



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

**DOKTORA
TEZİ**

**AFGANİSTAN CEVZİCAN İLİ ŞİBİRGAN İLÇESİNDE
0-59 AYLIK ÇOCUKLARDA AKUT SOLUNUM YOLU
ENFEKSİYONLARI VE İSHALLİ HASTALIKLARIN
GÖRÜLME SIKLIĞI, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE
EBEVEYN YAKLAŞIMLARI**

QUYASH ABDUL SAMAD

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HAZİRAN 2019



**AFGANİSTAN CEVZİCAN İLİ ŞİBİRGAN İLÇESİNDE 0-59 AYLIK
ÇOCUKLARDA AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI VE
İSHALLİ HASTALIKLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI, ETKİLEYEN
FAKTÖRLER VE EBEVEYN YAKLAŞIMLARI**

Quyash ABDUL SAMAD

**DOKTORA TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2019

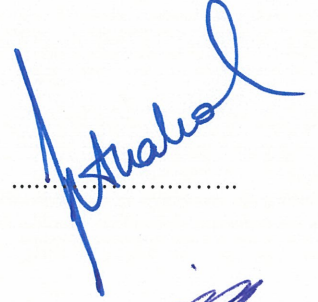
Quyash ABDUL SAMAD tarafından hazırlanan “AFGANİSTAN CEVZİCAN İLİ ŞİBİRGAN İLÇESİNDE 0-59 AYLIK ÇOCUKLARDA AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI VE İSHALLİ HASTALIKLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE EBEVEYN YAKLAŞIMLARI” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

X

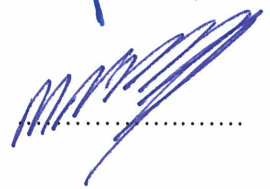


Başkan : Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

X

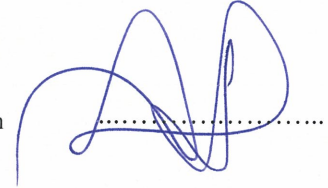


Üye : Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

X



Üye : Prof. Dr. Metin HASDE

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

X



Üye : Prof. Dr. Hakan ALTINTAŞ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

X



Tez Savunma Tarihi: 10/06/2019

Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Quyash ABDUL SAMAD

10.06.2019

AFGANİSTAN CEVZİCAN İLİ ŞİBİRGAN İLÇESİNDE 0-59 AYLIK ÇOCUKLARDA AKUT
SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI VE İSHALLİ HASTALIKLARIN GÖRÜLME
SIKLIĞI, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE EBEVEYN YAKLAŞIMLARI

(Doktora Tezi)

Quyash ABDUL SAMAD

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZİRAN 2019

ÖZET

Konu ve Amaç: Bu çalışma Afganistan’ın kuzey bölgesinde bulunan Cevzican ili Şibirgan ilçesinde 0-59 aylık çocuklarda en önemli morbidite ve mortalite nedeni olan akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) ve ishaller hastalıklarının görülme sıklığı, etkileyen faktörler ve ebeveyn yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel bir araştırma olarak planlanan bu çalışmada Afganistan Cevzican ili Şibirgan ilçesinde dört yerleşim birimine (köy) yaz ve kış mevsimleri olmak üzere iki kez gidilerek toplam 177 hane ve bu hanelerde olan 0-59 aylık 304 çocuğa ulaşılmıştır. Yaz dönemi (Ağustos) saha taramasında annelere anket uygulanmış ve 0-59 aylık çocuklarının ASYE ve ishaller hastalıklar yönünden fizik muayeneleri yapılmıştır. Kış dönemi (Şubat) saha taramasında aynı yerleşim birimleri ve aynı adreslere gidilerek çocuklar tekrar ASYE ve ishaller hastalıklar yönünden fizik muayene edilmiştir. Tanımlayıcı bulgular aritmetik ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzdelere sunulmuştur. ASYE ve ishal sıklığını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: İncelenen çocukların yaş ortalaması $2,50 \pm 1,66$ ’dır. Çocukların %53’ü erkek ve %47’si kızdır. Annelerin %67,8’i okuryazar değil, %3,3’ü ilköğretim mezunu, %5,6’sı ortaokul mezunu, %6,6’sı lise mezunu ve %16,8’i yükseköğretim-üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir. Babaların %50’si okuryazar değil, %6,6’sı ilköğretim mezunu, %3’ü ortaokul mezunu, %17,1’i lise mezunu ve %23,4’ü yükseköğretim-üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir. Çocukların %52,3’ünün 150\$ ve altı, %47,7’sinin 150\$ üzeri aylık hane halkı toplam geliri olduğu tespit edilmiştir. Akut solunum yolu enfeksiyonu olan çocuğuna uygulama konusunda annelerin %25,3’ü bilgisiz, %53,9’u az bilgili ve %20,7’si bilgili olarak saptanmıştır. İshaller çocuğuna uygulama konusunda annelerin %15,1’i bilgisiz, %52,3’ü az bilgili ve %32,6’sı bilgili olarak saptanmıştır. Akut üst solunum yolu enfeksiyonları (AÜSYE) görülme sıklığı yaz döneminde %25,3 ve kış döneminde %54,9 olarak bulunmuştur. Akut alt solunum yolu enfeksiyonları (AASYE) görülme sıklığı yaz döneminde %1 ve kış döneminde %5,7 olarak saptanmıştır. İshal görülme sıklığı yaz döneminde %17,8 ve kış döneminde %3 olarak bulunmuştur. Persistan ishal görülme sıklığı yaz döneminde %2,6 ve kış döneminde saptanmamıştır. Yaz döneminde AÜSYE üzerine en etkili faktörler çocuğun yaşı ve annenin çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgi durumu olarak saptanmıştır. Kış döneminde AÜSYE üzerine en etkili faktörler yerleşim birimi, annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin para getiren işte çalışma durumu, evdeki oda sayısı, anne banyo sıklığı ve annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu olarak bulunmuştur. Kış döneminde AASYE üzerine en etkili faktörler çocuğun yaşı, biberon ve emzik kullanma durumu, annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu ve başvurulan geleneksel tedavi yöntemleri olarak tespit edilmiştir. Yaz döneminde ishal üzerine en etkili faktörler çocuğun yaşı, babanın öğrenim durumu, hanede yaşayan toplam kişi sayısı ve tuvalet koşulu olarak saptanmıştır. Kış döneminde ishal üzerine en etkili faktörler çocuk elbise değiştirme sıklığı ve çocuğun şu anki beslenme şekli olarak bulunmuştur. Yaz döneminde persistan ishal üzerine en etkili faktörler çocuğun yaşı, aylık hane halkı toplam geliri ve içme suyu saklama şekli olarak saptanmıştır.

Bilim Kodu	: 1029.1
Anahtar Kelimeler	: Afganistan, ASYE, Çocuk Sağlığı, İshal, Sıklık, Şibirgan
Sayfa Adedi	: 157
Danışman	: Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

PREVALENCES, RELATED FACTORS AND PARENTAL APPROACHES FOR ACUTE
RESPIRATORY INFECTIONS AND DIARRHEAL DISEASES AMONG 0-59 MONTHS OLD
CHILDREN IN SHEBERGHAN DISTRICT OF JAWZJAN PROVINCE OF AFGHANISTAN

(Ph. D. Thesis)

Quyash ABDUL SAMAD

GAZI UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

JUNE 2019

ABSTRACT

Subject and Objective: This study was conducted in the Sheberghan district of Jawzjan province located in the north region of Afghanistan to evaluate the frequency, affecting factors and parental approaches for acute respiratory infections (ARI) and diarrheal diseases, which are the most important causes of morbidity and mortality among the children aged 0-59 months.

Material and Method: In this study, which was planned as a cross-sectional research; a total of 177 households and 304 children 0-59 months of age living in four settlements (villages) of Sheberghan district of Jawzjan province of Afghanistan were reached by visiting two times in summer and winter seasons. In the summer period (August) field survey a questionnaire was applied to mothers and physical examination of their children aged 0-59 months, in terms of ARI and diarrheal diseases was done. In the winter period (February) field survey the same settlements and the same addresses were visited and again the children were physically examined for ARI and diarrheal diseases. The arithmetic means ($\pm$) standard deviation, medians (min; max), frequency distributions and percentages of descriptive findings are presented. Logistic regression analysis was performed to determine the factors affecting the frequencies of ARI and diarrhea.

Results and Conclusion: The mean age of the examined children was $2,50 \pm 1,66$. 53% of children were boys and 47% were girls. 67,8% of the mothers were illiterate, 3,3% were primary school graduates, 5,6% were secondary school graduates, 6,6% were high school graduates and 16,8% were university graduates. 50% of the fathers were illiterate, 6,6% were primary school graduates, 3% were secondary school graduates, 17,1% were high school graduates and 23,4% were university graduates. It was determined that 52,3% of the children had a total household income of \$150 or less and 47,7% of the children had a total household income over \$150. 25,3% of the mothers were uninformed of proper practices for her child with ARI, while 53,9% were less knowledgeable and 20,7% were knowledgeable. 15,1% of the mothers were uninformed of proper practices for her child with diarrhea while 52,3% were less knowledgeable and 32,6% were knowledgeable. The incidence of acute upper respiratory infections (AURI) was found as 25,3% in summer period and 54,9% in winter period. The incidence of acute lower respiratory infections (ALRI) was found as 1% in summer period and 5,7% in winter period. The incidence of diarrhea was found as 17,8% in summer period and 3% in winter period. The incidence of persistent diarrhea was found as 2,6% in the summer period and it was not detected in the winter period. The most effective factors on AURI in the summer period were the age of the child and the mother's knowledge on the benefit of feeding and breastfeeding the child. The most effective factors on the AURI in the winter period were the settlement, the mother's age, the mother's educational status, the mother's working status to earn money, the number of rooms in the house, the mother's bath frequency and the mother's knowledge on approach to her child with ARI. The most effective factors on ALRI in winter period were the age of the child, the use of feeding bottles and pacifiers, the mother's knowledge on approach to her child with ARI and the traditional treatment methods. The most effective factors on diarrhea in the summer period were the age of the child, the father's educational status, number of people living in household and the toilet condition. The most effective factors on diarrhea in the winter period were the child's dress changing frequency and the child's current nutritional status. The most effective factors on persistent diarrhea in the summer period were the age of the child, the monthly total household income and the way of storing drinking water.

