and socioeconomic status as determinants of cognitive development in disadvantaged urban Guatemalan children", *Am J Phys Anthropol*, Aug;73 (4),501-506.
- Koşar, N. (2000) *Sosyal Hizmetlerde Sosyal Yardım Alanları (Yoksulluk ve Sosyal Hizmet)*, Şafak Matbaacılık. Ankara.
- Kumar, R., Aggarwal, A.K., Kaur, M., Iyengar, S.D. (1997) "Factors influencing psychosocial development of preschool children in a rural area of Hayrana", *India. J Trp Pediatr*, Dec;43 (6),324-329.
- Mantell, J.E., (1984) "Social Work and Public Health." (chapter 5).I R.J. Estes (Ed.) *Health Care and the Social Services*.United States of America: Warren H. Green,207-260.
- Nestel, P., Melara, A., Rosado, J., Mora, J.O. (1999) "Undernutrition among Honduran children 12-71 months old", *Rev Panam Salud Publica*, Oct;6 (4),256-265.
- Neyzi, O. (1995) "Çocukluk Çağında Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. 2000'e 5 kala Türkiye ve Dünya Çocuklarının Durumu. XXXI. Türk Pediatri Kongre Kitabı, İstanbul, 25.
- Reyes, M.R., Valdecanas, C.M., Reyes, O.L., Reyes, T.M. (1990) "The effects of malnutrition on the motor, perceptual, and cognitive functions of Filipino children" *Int Disabil Stud*, Oct-Dec;12 (4),131-136.
- Savaşır, I., Sezgin, N., Erol, N. (1992) "0-6 yaş çocukları için Gelişim Tarama Envanteri Geliştirilmesi:Ön çalışmalar", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3 (2),33.
- Savaşır, I., Sezgin, N., Erol, N. (1998) *Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı (Genişletilmiş 2. Baskı)*, Ankara.

- Suthpen, L.J. (1985) "Growth as a measure of nutritional status". *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 14,1698.
- Tabone, M.D. ve Vincelet, C. (2000) "Socioeconomic status and child health: The experience of the Paris Child Health Checkup Center", *Arch Pediatr*, Dec.7 (12),1274-1283.
- Thomas, N.C. (1999) "Initiatives in Health Research". Chapter 5, *The 10/90 Report on Health Research, Global Forum for Health Research: Promoting Research to Improve the Health of Poor People*, Switzerland.
- Tunçbilek, E., Kurtuluş, E., Hancıoğlu, A. (1999) "Nutrition" (Chapter 10). *Turkey Population and Health Survey 1998*. Hacettepe University Institute of Population Studies and Macro International Inc, 129.
- WHO (1995). *Report of a WHO Expert Committee. Physical Statures: The Measurement and Interpretation of Anthropometry*; Geneva.
- WHO (1995) *Global Database on Child Growth and Malnutrition*. World Health Organization/Department of Nutrition for Health and development. CH-1211 geneva 27.
- World Health Report (1998) World Health Organization, Geneva.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2000) *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, Ankara.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. Resmi Gazete: 12.01.1961, sayı: 10705.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelik*, Resmi Gazete: 09.09.1964, sayı: 11802
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik*, 06.07.2005 Sayı:25867