Science Code : 1029.1
Key Words : Afghanistan, ARI, Child Health, Diarrhea, Frequency, Sheberghan
Page Number : 157
Advisor : Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

TEŞEKKÜR

En başta bu tez çalışmamı 01/2015-20 kodlu proje kapsamında destekledikleri için Gazi Üniversitesi BAP birimine şükranlarımı ve saygılarımı sunarım. Tez çalışmam süresince her türlü bilgi, destek ve katkılarını benimle paylaşan ve bana rehberlik eden değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL'a, çalışmamızın istatistiksel analizlerinde yardımını ve bilgisini esirgemeyen Arş. Gör. Dr. Hacer DEMİRKÖSE'ye, saha çalışmamızın izni konusunda yardımcı olan Afganistan Sağlık Bakanlığı yetkililerine, saha çalışmamızda gerekli izinleri veren ve çalışmamızı destekleyen Cevzican İl Sağlık Müdürü sayın Dr. Fereydun HABİP'e, Cevzican ili sağlık verilerini bizimle paylaşan Cevzican İli Sağlık Sürveyans Müdürü sayın Dr. G. Mahiddin MATİN'e, Cevzican ili ve Şibirgan ilçesi ile ilgili demografik ve coğrafik bilgileri bizimle paylaşan, saha çalışmamızda bizi yönlendiren Cevzican İli Valilik Müsteşarı sayın Müh. Barzo RASEKH'e, kaynaklar, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Sağlık Bakanlığı Plan Genel Müdürü sayın ağabeyim Dr. Bakhtar RASEKH'e, saha çalışma ekibimde özveri ile çalışan hürmetli annem Mahbuba RASEKH'e, Hemşire Zehra Hanım'a ve Royin NAZARI'ye teşekkürü borç bilirim.

Ayrıca doktora eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak; beni sağlığa yeni bir bakış açısı ile yetiştiren, herbirinin mesleki ve akademik hayatımda ayrı yeri olan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Sefer AYCAN, Sayın Prof. Dr. Mehmet Ali BUMİN, Sayın Prof. Dr. Remzi AYGÜN, Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN ve Sayın Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN'a sonsuz şükranlarımı sunarım.

Duaları ve manevi desteğini hep yanımda hissettiğim hürmetli babam Abdul Samad RASEKH'e, doktora eğitimim ve tez çalışmam boyunca bana her türlü desteği veren ve benim her halime katlanan sevgili eşim Bil. Uzm. Shogofa Rasekh M. YAHYA'ya sonsuz tesekkür ederim.

Quyash ABDUL SAMAD

10.06.2019

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER (LİTERATÜR BİLGİLERİ).....	5
2.1. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları.....	5
2.1.1. Tanım ve sınıflandırma.....	5
2.1.2. Etken organizma, belirtiler, bulgular ve bulaşıcılık	7
2.1.3. ASYE'nin ana unsurları.....	8
2.1.4. Afganistan'da ASYE morbiditesi ve mortalitesi.....	8
2.1.5. Afganistan'da ASYE önlenmesi ve kontrolünün önemi	10
2.1.6. ASYE önlenmesi ve kontrolü.....	11
2.1.7. ASYE'nin klinik değerlendirilmesi ve tedavisi	13
2.2. İshalli Hastalıklar	15
2.2.1. Tanım ve sınıflandırma.....	15
2.2.2. Etken organizma, belirtiler, bulgular ve bulaşıcılık.....	17
2.2.3. Küresel halk sağlığı sorunu olarak ishal.....	17
2.2.4. Afganistan'da ishal morbiditesi	18
2.2.5. Afganistan'da ishal mortalitesi.....	21

2.2.6. Afganistan’da ishal ile ilgili bilgi ve uygulamalar	22
2.2.7. İshalin klinik değerlendirilmesi ve tedavisi	24
2.3. Cevzican İli ve Şibirgan İlçesi Profili	27
2.4. Cevzican’da Sağlık	28
2.4.1. Cevzican’da akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishalleri hastalıklar	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırma Tipi (Modeli)	33
3.2. Evren ve Örneklem	33
3.3. Veri Toplama Araçları	34
3.4. Çalışma Ekibi	35
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	36
3.6. Veri Analizi	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
4. BULGULAR	41
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	41
4.2. Ebeveyn Yaklaşımları ile İlgili Bulgular	51
4.3. Sıklık ile İlgili Bulgular	54
4.4. Etkileyen Faktörler ile İlgili Bulgular	55
4.4.1. Akut solunum yolu enfeksiyonları etkileyen faktörleri ile ilgili bulgular	55
4.4.2. İshal etkileyen faktörleri ile ilgili bulgular	81
5. TARTIŞMA	109
5.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışması	109
5.2. Ebeveyn Yaklaşımları ile İlgili Bulguların Tartışması	113
5.3. Sıklık ile İlgili Bulguların Tartışması	117

5.4. Etkileyen Faktörler ile İlgili Bulguların Tartışması	119
5.4.1. Akut solunum yolu enfeksiyonları etkileyen faktörleri ile ilgili bulguların tartışması.....	119
5.4.2. İshal etkileyen faktörleri ile ilgili bulguların tartışması.....	129
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	139
6.1. Sonuçlar	139
6.2. Öneriler	140
KAYNAKLAR	143
EKLER.....	147
EK-1. Anket Formu	148
EK-2. Muayene Formu	154
EK-3. Saha Çalışması Fotoğrafları	155
ÖZGEÇMİŞ	157

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Oral Rehidratasyon Solüsyonunun (ORS) Bileşimi, DSÖ.....	26
Çizelge 2.2. Cevzican İli İlçeleri Yüzölçümleri ve Köy Sayıları.	28
Çizelge 2.3. Cevzican’da Yıllara Göre Aşıl原因an Çocuk Sayısı	29
Çizelge 2.4. Bir Bakışta Cevzican İli	30
Çizelge 2.5. Cevzican’da 2012 Yılında Beş Yaş Altı Çocuklarda ASYE ve İshalin Aylara Göre Vaka Sayıları	30
Çizelge 3.1. Araştırmada Hedeflenen ve Ulaşılan Hane ve Çocuk Sayıları	34
Çizelge 4.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	41
Çizelge 4.2. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	42
Çizelge 4.3. Araştırmaya Katılan Çocukların Hane Halkı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	43
Çizelge 4.4. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	44
Çizelge 4.5. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Kişisel Temizlik (Hijyen) Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	47
Çizelge 4.6. Araştırmaya Katılan Çocukların Kullandıkları Suyun Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	48
Çizelge 4.7. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	49
Çizelge 4.8. Araştırmaya Katılan Çocukların Aşıları ve Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ve İshal İle İlgili Devlet Hizmetlerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	40
Çizelge 4.9. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ve İshal ile İlgili Düşünce, Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Ait Sorulara Yanıtlarının Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	51
Çizelge 4.10. Araştırmaya Katılan Çocuklarda Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları, İshal ve Dehidratasyon Görülme Durumu, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016... ..	54
Çizelge 4.11. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	55
Çizelge 4.12. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	55

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.13. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları, Sanitasyon ve Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	57
Çizelge 4.14. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	60
Çizelge 4.15. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	61
Çizelge 4.16. Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	62
Çizelge 4.17. Araştırmaya Katılan Çocukların Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	62
Çizelge 4.18. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	63
Çizelge 4.19. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları, Sanitasyon ve Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	66
Çizelge 4.20. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	69
Çizelge 4.21. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	70
Çizelge 4.22. Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	71
Çizelge 4.23. Araştırmaya Katılan Çocukların Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	73

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.24. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	73
Çizelge 4.25. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	76
Çizelge 4.26. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	78
Çizelge 4.27. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	79
Çizelge 4.28. Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	80
Çizelge 4.29. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaz Döneminde İshal Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	81
Çizelge 4.30. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	81
Çizelge 4.31. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	84
Çizelge 4.32. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	86
Çizelge 4.33. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	88
Çizelge 4.34. Araştırmaya Katılan Annelerin İshal ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	89
Çizelge 4.35. Yaz Döneminde İshal Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	90

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.36. Araştırmaya Katılan Çocukların Kış Döneminde İshal Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	90
Çizelge 4.37. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	91
Çizelge 4.38. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	93
Çizelge 4.39. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Kişisel Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	95
Çizelge 4.40. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılma Durumlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	97
Çizelge 4.41. Araştırmaya Katılan Annelerin İshal ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	98
Çizelge 4.42. Kış döneminde İshal Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	99
Çizelge 4.43. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	99
Çizelge 4.44. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	100
Çizelge 4.45. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	102
Çizelge 4.46. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	104
Çizelge 4.47. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılma Durumlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	106
Çizelge 4.48. Araştırmaya Katılan Annelerin İshal ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016.....	107
Çizelge 4.49. Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016	108

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Sınıflandırması.....	5
Şekil 2.2. DEWS Raporuna Göre Afganistan’da 2008-2010 Yılları Arasında AÜSYE Vaka Dağılımı	9
Şekil 2.3. DEWS Raporuna Göre Afganistan’da 2008-2010 Yılları Arasında Pnömoni Vaka Dağılımı.....	9
Şekil 2.4. HMIS Raporuna Göre Afganistan’da 2003-2010 Yılları Arasında AÜSYE Vaka Sayısı.....	10
Şekil 2.5. HMIS Raporuna Göre Afganistan’da 2003-2010 Yılları Arasında Pnömoni Vaka Sayısı.....	10
Şekil 2.6. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Tedavi Şeması.....	13
Şekil 2.7. Afganistan’da İshalli Hastalıklar ile ASYE ve Diğer Sağlık Sorunları Yıllık Dağılımının Karşılaştırılması (Nisan 2006-Mart 2007).....	19
Şekil 2.8. 0-59 Aylık Çocukların İshal Nedeniyle Hastanede Yatış Oranı ile Diğer Sağlık Sorunlarının Karşılaştırılması (Nisan-Eylül 2007)	20
Şekil 2.9. 0-59 Aylık Çocuklar Arasında Atak Sayısına Göre İshal Hızı (Küçük Ölçekli Anket, Aralık 2007).....	20
Şekil 2.10. Kabil’de 3 Yüksek Riskli Yerleşim Yerinde, Evde İshal Tedavisi ile İlgili Ortak Uygulamalar (Aralık 2007)	23
Şekil 2.11. Kabil’de 3 Yüksek Riskli Yerleşim Yerinde, İshalin Tehlike/Sevk Bulguları ile İlgili Annelerin Bilgi Durumu (Aralık 2007).....	23
Şekil 2.12. Cevzican’da ASYE ile İshalin Yıllık Sıklıklarının Karşılaştırılması, (2012)	31

KISALTMALAR

Kısaltmalar

AASYE
ACF
ALRI
ANHDR
ARCS
ARI
AST
ASYE
AURI
AÜSYE
BCC
BDN
BHC
BPHS
CDC
CHC
CSO
DEWS
DSÖ
EPHS
GAPP

GAPPD

HIV
HMIS
IEC
IM/IV
IRA
JPDP
MDG
MDI
MICS
MoPH
NNS
ORS
SAF
UNICEF

Açıklamalar

Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
 Action Contre la Faim
 Acute Lower Respiratory Infections
 Afghanistan National Human Development Report
 Afghanistan Red Crescent Society
 Acute Respiratory Infection
 Ağız yoluyla Sıvı Tedavisi
 Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu
 Acute Upper Respiratory Infections
 Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
 Behaviour Change Communication
 Bakhtar Development Network
 Basic Health Centre
 Basic Package of Health Services
 Communicable Disease Control
 Comprehensive Health Centre
 Central Statistics Organization
 Disease Early Warning System
 Dünya Sağlık Örgütü
 Essential Package of Health Services
 Globle Action Plan for control and prevention of
 Pneumonia
 Globle Action Plan for control and prevention of
 Pneumonia and Diarrhea
 Human Immunodeficiency Virus
 Health Management Information System
 Information Education and Communication
 Intramuscular/Intravenous
 Islamic Republic of Afghanistan
 Jawzjan Provincial Development Plan
 Millennium Development Goal
 Metered Dose Inhaler
 Multi Indicators Cluster Survey
 Ministry of Public Health
 National Nutrition Survey
 Oral Rehydration Solution
 Solidarity for Afghan Families
 United Nations International Children's Emergency
 Fund
 World Health Organization

1. GİRİŞ

Afganistan uzun yıllar süren savaş ve çatışma sonuçlarından kurtulmaya çalışmaktadır. Yılların huzursuzluğu, insani, sosyal ve ekonomik göstergeler üzerinde yıkıcı yük bırakmıştır. Güvenlik açığı çok, yoksulluk düzeyi yüksek, gıda güvensizliği yaygın, sağlıklı içme suyu ve sanitasyon erişimi sınırlı, depremler ve kuraklık gibi doğal afetler siktir. Bulaşıcı hastalıklar yaygın görülmektedir. Afganistan'da kolera, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, kızamık, menenjit, boğmaca, difteri ve sıtma gibi hastalık salgınları siktir. İskorbüt salgınları da bildirilmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresi 63 yıldır. Bebek ve beş yaş altı ölüm hızları sürekli yüksektir. Son çalışmalarla bu hızların 165/1000 ve 260/1000'den (canlı doğumda) sırasıyla 77/1000 ve 97/1000 (canlı doğumda) düştüğü gösterilmiştir [1,16].

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyada beş yaş altı çocuk ölümlerinin %18'inden akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) ve %15'inden ishalli hastalıklar sorumludur. Gelişmekte olan ülkelerde ASYE ve ishal ölümlerinin gelişmiş ülkelere 30-50 kat daha fazla oluşu, bu hastalıkların gelişmekte olan ülkelere önemli bir halk sağlığı problemi olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır [13].

2003 yılından önce çoğunlukla akut solunum yolu enfeksiyonları, ishalli hastalıklar ve kızamıktan her yıl bir milyondan fazla beş yaş altı Afgan çocuğu ölmekteydi [12]. Günümüzde bulaşıcı hastalıklar, özellikle akut solunum yolu enfeksiyonu, ishal, kızamık ve neonatal tetanoz ve bunun sonucunda yüksek morbidite ve mortalitenin büyük yükü; çocukların hayatta kalma, büyüme ve gelişme haklarından mahrum bırakan önemli sorun olarak kabul edilmektedir. Bu da sosyokültürel ve fiziksel engeller, aşırı cehalet ve bilgisizlik sonucunda hizmetlere (sağlık, su ve sanitasyon) az erişim ve kalitesiz hizmetlerden dolayı ortaya çıkmaktadır.

Afganistan'da da akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), ishalli hastalıklar, malnütrisyon, yenidoğan tetanozu ve kızamık 0-59 aylık çocuklarda başlıca ölüm nedenleridir. Kronik malnütrisyon Afgan çocuklarda düşük ağırlığa ve bodurluğa yol açmakta, hastalıklara ve ölüme götüren en önemli predispozan faktör olarak kabul edilmektedir [4].

2010 DEWS (Disease Early Warning System) verilerine göre; Afganistan'da pnömoni için vaka ölüm oranı 5.4/1000 dir. Bu da DEWS'ta rapor edilen tüm bulaşıcı hastalıklardan olan ölümlerin %56.8'ini oluşturmaktadır. DSÖ'nün (2008) tahminlerine

göre; Afganistan'da 0-14 aylık bebeklerde yılda 1500 ölüm akut üst solunum yolu enfeksiyonu (AÜSYE) ve 68400 ölüm akut alt solunum yolu enfeksiyonu (AASYE) ve pnömoni nedeniyle meydana gelmektedir. Aynı zamanda 2007 yılında Afganistan HMIS (Health Management Information System) tarafından bildirilen ilk on hastalık arasında grip birinci ve pnömoni üçüncü hastalık olarak bildirilmiştir. 2008 yılında, Afganistan'da beş yaş altı çocukların ölüm nedenleri sıralamasında pnömoni ikinci neden olarak belirlenmiştir [11].

Afgan çocukların yılda ortalama altı kez ishal geçirdikleri tahmin edilmektedir. Kabil'de yapılan küçük ölçekli küme anketi sonucuna göre Nisan-Aralık 2007 tarihinde 0-59 aylık çocukların %84'ü birden fazla ishal atağı yaşarken %37'si üçten fazla atak yaşamıştır [25]. DSÖ tahminine göre Afganistan'da yıllık 41000'den fazla (100,000'de 179,5) kişi çoğunlukla bebek ve çocuklar olmak üzere ishal nedeniyle ölmektedir [45].

Afganistan hükümeti tarafından son 15 yılda Temel Sağlık Hizmetleri Paketi (Basic Package of Health Services) ve Hastane Hizmetleri Temel Paketi (Essential Package of Health Services) uygulanmaya başlanması ve yaygınlaştırılması yoluyla hizmet erişimi ve kalitesi artırılmış, bebek ve beş yaş altı ölüm hızları gibi sağlık göstergelerinin değerlerinde ciddi düşüş sağlanmıştır. Fakat hala Afganistan Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık ve Beslenme Sektörü Stratejisi'nde belirtilen "Tüm Afganların kaliteli hizmete adil erişimi" hedefi ve diğer hedeflere ulaşmak ve bu hedefleri sürdürmek için katedilmesi gereken uzun yollar vardır.

Afganistan İslam Cumhuriyeti Mart 2004'te Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne (MDG) ortak olmuştur. Afganistan "2003 ve 2015 yılları arasında; 5 yaş altı ölüm hızında %50 azaltma, ve 2020 yılına kadar 2003 seviyesinin 1/3'üne indirme" hedefini koymuştur [2]. Beş yaş altı mortalitesinde belirtilen azalmayı sağlamak için sektörler arası yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Tüm kanıtlar Afganistan hükümeti ve Sağlık Bakanlığı'nın belirtilen hedefe ulaşmalarının; akut solunum yolu enfeksiyonları, ishalli hastalıklar ve kızamık gibi çocuklarda morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri ile tam mücadele etmedikleri sürece mümkün olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, bu hastalıkların kontrolü için uzun vadeli stratejik planın olması; belirtilen binyıl kalkınma hedefine ulaşmak için Sağlık Bakanlığı, ilgili diğer bakanlıklar, donör ülkeler ve diğer ortaklara yardımcı olacaktır.

Bu çalışma Afganistan Cevzican ili Şibirgan ilçesinde 0-59 aylık çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishalli hastalıkların mevcut durumunu değerlendirmek açısından önemlidir. ASYE'nin en sık görüldüğü ve en sık ölüme neden olduğu 0-59 aylık çocuklar, Afganistan gibi gelişmemiş bir ülkede oldukça önemli bir risk gurubunu

oluşturmaktadır. Afganistan dünyada en yüksek beş yaş altı çocuk ölüm hızına sahip ülkelerden biridir (1000 canlı doğumda 97 ölüm) [16]. Yukarıda belirtilen tüm problemler Afganistan'ın kuzeyinde yer almakta olan Cevzican ili Şibirgan ilçesi için de geçerlidir. Dolayısıyla hastalığın görülmesini kolaylaştıran veya ağır seyretmesine neden olan faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Afganistan'da bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması için bu ölümlerin ilk sırasında bulunan pnömoni ve ishal konularında ülkenin değişik bölgelerinde çok sayıda çalışma yapılması gerekmektedir. Afganistan'da toplumun bütün kesimlerini kapsayan bir enfeksiyon araştırması yapılmamıştır. Kuzey Afganistan'da ASYE ve ishal ile ilgili yapılan çalışma yok denecek derecede azdır. Ayrıca aileler ve beş yaş altı çocukların sağlığını etkileyen genel durumlarını ortaya koyan araştırmalar da çok azdır.

Bu araştırma; Afganistan'ın kuzeyinde yer alan Cevzican ili Şibirgan ilçesinde 0-59 aylık bebek ve çocuklar ile ailelerin -tanımlayıcı bilgilerle- çocukların sağlığını etkileyen genel durumlarını ortaya koymayı, en önemli morbidite ve mortalite nedeni olan akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishalleri hastalıkların görülme sıklığını belirlemeyi, bu iki hastalığı etkileyen faktörleri tespit etmeyi ve ailelerin bu hastalıklara ilişkin yaklaşımlarını değerlendirmeyi, Afganistan sağlık yöneticilerine ve sağlık hizmeti sunanlara sonuçlarla ilgili öneriler sunmayı amaçlamaktadır.

Kısaca bu araştırmada amaçlar Afganistan Cevzican ili Şibirgan ilçesinde;

1. 0-59 aylık çocuklar ve ailelerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemek,
2. 0-59 aylık çocuklarda ASYE ve ishalin görülme sıklığını belirlemek,
3. Bu iki hastalığı etkileyen faktörleri tespit etmek,
4. Bu iki hastalık ile ilişkin ebeveyn yaklaşımlarını tespit etmek,
5. Bu iki hastalığın önemini vurgulamak ve ilgililerin dikkatini konu üzerine toplamaktır.

Bu çalışmanın, konunun boyutlarını sergileme ve önemini vurgulama açısından katkı sağlayacağına ve Afganistan'ın diğer illeri ve geneli için örnek teşkil edeceğine inanılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER (LİTERATÜR BİLGİLERİ)

2.1. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları

2.1.1. Tanım ve sınıflandırma

Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları (ASYE) etkilenen ana organlara bağlı olarak; Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları (AÜSYE) ve Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları (AASYE) olarak sınıflandırılmaktadır. AÜSYE’de burun, sinüsler, orta kulak, farinks, tonsiller ve epiglot; AASYE’de larinks, trakea, bronşlar ve akciğerler etkilenmektedir. AÜSYE genellikle hafif seyirli olup en sık virüslerin, bazen de sinüzit ve orta kulak iltihabı gibi durumlarda bakterilerin neden olduğu hastalıklardır. AÜSYE Soğuk Algınlığı (nezle) ve Grip Benzeri Hastalıklar olarak iki guruba ayrılır. Pnömoni ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonları ASYE’lerde ölüm ve ağır hastalık nedenleridir [64]. (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Sınıflandırması

Soğuk Algınlığı, Nezle

Akut nazofarenjit olarak bilinen soğuk algınlığı aşağıdaki dört solunum semptomlarından en az birinin akut başlangıcıdır. Öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı veya tıkanması; bunlar ateşle beraber veya ateşsiz olabilir [13].

Grip Benzeri Hastalıklar

Farenks ve tonsillerin akut enfeksiyonudur. Tonsilit, tonsilofarenjit, farenjit ve nazofarenjit

tanılarının hepisini içerir. Genellikle yedi gün sürer. Ateş $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ve öksürük vardır [13].

Akut Orta Kulak İltihabı

En sık 6-36 ay arasındaki çocuklarda görülür. Bir yaşından önce otitis media atağı geçirenlerde yinleme riski daha fazladır. Östaki tüpünün kısa olması nedeniyle nazofarengeal sekresyon ve bakterilerin orta kulağa kolayca geçmesi, adenoid dokunun östaki ağzını kapatması ve sık geçirilen viral enfeksiyonlar, otitis media sıklığını artıran başlıca nedenlerdir. Genellikle viral bir AÜSYE başlangıcından birkaç gün sonra çocukta aniden huzursuzluk, ateş ve işitme kaybı olması Otitis Media'yı düşündürür. Ateş, çocukların yaklaşık yarısında görülür. Muayenede kulak zarı hiperemik, pembe ve hareketi azalmış olarak görülür [54].

Akut Sinüzit

Nazal bölgedeki akut enfeksiyonların çoğunda paranasal sinüsler de tutulur. Bebeklik döneminden itibaren maksiller ve etmoid sinüslerde enfeksiyon gelişebilir. Sinüzit belirtileri genellikle akut rinitin 3-5. günlerinde ortaya çıkar. Bu günden sonra genellikle AÜSYE belirtilerinde bir azalma beklenirken tersine ateşin 39°C 'nin üzerine çıkması, çocuklarda sık görülmese bile periorbital ödem ve yanakta ağrı olması akut sinüziti düşündürür. 10 günden fazla süren ÜSYE belirtileri de akut sinüziti akla getirmelidir [54].

Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları

Krup Sendromları, akut trakeit, akut bronşit ve akut bronşioliti içerir. Bir gecelik hastane yatışı gerektiren, son 7 gün boyunca devam eden ve aşağıdaki semptomları içeren akut solunum yolu hastalıklarıdır. Ateş $\geq 38^{\circ}\text{C}$, öksürük, nefes darlığı ve/veya solunum zorluğu öyküsü vardır [13].

Pnömoni

Ateş, titreme ve göğüs ağrısı ile beraber olan öksürük veya solunum zorluğu belirtileri; iki ay ile bir yaş arası bebeklerde dakikada 50 ya da daha fazla solunum sayısı, 1 ile 5 yaş arası çocuklarda dakikada 40 ya da daha fazla solunum sayısı bulgusu ile tanımlanır. Göğüs çekintisi, stridor veya genel tehlike bulguları yoktur [13].

Ağır Pnömoni

Herhangi bir genel tehlike bulgusu ile beraber olan öksürük veya solunum zorluğu belirtileri veya sakın bir çocukta göğüs çekintisi veya stridor vardır.

Genel Tehlike Bulguları; 2 aylık ile 5 yaş arası çocuklarda içememe veya emememe,

kusma, konvülziyon, letarjik veya bilinci kapalı olma durumudur. İki aydan küçük bebeklerde aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı ağır pnömoniye gösterir. Öksürük veya solunum zorluğu ve dakikada 60 veya daha fazla solunum sayısı, homurdanma (inleme) veya ateş veya düşük vücut ısısı veya herhangi bir genel tehlike bulgusu [13].

Pnömoni; ASYE'nin en nihai komplikasyonudur. Gelişmekte olan ülkelerde çocuklar arasında her yıl yaklaşık 150 milyon pnömoni atağı görülür [17]. Pnömoni, dünyanın her bölgesinde beş yaş altı çocukları başka herhangi bir hastalıktan daha fazla öldürür. 2007 yılında tahmin edilen 9 milyon çocuk ölümünün yaklaşık %20'sinin (1,8 milyonunun) pnömoni nedeniyle olduğu bildirilmiştir [3]. Bu durum şu ana kadar aşağı yukarı aynı şekilde devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2010 raporuna göre; pnömoni dünya çapında beş yaş altı çocuklarda birinci sıradaki ölüm nedenidir ve bu ölümlerin %18'inden sorumludur. Bu durum aileler ve sağlık sistemi üzerine büyük yüke neden olmaktadır. Son zamanlarda grip benzeri hastalık vakalarında olan artış, AÜSYE'nin morbidite ve mortalitesinde artış eğilimi olduğunu göstermektedir. Bunun sonucu olarak da pnömoni vakalarında da artış olmaktadır. Aynı zamanda yeni tanımlanan ağır akut solunum yolu enfeksiyonları, ağır pnömoniye gelişerek yüksek ölüm vakalarına neden olmaktadır. Sonuçta ASYE; Binyıl Kalkınma hedeflerinden 4.'sü olan "2015 yılına kadar beş yaş altı çocuk ölümlerinin üçte iki oranında azaltılması" hedefine ulaşılmasına büyük engel teşkil etmektedir [13].

2.1.2. Etken organizma, belirtiler, bulgular ve bulaşıcılık

Etken organizma bakteriler (en sık Streptococcus pneumonia ve Haemophilus influenza tip B) veya virüsler olabilir. Yenidoğanlar ve yetersiz beslenen çocuklar Staphylococcus aureus ve diğer gram negatif bakteriler ile enfekte olmaya yatkındırlar. Bununla birlikte, klinik bulgular ve radyoloji ile bakteriyel ve viral AÜSYE'yi ayırt etmek mümkün değildir. Akut solunum yolu enfeksiyonları hafif veya ağır olabilir. Hafif vakalar burun akıntısı, hafif ateş ve öksürük ile ortaya çıkabilir. Fakat, ağır akut solunum yolu enfeksiyonları yüksek ateş ile beraber pnömoni belirtilerinden biri veya bir kaçı (anormal solunum sesleri, takipne, öksürük, balgam, hemoptizi, göğüs ağrısı, boğaz ağrısı, nefes darlığı) ile ortaya çıkabilir.

Pnömoni; akciğer iltihabı, öksürük, hızlı ve zorlu nefes alma, ateş, kas ağrıları ile karakterize olan bir hastalıktır. Çoğu durumlarda AÜSYE, AASYE veya pnömoniye ilerlemektedir. Dolayısıyla AÜSYE'nin önlenmesi, akut solunum yolu enfeksiyonları

yükünü azaltacaktır. Afganistan'da AÜSYE ve pnömoni yıl boyunca görülür, ancak pik insidansı kış aylarındadır (Şekil 2.2 & 2.3) [13].

Kişiden kişiye bulaşma, hava yoluyla damlacıklar halinde ve bulaşıcı salgılarla doğrudan temas yoluyla olabilir. AÜSYE olan bir kişinin, solunum yolunun ikincil bir enfeksiyona maruz kalışı (hava yoluyla bakteriler ve mantarlar) ciddi komplike pnömonilere neden olabilir. Pnömoni vakalarının yaklaşık %1'i sekel veya solunum yolu hasarına neden olabilir ve tekrarlayan enfeksiyon riskini artırabilir [5].

Risk faktörleri

Pnömoni ölümlerin yaklaşık %75'i bir yaşın altındaki bebekler arasında görülür. Bu risk düşük doğum ağırlığı, yetersiz beslenme, kalabalık ortam, sıtma, ve zayıf bağışıklık ile daha da artar. HIV enfeksiyonu olan çocuklarda pnömoni yükü nispeten fazladır. [13]

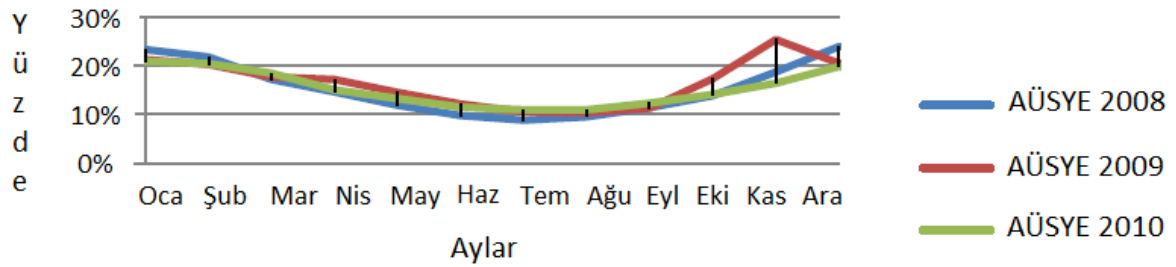
2.1.3. ASYE'nin ana unsurları

- 5 yaş altındaki çocuklarda ölümlerin yaklaşık %20'si akut alt solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni, bronşolit ve bronşit) nedeniyledir. Bu ölümlerin %90'ı pnömoni nedeniyle meydana gelmektedir [11].
- Çocuklar arasında pnömoni vakalarının çoğu salgınlar halinde değil, sporadik olarak ortaya çıkmaktadır [17].
- Düşük doğum ağırlığı olan, yetersiz beslenen ve emzirilmeyen, kalabalık koşullarda yaşayan, HIV ile enfekte olan çocukların pnömoniye yakalanma riski daha yüksektir. Aynı zamanda bu çocukların pnömoniden ölüm riski de yüksektir.
- Gelişmiş hijyen, iyi beslenme ve emzirmeye teşvik, yeterince havalandırılan konutlar ile kapalı ortam hava kirliliğine maruz kalmayı önleme AÜSYE ve pnömoni riskini azaltabilir.
- Erken tanı ve pnömoni acil tedavisi hayat kurtarıcıdır.
- Haemophilus influenza tip B ve pnömokok konjuge aşısı, AÜSYE ve pnömoni morbidite ve mortalitesinin önlenmesi için en etkili müdahalelerdir [13].

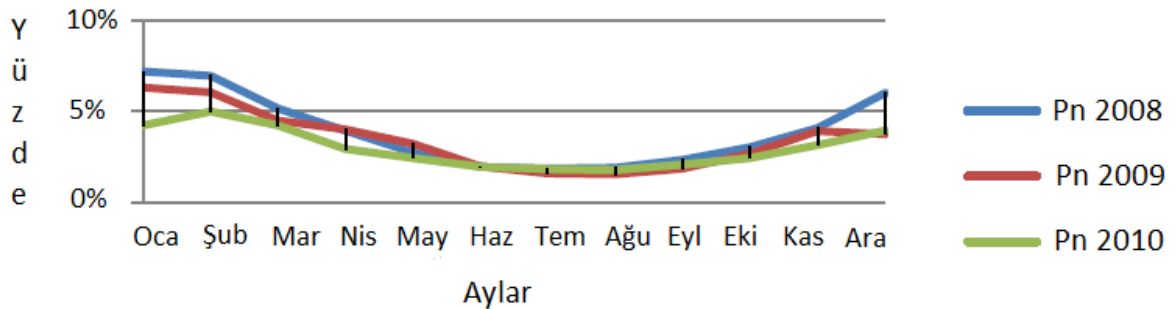
2.1.4. Afganistan'da ASYE morbiditesi ve mortalitesi

Afganistan'da bulunan bildirim sisteminde AÜSYE soğuk algınlığı (Nezle) ve AASYE pnömoni olarak rapor edilmektedir. HMIS (Health Management Information System) aracılığıyla 2010 yılında, 4.564.066 soğuk algınlığı olgusu ve 1.554.192 pnömoni olgusu

bildirilmiştir [15]. Aynı dönemde DEWS (Disease Early Warning System) 1.559.815 soğuk algınlığı olgusu ve buna bağlı 4 ölüm ve 301.679 pnömoni olgusu ve buna bağlı 1625 ölüm vakası rapor etmiştir. DEWS 2010 verilerine göre; Afganistan’da pnömoninin vaka ölüm hızı 5,4/1000 olup ve bu da DEWS’in bildirdiği tüm bulaşıcı hastalık ölümlerinin %56,8’ini oluşturmuştur [16]. DSÖ’nün 2008 tahminlerine göre; Afganistan’da 0-14 yaş grubu arasında yılda 1500 ölüm AÜSYE nedeniyle ve 68.400 ölüm AASYE veya pnömoni nedeniyle meydana gelmektedir. Afganistan’da 2008 yılında pnömoni 5 yaş altı çocuklar arasında ikinci sıradaki ölüm nedeni olarak bildirilmiştir [19]. Yine 2007 yılında Afganistan HMIS tarafından bildirilen ilk on hastalık arasında soğuk algınlığı birinci ve pnömoni üçüncü hastalık olarak bildirilmiştir. AÜSYE ve pnömoni aylık insidansına 2008-2010 yılları arasında bakıldığında ülke çapında mevsimsel değişim görülmektedir. (Şekil 2.2 ve 2.3)



Şekil 2.2. Disease Early Warning System (DEWS) Raporuna Göre Afganistan’da 2008-2010 Yılları Arasında AÜSYE Vaka Dağılımı



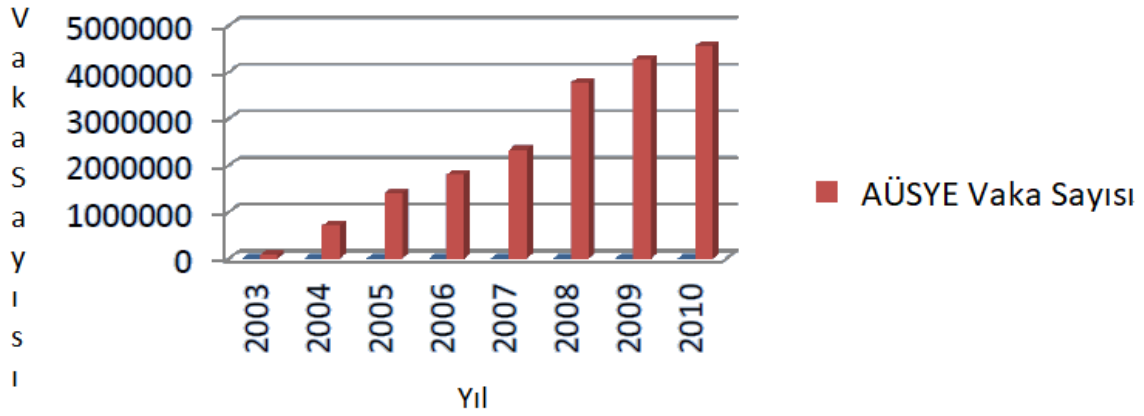
Şekil 2.3. Disease Early Warning System (DEWS) Raporuna Göre Afganistan’da 2008-2010 Yılları Arasında Pnömoni Vaka Dağılımı

Mevsimsel olarak, Afganistan’ın kuzey ve merkez illerinde yüksek insidans ve mortalite rapor edilirken güney illerinde daha düşük rapor edilmiştir. Yerinde makul fonksiyonel bir gözetim sistemi olmasına rağmen; AÜSYE ve pnömoni önleme, kontrol ve

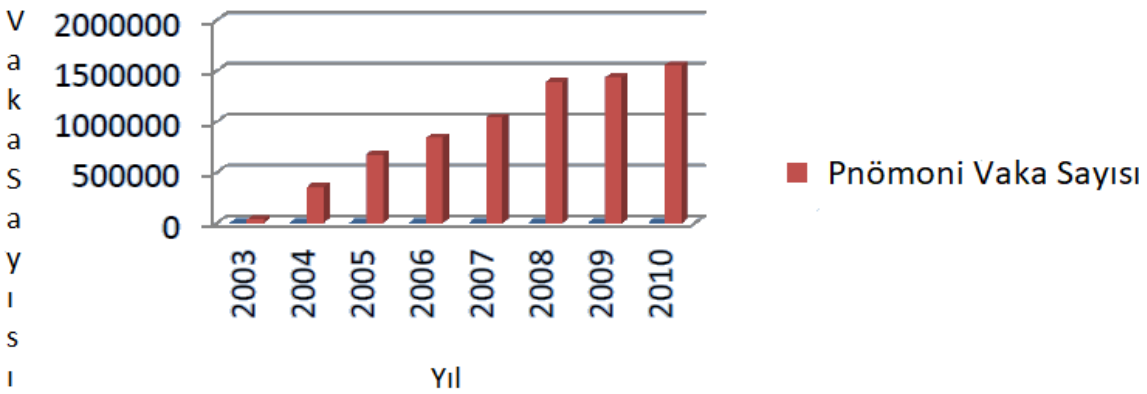
yönetimi zayıftır ve bu hastalıklar Afganistan sağlık sistemi için bir yük olmaya devam etmektedir.

2.1.5. Afganistan’da ASYE önlenmesi ve kontrolünün önemi

2003 yılından bu yana HMIS verilerinden geliştirilen aşağıdaki grafikler rapor edilen soğuk algınlığı ve pnömoni olgularında artan bir eğilim olduğunu göstermektedir.



Şekil 2.4. Health Management Information System (HMIS) Raporuna Göre Afganistan’da 2003-2010 Yılları Arasında AÜSYE Vaka Sayısı



Şekil 2.5. Health Management Information System (HMIS) Raporuna Göre Afganistan’da 2003-2010 Yılları Arasında Pnömoni Vaka Sayısı

Rapor edilen soğuk algınlığı (AÜSYE) ve pnömoni (AASYE) insidansının yükselen eğilimi, Afganistan’da bu hastalıkların vakalarında gerçek artışın yansımaya veya gelişen raporlama sistemine bağlı olabilir. Burada pnömoni vakalarının sayısının AÜSYE (soğuk algınlığı) vakalarının yaklaşık 1/3 kadar olduğu gözlemlenebilir. Bu da

AÜS YE olgularının yetersiz bakımının bir göstergesidir. Fakat, hem AÜS YE hem de pnömoninin artan eğilimi, AÜS YE'nın önlenmesi ve uygun bakımına daha fazla dikkat edilmesi ve pnömoni yönetiminin daha iyi yapılması gerektiğini göstermektedir. Bu da uygun aş ılar ile gerçekleşebilir. AÜS YE kontrol açıklarının doldurulması, düşük gelirli toplulukların beslenme durumu ve barınma imkanlarının geliştirilmesi, daha iyi gözetim sistemi ve toplum vaka yönetim faaliyetleri ve komplikasyonların daha iyi sevki ve yönetimi yoluyla mümkün olabilir [13].

2.1.6. ASYE önlenmesi ve kontrolü

ASYE önlenmesi ve kontrolünün nihai hedefi pnömoniye bağı lı morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. DSÖ ve UNICEF tarafından geliştirilen Pnömoni Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Eylem Planı (GAPP, Global Action Plan for control and prevention of Pneumonia) 2009 yılında yayınlandı. Bu plan aşağıdaki öğeleri içeriyor:

“Çocukları hayatta tutma stratejileri çerçevesinde, ülkeler pnömoni kontrolünü ele almalıdır. Pnömoni tedavisi, önlenmesi ve pnömoniden korunmak için önemli stratejiler ş unlardır:

- Her düzeyde vaka yönetimi
- Aş ılama
- HIV enfeksiyonun önlenmesi ve tedavisi
- Beslenmenin iyileştirilmesi
- Düşük doğum ağırlığının azaltılması ve
- İç hava kirliliğinin kontrolü” [3]

ASYE'den Koruma

Koruma faaliyetleri birçok faktörden etkilenir olmasına rağmen aşağıdaki girişimler ASYE'den korumanın en iyi yollarıdır.

- İyi bir doğum öncesi bakım ve doğumların sağı lık personeline yaptırılması çok önemlidir. Bu da düşük doğum ağırlığı, doğum asfiksisi ve yenidoğan akut solunum yolu enfeksiyonu ve komplikasyonlarını önleyebilir.
- Anneler doğumdan itibaren en azından ilk altı ay emzirmeye teşvik edilmelidir. Bu durumun pnömoni insidansını yaklaşık %15-23 azalttığı kanıtlanmıştır [3]. Bu da düzenli

postnatal takibi, altı hafta boyunca anneye beslenme desteği ve bebeğin planlanan aşılama programının en az 6 ay kadar takip edilmesi ile elde edilebilir.

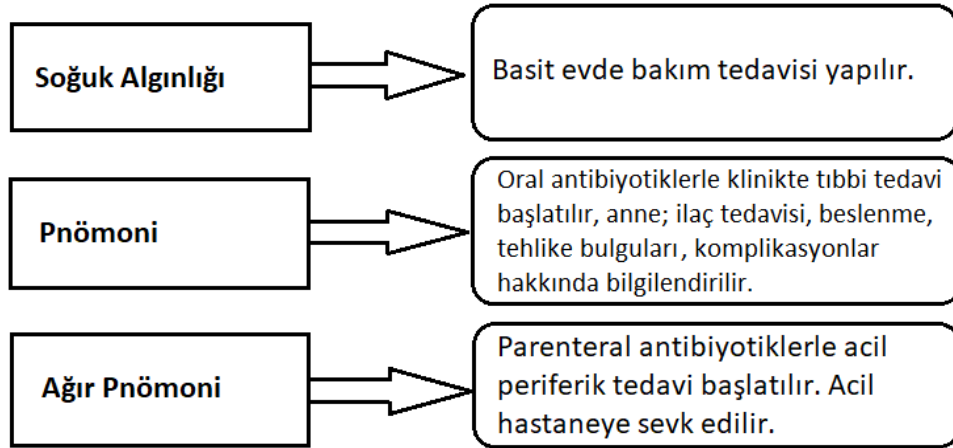
- Yeterli mikro besin alımı da dahil olmak üzere, çocukların en az ilk beş yıl boyunca yeterli beslenmeleri çok önemlidir.
- Komplike solunum yolu enfeksiyonları için bir başka predispozan faktör olarak kanıtlanmış olan kapalı hava kirliliğini azaltmak için gelişmiş basit teknikleri sosyal hizmet kurumları, medya, milli eğitim, toplumsal faaliyetler vb aracılığıyla halka öğretmek gereklidir. (Katı yakıt sobaları ile akaryakıt sobaları karşılaştırıldığında pnömoni insidansı %75 rölatif risk azalması gösterilmiştir [3].)
- Kişisel hijyen, özellikle el yıkama alışkanlığının uygun bir şekilde geliştirilmesi şarttır.
- Altyapı ve konut yapan kurumlara temel standart konut planları geliştirmelerine (yeri, büyüklüğü, havalandırması vb) fikir vermek, desteklemek ve düşük gelir grubu insanların mevcut yerel malzemeler kullanarak sağlıklı konut inşa etmelerini teşvik etmek; solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanmayı ve düşük gelirli halk arasında yayılmasını engelleyebilir.

ASYE'yi Önleme

AÜSYE ve pnömoni önlenmesi; ilgili uygulanabilir, kullanılabilir ve bulunabilir aşılara kullanma yoluyla yapılabilir.

- Şu anda Afganistan'da bu bağlamda kızamık aşısı, boğmaca, haemophilus influenza B (Hib) ve pnömokok aşısı mevcuttur. Bu aşıların toplumu en az %90 kapsaması, pnömoni insidansını %22-34 azaltabilir [3].
- Düzenli A vitamini takviyesi AÜSYE'yi önleyici olabilir.
- Çocukluk ishali hastalıklar tedavisi için çinko takviyesi yapmak önleyicidir. (İshali hastalık geçiren çocuklar arasında çinko takviyesi pnömoni insidansında %14-15 düşüşe sebep olmuştur [3].)
- HIV/AIDS önlenmesine dikkat edilmelidir.
- Aynı zamanda önerilen antibiyotikler ile solunum yolu enfeksiyonlarının profilaktik tedavisi önemlidir.

2.1.7. ASYE'nin klinik değerlendirilmesi ve tedavisi



Şekil 2.6. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Tedavi Şeması

- Normal şartlar altında, komplikasyonu olmayan AÜSYE sadece destekleyici tedavi gerektirir. AASYE veya diğer komplikasyonlar gelişirse daha fazla bakıma ihtiyaç vardır.
- Eğer bir çocuk veya enfekte olunan bir hastanın ciddi solunum sıkıntısı ve letarji, bilinç kaybı, konvülsiyon ve istirahat halinde stridor gibi diğer tehlike işaretleri varsa; hasta tercihen yoğun bakım tesisleri olan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Bu ağır akut solunum yolu hastalıklarının daha iyi vaka yönetimini sağlamaya yardımcı olabilir.
- Herhangi bir grip benzeri hastalık salgını sırasında; uygun ve sağlık otoriteleri tarafından önerilen aşı kullanılabilir. Daha sonra güncellenmiş talimatlara göre duyarlı kişileri aşılama önemlidir [22].
- Grip benzeri hastalıklar durumunda, olası izolasyon ve koruyucu kişisel hijyen uygulamaları, damlacıklar yoluyla enfeksiyonun yayılmasını önleyecektir. Bu gibi durumlarda mevcut kaynaklarla bir izolasyon ünitesi düzenlemek ve yönetmek gereklidir.

Pnömoni için önerilen tedavi rejimleri aşağıdaki şekildedir. Ancak kararlar hasta durumuna bağlı olarak vakaya bakan hekim tarafından alınmalıdır [13].

Hırıltısı Olan Hafif Pnömoni Tedavisi

2-59 aylık çocuklarda ağır olmayan pnömonilerde (örneğin göğüs çekintisi veya herhangi bir tehlike bulgusu ile beraber olmayan hızlı solunum) antibiyotik kullanımı tavsiye edilmez. Hırıltı olup ancak ateşin olmamasının (sıcaklık < 38°C) viral nedenli olma ihtimali çok daha yüksektir.

Hırıltısı Olmayan Hafif Pnömoni Antibiyotik Tedavisi

Ağır olmayan pnömoniler (örneğin göğüs çekintisi veya herhangi bir tehlike bulgusu ile beraber olmayan hızlı solunum) oral amoksisilin ile tedavi edilmelidir. HIV prevalansını göz önünde bulundurarak bu rejim şöyledir:

- HIV yaygınlığı düşük ise, en az 40mg/kg amoksisilin günde iki kez 3 gün boyunca verilir.
- HIV yaygınlığı yüksek ise, en az 40mg/kg amoksisilin günde iki kez 5 gün boyunca verilir.

Hafif pnömonisi olan çocukta ilk basamak olan amoksisilin tedavisi başarısız olursa, uygun ikinci basamak tedavi imkanı olan sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

Ağır Pnömoni Antibiyotik Tedavisi

Ağır pnömonisi (göğüs çekintisi) olan 2-59 aylık çocuklar oral amoksisilin ile, en az 40mg/kg günde iki doz 5 gün süreyle tedavi edilmelidir.

HIV/AIDS ile enfekte çocuklarda, HIV bağlamında ağır pnömoni tedavisi için özel kurallar takip edilmelidir.

Çok Ağır Pnömoni Antibiyotik Tedavisi

2-59 aylık çok ağır pnömonisi olan çocuklar ilk basamak tedavi olarak parenteral ampicilin (veya penisilin) ve gentamisin ile tedavi edilmelidir.

- Ampicilin; 50mg/kg, yada benzil penisilin; 50.000 ünite/kg IM/IV her 6 saatte en az 5 gün süre ile verilir.
- Gentamisin; 7,5mg/kg IM/IV günde bir kez, en az 5 gün süre ile verilir.
- Seftriakson birinci basamak tedavi başarısızlığı durumunda ikinci basamak tedavide kullanılmalıdır.

Akut Hırıltı/Astım ve Bronkokonstriksiyonun Tedavisi için İn hale Salbutamol

- Akut hırıltı/astım ve bronkokonstriksiyonu olan çocuklar inhale salbutamol ile tedavi edilmelidir. Bronş daralmasını azaltmak için inhale salbutamol; ölçülü doz inhaler (MDI; metered dose inhaler) ve spacer ile kullanılmalıdır.
- İn hale salbutamol mevcut olmadığı durumlarda oral salbutamol akut ya da persistan hırıltı tedavisi için kullanılmamalıdır. Oral salbutamol bronkodilatörlerin verdiği yanıtı vermez.

2.2. İshalli Hastalıklar

2.2.1. Tanım ve sınıflandırma

İshal (diyare) yoksul haneler arasında yaygın olan ve düşük gelirle ilişkili bir hastalıktır. Victora ve arkadaşlarının dediği gibi (2003) “Bu insanlar yetersiz beslenme yüzünden genelde bulaşıcı hastalıklara karşı düşük direnç sahiptirler.” İshal sağlıklı su ve sanitasyon eksikliğinden dolayı hem kırsal hem de kentsel nüfus arasında ortaktır [56].

Genel olarak ishalin tanımı yapılırken; dışkılamanın sayısı, ağırlığı ve kıvamı öne çıkarılarak tanımlar yapılmaktadır. Normal dışkılama günde üç kez ile üç günde bir arasında değişir ve ağırlığı 100-200 gram arasında değişirken normal dışkı kıvamlı ve şekillidir. Bu bilgilerden yola çıkarak ishal; günde üçten fazla dışkılama, sıvı kıvamlı dışkılama veya 200 gramdan fazla dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Daha çok yapılan tanımları sayı ve miktarı ne olursa olsun konulduğu kabın şeklini alan dışkılama da denebilir [57]. DSÖ’ne göre ishal, 24 saat içinde üç ya da daha sık sulu dışkı yapılması olarak tanımlanırsa da ishalin kesin tanımı bebeklerde 10gr/kg/gün, büyük çocuklarda 200gr/günden fazla dışkı çıkarılmasıdır. En yaygın tanımı ise; 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 yapılmaktadır [58].

İshal, birçok hastalığın seyri sırasında rastlanan bir durumdur. Enterit ise; ishal, karın ağrısı, kramp, bazen ateş ve dehidratasyonun olduğu bir hastalık tablosudur ve bu tabloya ek olarak kusma da varsa gastroenterit denir. Gastroenterit çoğu zaman herhangi bir özelliği olmayan, kesinlik taşımayan ya da bilinmeyen bir etyolojinin söz konusu olduğu anlamına da gelmektedir. Bununla birlikte yapılan klinik tanımlamada bilinen bazı bakteri, virus, parazit etkenler veya toksik bir etyoloji söz konusu olabilmektedir [59].

İshal süresine göre akut ve kronik olarak sınıflandırılmaktadır. Bir aydan kısa süren ishallere akut, uzun süren ishallere ise kronik denilmektedir. Farklı bir sınıflamaya göre ise ishal üç sınıfa ayrılmaktadır. İki haftadan kısa sürenlere akut, iki ile dört hafta arasında sürenlere persistan, dört haftadan uzun süren ishale de kronik denilmektedir. Akut ishallerin %90’dan fazlasının oluşumundan enfeksiyon ajanları sorumludur. Persistan ishallerin en sık nedeni giardiya lamblia’dır. Kronik ishaller ise çoğu zaman nonenfeksiyöz nedenlerden dolayı oluşmaktadır [60].

İshal birçok mekanizma ile oluşmaktadır. Genel olarak ishalin oluşmasının en sık nedenleri sıvı, iyonlar ve suyun yetersiz emilimi veya elektrolitlerin bağırsağa anormal sekresyonudur. İshalin oluşum mekanizması beş gruba ayrılır.

Sekretuar İshaller

Bağırsak epitel hücrelerinde iyon geçişinin bozuk olmasından kaynaklanır. İnce ve kalın bağırsaklar absorbe ettiklerinden daha çok miktarda elektrolit ve su salgıladığı takdirde, ishal meydana gelir. Bağırsakların böyle davranmasına yol açabilen başlıca nedenler; kolera'daki gibi bakteri toksinleri, ileum rezeksiyonu sonrasında görüldüğü gibi safra tuzları, besinlerde bulunan ancak emilmemiş yağ, müshiller, hint yağı ve kalsitonin gibi bazı hormonlardır [59].

Osmotik İshaller

Bağırsak lümeninde osmotik aktif maddelerin emilememesi sonucu bağırsağa su ve tuz çekilmesi sonucu osmotik ishaller oluşur. Laktaz noksanlığına bağlı laktoza karşı tahammülsüzlük durumuyla, diğer şekerlere karşı olan tahammülsüzlük durumlarında; ayrıca hastaya laksatif olarak magnezyum sülfat, sodyum fosfatlar gibi pek az emilen maddeler verildiğinde osmotik ishal meydana gelir. Osmotik ishalde hastalar bu maddeleri almadıklarında veya aç olduklarında ishal kesilir [59].

Motilite Bozukluğuna Bağlı İshaller

Motilitenin artması veya azalması sonucunda ishal meydana gelir. Motilitenin artması durumunda gıdaların lümenle temas süresi azalır ve yeterli emilim olmazsa ishal meydana gelir. Motilitenin azalması durumunda ise ince bağırsakta aşırı bakteriyel gelişim olur. Bakterilerin safra asidlerini dekonjuge etmesi sonucunda gaitaya yağ atılımı olur ve ishal meydana gelir [59].

Eksudative İshaller

Mukozadaki iltihap, ülserleşme ve şişkinlik; plazmanın, serum proteinlerinin, kanın ve mukusun bağırsak lümenine dolmasına yol açarak gaita kütesinin akıcılığını artırır. Kan, mukus ve serum proteinlerinin atılımı olur. Mukozal hasar sonucu absorpsiyon engellenir, bağırsağa sekresyon artışı olur ve bunun sonucunda ishal meydana gelir [59].

Azalmış Emilim Yüzeyine Bağlı İshaller

Bağırsak rezeksiyonları sonucunda emilim yüzeyi azaldığı için gıdaların bağırsaktan geçiş süresi de kısalmır. Bu durumda yeterli emilim olmaz ve ishal meydana gelir [59].

2.2.2. Etken organizma, belirtiler, bulgular ve bulaşıcılık

Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan ajanlar ishale neden olabilir. Enfeksiyonlar, özellikle akut enfeksiyonlar, yetişkinler ve çocuklar arasında ölümlerin başlıca nedenidir. İshalli hastalıklara bir sürü ajanlar neden olabilir, fakat ishal ölümlerinde bu beş ajanın rolü büyüktür. Rotavirüs en sık görülen ve en sık ölüme neden olan ishalin viral nedenidir. Rotavirüs, özellikle grup A rotavirüs, dünya çapında infantil gastroenteritin önde gelen nedenidir ve beş yaş altı çocuklarda ishal ile ilişkili ölümlerin yaklaşık %20'sinden sorumludur [28]. Escherichia coli, shigella ve campylobacter jejuni yüksek ishal ölümlerinin bakteriyel nedenleridir. Cryptosporidium ishalin en yaygın protozoal ajanıdır [56].

Sulu dışkı ve bazen kusma, ateş ve karın ağrısı ishalin ön bulgu ve belirtileridir. İshal, en ciddi bulgusu olan dehidratasyona yol açabilir. Dehidratasyonun önemli bulgu ve belirtileri; çökük fontanel ve çökük gözler, kuru ağız, deri katlanmasının yavaş kaybolması, bilinç kaybı, susuzluk ya da içme yeteneğinde değişiklik ve konvülziyon olarak sıralanabilir. Aşağıdaki bulguların yalnızca birinin bulunması ağır dehidratasyonu gösterir: bilinç kaybı, içememe, konvülziyon, derin çökük fontanel ve deri katlanmasının çok yavaş kaybolması. İsteyerek içme, deri katlanmasının yavaş kaybolması ve çökük gözler orta dehidratasyonu gösterir. Yukarıda belirtilen belirti ve bulguların geri kalanı hafif dehidratasyonu belirler [56].

Fekal-oral yolla bulaşan akut infeksiyöz ishaller önlenabilir. Önleyici tedbirler de basittir. DSÖ (1998) göre; yemeklerden önce ve sonra ve tuvalete gittikten sonra elleri yıkama, güvenli su kullanma ve içme ve güvenli gıdalarla beslenme ishalin temel önleyici unsurlarıdır. Şu beşinin; su, eller, tuvaletler, gıda ve çevre temiz tutulması ishali önler [66].

2.2.3. Küresel halk sağlığı sorunu olarak ishal

Çocuklar için 30 Eylül 1990 tarihinde yapılan dünya zirvesi, 0-59 aylık çocuklar arasında ölümlerin üçte bir oranında azaltılması hedefini belirlemiştir. Ülkeler bu hedefe ulaşmak için çaba ve kaynaklarını sarfetmişlerdir. Sonuç olarak şimdi 1990'ların başına göre beş

yaş altı ölümlerin her yıl 3 milyon daha az olduğu tahmin edilmektedir. Bu genç hayatların yaklaşık üçte biri, çocuk zirvesi tarafından belirlenen ishal hastalığı ölümlerini %50 oranında azaltma hedefine ulaşmakla korunabilir [29]. Bugüne kadar ciddi ilerleme sağlanmış olmasına rağmen hala ishal çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerde ve özellikle bebek ve çocukları etkileyerek morbidite ve mortalite nedeni olarak devam etmektedir. Dünyada her yıl yaklaşık 10,5 milyon 0-59 aylık çocuk ölmektedir [25]. Bu ölümlerin %70'i şu beş sağlık sorunu nedeniyledir; pnömoni, ishal, kızamık, neonatal tetanos ve sıtma [35].

İshalli hastalıklar 5 yaş altı çocuklarda yılda yaklaşık 2 milyon ölüme neden olarak dünya çapında çocuklarda hastalık ve ölümlerinin önde gelen sebebi ve ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. 2010 dünya sağlık raporuna göre; ishalli hastalıklar dünya çapında beş yaş altı çocuk ölümlerinin %15'inden sorumludur.

Yaklaşık 4 milyar akut ishal vakası, bunun da %88'inin güvensiz su ve yetersiz sanitasyon ve hijyene bağlı olarak meydana geldiği tahmin edilmektedir [21]. Hijyenik olmayan ve güvensiz ortamlar, kirli su içilmesi, hijyen için yetersiz su kullanımı ve sanitasyon erişim eksikliği yıllık yaklaşık 1,5 milyon çocuk ölümüne yol açmakta ve ishal ölümlerinin yaklaşık %88'ine sebep olmaktadır [28]. Ayrıca çalışmalar, ishalin yüksek prevalansı ve çocuklarda yüksek ishal atakları ailelerin ve toplumun düşük sosyoekonomik statüsü ve çocuk ebeveynlerinin düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

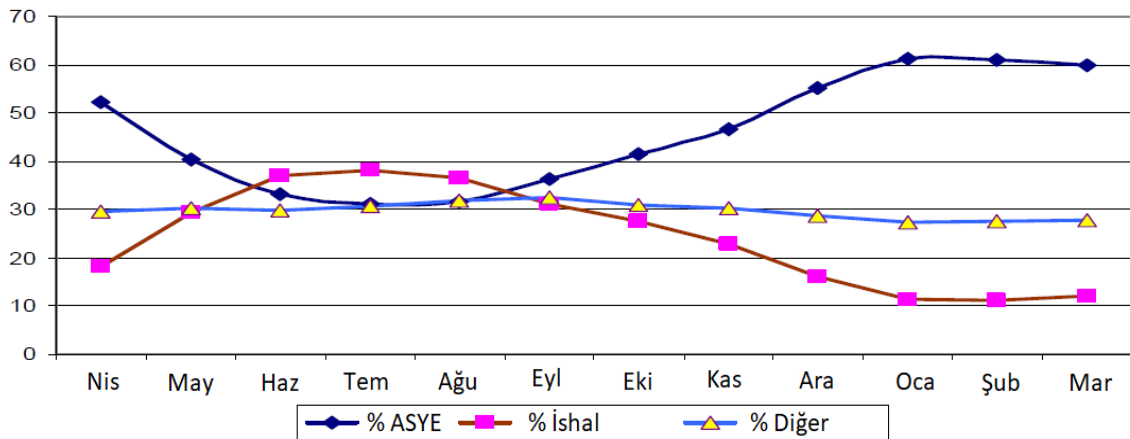
2.2.4. Afganistan'da ishal morbiditesi

İshal; Afganistan hastalıklar profilinde önemli yük olarak devam etmektedir. 1997 yılında Çoklu Gösterge Küme Anketi (MICS) (Araştırmada, ishal prevalansı; çocuğun anketin yapıldığı günden iki hafta önceki dönemde ishal geçirip geçirmediği sorularak ölçülmüştür.) 6-35 aylık çocuklar arasında ishal prevalansını %20 olarak bulmuştur. 2000 ve 2003 yıllarında yapılan aynı anketler 5 yaş altı çocuklarda ishal prevalansını sırasıyla %50 ve %30 olduğunu göstermiştir [29].

Vardak ilinde yapılan bir çalışma, tüm yaş gruplarında ishalin görülme sıklığını %6,0-6,9 arasında gösterirken 0-59 aylık çocuklarda %22 olduğunu göstermiştir [30]. Diğer çalışmalar, 5 yaş altı çocuklarda ishal sıklığının %20 ile %50 arasında seyrettiğini ortaya koymuştur [31]. Kabil'de üç yüksek riskli yerleşim yerinde yapılan Küçük Ölçekli Anket; Nisan-Aralık 2007 döneminde tüm yaş gruplarında %21, beş yaş üstü bireylerde %6, 0-59 aylık çocuklarda %53 bir veya daha fazla ishal nöbetleri yaşandığını bildirmiştir.

HMIS verilerine bakıldığında ishal vakalarının yılın Mayıs ayından başlayan bir artış ile Haziran, Temmuz ve Ağustos aylarında en yüksek vaka sayısına ulaştığı ve Eylül ayından itibaren giderek azalan seyri olduğu görülmektedir. (Şekil 2.7) HMIS verilerinin analizi gösteriyor ki tüm yaş grupları arasında BHC ve CHC’lerde rapor edilen tüm hastalık vakaları arasında ishalin vaka oranı yüksek olduğu sezonunda %19 ve düşük olduğu sezonunda %6,5 iken 0-59 aylık çocuklarda bu oranlar sırasıyla %38 ve %12’dir (Şekil 2.7) [25].

HMIS ile yakalanan ve burada sunulan vakaların sayısı, toplam ishal vakalarının bir kısmı olup ishal vakalarının %15-60’ı sağlık kuruluşlarına bildirilmemektedir. Küçük Ölçekli Anket sırasında, ailelerin %46,7’si ishal tedavisi için özel sağlık kuruluşlarından tıbbi destek almayı tercih ettiklerini ve %7’si olguları evde tedavi ettiklerini bildirmiştir.



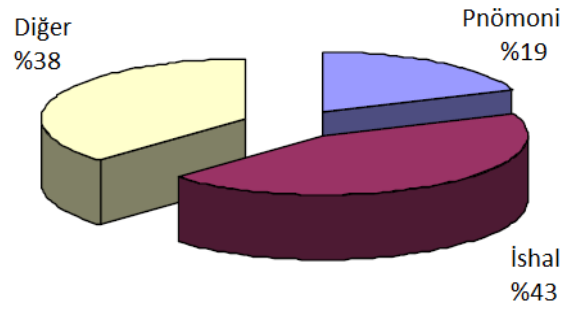
Kaynak: HMIS veritabanı, MoPH

Şekil 2.7. Afganistan’da İshalli Hastalıklar ile ASYE ve Diğler Sağlık Sorunları Yıllık Dağılımının Karşılaştırılması (Nisan 2006-Mart 2007)

İshal vakalarının cinsiyet dağılımı anlamlı bir farklılık göstermemektedir. HMIS verilerine göre, BHC ve CHC’lerde rapor edilen 0-59 aylık çocuklar arasında toplam ishal vakalarının %22-30’una kanlı ishal tanısı konulmuştur. Kanlı ishal yüzdesi, ishalin düşük olduğu sezonda %26-30 ile yüksek iken yaz aylarında %22-24 ile düşüktür.

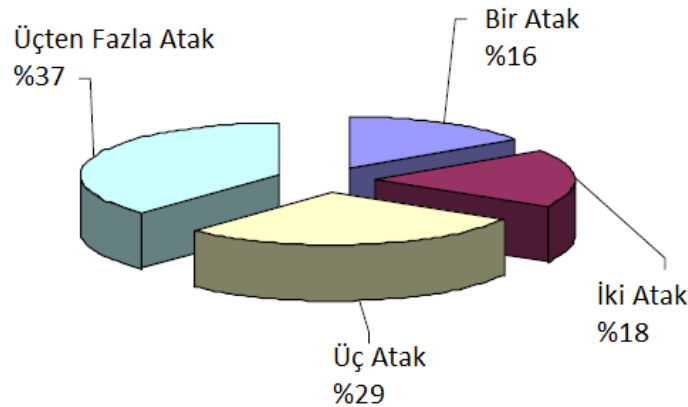
İshal, 0-59 aylık çocukların hastane yatışlarının önde gelen nedenlerinden biridir. 70 hastanenin HMIS verilerinin analizi, 0-59 ay arası çocukların hastane yatış sebeplerinin %43’ünü (%22-51 arasında değişen) ishal ile dehidratasyon, kanlı ishal ve diğler karmaşık ishal vakaları oluşturmaktadır [25].

İshalin tekrarlanan nöbetleri, persitan (kalıcı) ishal oluşumunu artırır, malnütrisyonu yol açar ve çocuğun zihinsel ve bedensel gelişimini olumsuz yönde etkiler. Persistan ishal prevalansı ile ilgili hiçbir veri bulunmamakta, ancak sağlık çalışanları (BHC, CHC ve hastane personeli) ile yapılan tartışmalar sonucu persistan ishal prevalansı %5-10 arasında önemli bir mortalite ile beraber olduğu tahmin edilmektedir. Mevcut veriler de 6-59 aylık çocukların %39,3'ünün düşük kilolu (wasted) olarak kabul ederken bu yaş grubundaki çocukların %53,7'sinin büyüme geriliği (stunted) olduğunu göstermektedir. 2004 ulusal beslenme anketi sonucunda 6-59 aylık çocuklarda akut malnütrisyon sonucu olarak yansıyan düşük kilolu prevalansı %6,7 iken diğer kaynaklara göre %10 olarak tahmin edilmektedir [32]. Kötü beslenme durumu çocukları ishal ve ishal ölümlerine karşı daha savunmasız bırakmaktadır.



Kaynak: HMIS veritabanı, MoPH

Şekil 2.8. 0-59 Aylık Çocukların İshal Nedeniyle Hastanede Yatış Oranı ile Diğer Sağlık Sorunlarının Karşılaştırılması (Nisan-Eylül 2007)



Kaynak: HMIS veritabanı, MoPH

Şekil 2.9. 0-59 Aylık Çocuklar Arasında Atak Sayısına Göre İshal Hızı (Küçük Ölçekli Anket, Aralık 2007)

Yetersiz kişisel hijyen bilgisi, yetersiz el yıkama uygulamaları, içme ve yemek pişirmede güvensiz su kullanımı, ishal/kolera salgınları vb özellikle çocuklar arasında yüksek ishal morbiditesinin ana yakın/proksimal nedenleri olarak tanımlanır. Halbuki biberonla besleme, kötü çevre hijyen ve sanitasyonu, salgınlara yönelik uzun vadeli müdahalelerin olmaması, sağlıklı su kısıtlılığı (özellikle kırsal alanlarda), zayıf IEC/BCC müdahaleleri, sağlık eğitimi için okullarda az fırsat kullanımı, il ve ulusal düzeyde Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol (CDC) departmanları kapasitesinin düşüklüğü ana altında yatan/ara nedenler olarak kabul edilir. Özellikle kadınlar arasında okuma yazma oranının düşük olması, ilgili yanlış inanç ve gelenekler, yoksulluk, yeraltı su kaynaklarının kirlenmesi, özellikle büyük şehirlerde atık bertaraf tesislerinin eksikliği vb sorununun temel/uzak nedenleri olarak bilinmektedir [25, 36].

2.2.5. Afganistan’da ishal mortalitesi

Afganistan’da beş yaş altı çocuklarda morbidite ve mortalite başlıca unsurları kızamık, ishal, akut solunum yolu enfeksiyonları, sıtma, mikrobelerin eksikliği ve yenidoğan tetanozu olarak bilinmektedir. Ulusal beş yaş altı ölümlerin yaklaşık %22’si ishalleri hastalıklara bağlı olarak gerçekleşmektedir [33]. Faryab ili Kohistan ilçesinde 2001 yılında malnütrisyon ve mortalite çalışması, tüm yaş grupları arasındaki ölümlerin %25’inden ve 0-59 aylık çocuklar arasında ölümlerin %30,5’inden ishalin sorumlu olduğunu ortaya koymuştur [34]. DSÖ tahminine göre, Afganistan’da 41000’den fazla (100000’de 179,5) insan; çoğunlukla çocuklar ishalden ölmektedir.

Sağlık arayışında gecikme, hastanelerde zayıf ishal vaka yönetimi, sağlığı iyi korumama, ishalin yüksek prevalansı, ishal salgınları, malnütrisyon/ağır malnütrisyon, persistan ishalin kötü tedavisi vb yüksek ishal ölümlerinin yakın/prokzimal nedenleri olarak biliniyor. İlaç eksikliği, çocuğa bakanların karar verme sürecinde gecikmeleri, ishal olan çocuğun yetersiz sıvı ile besleme, ishal tedavisinde bilgi ve beceri eksikliği, toplum sağlığı çalışanlarının kötü performansı, danışmanlık hizmetinin olmaması, persistan ishal tedavisi ile ilgili kapsamlı bir kılavuzun olmaması, özel hekimler tarafından ve hanehalkı düzeyinde vakalara yönelik yanlış girişimler, hekimler ve aileler tarafından sıvı tedavisi yerine ilaç tedavisinin tercih edilmesi vb ishal ölümlerinin altında yatan/ara nedenleri olarak kabul ediliyor. Kültürel engeller ve gelenekler, düşük okuryazarlık oranı, yoksulluk ve ailelerin kötü ekonomik durumu, sağlık personelinin düşük maaş ve geliri, çocuk hekimlerinin azlığı, ilçe ve il düzeyinde hastanelerin sevk sıkıntısı, hizmet kapsamının

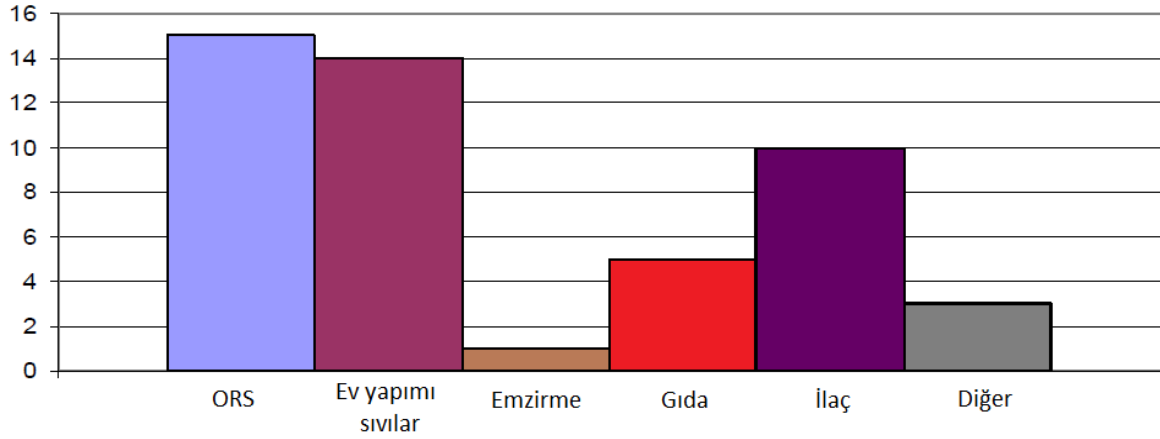
düşük olması, ilaçların kalitesizliği, açık bir politikanın olmaması, özel klinikler ve hastanelerin yetkililerce kontrol eksikliği vb yüksek ishal ölümlerinin temel/uzak nedenleri olarak tanımlanabilir [25].

2.2.6. Afganistan’da ishal ile ilgili bilgi ve uygulamalar

Bir takım çalışmalarla; anne sütü ile besleme, bağışıklama, oral rehidrasyon tedavisi ve mikro besin takviyesi gibi çeşitli çocuk sağlığı müdahaleleri ishalin tedavisinde veya önlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bireysel davranış değişikliğini amaçlayan çeşitli girişimlerin de etkili olduğu gösterilmiştir. Araştırmalar; artan el yıkama davranışının önemli ölçüde ishal sıklığını azalttığını ve kullanım suyu arıtma sistemlerinin randomize etki değerlendirmeleri, (örneğin evde su dezenfeksiyonu) bu teknolojilerin ishal sıklığını yaklaşık %20-30 azalttığını göstermektedir [25].

Ülkenin farklı bölgelerinde farklı araştırmalar, ishal kontrolü (önleme ve tedavi) ile ilgili bilgi, uygulama ve kapsama müdahalelerin etkinliği üzerine kanıtlar ortaya koymuştur. 2006 yılında yapılan bir ankete göre 0-5 aylık bebeklerin %83’ü 24 saat içinde sadece emzirilirken 6-9 aylık çocukların %28,4’ü tamamlayıcı besin almışlardır [41]. Çoklu Göstergeli Küme Araştırması 2003, hemen hemen tüm çocukların doğumdan sonra emzirmeye başladığını, %90’ı oniki aya kadar, %55’i iki yıla kadar emzirmeye devam edildiğini göstermiştir. İshal vakalarının %30,8’inde çocuklara ORS/ev yapımı sıvılar verilmemiştir. %54,2’sinde hasta çocuklara ek veya eski miktarda katı gıdalar verilmemiştir [29].

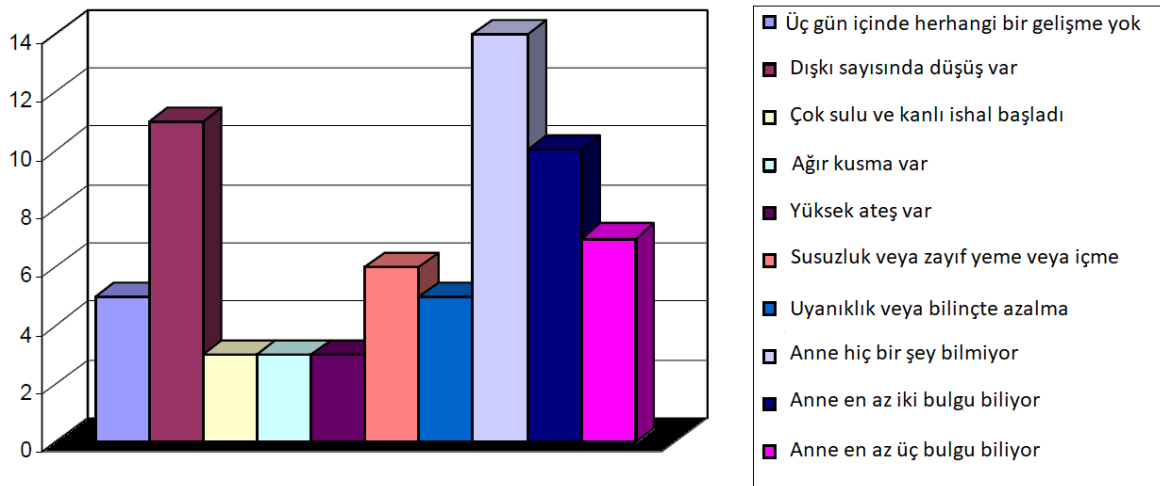
ACF (Action Contre la Faim, STK) tarafından yapılan bir ankette, Kabil’de klorlama ve hijyen eğitimi kampanyası sonrasında bile kadınların çoğu (%43) ishal çocuğu herhangi bir sıvı ile beslememenin daha iyi olduğunu düşündüklerini ortaya koymaktadır [31]. Küçük Ölçekli Anket, %50 annelerin ishal çocuğu ORS ve ev yapımı sıvılar ile beslediğini (Şekil 2.10) ve bunlardan %53’ünün ORS solüsyonu hazırlamasını bildiklerini (Birkaç anne ORS hazırlamasını bildikleri halde tadından dolayı çocukları içmeyi reddetkleri için ev yapımı sıvılar içirdiklerini ifade etmiştir.) ortaya koymuştur. Bu anket ile katılımcıların %47’sinin evde ishal tedavisi ile ilgili en az iki önemli girişimi bildikleri anlaşılmıştır. Küçük Ölçekli Anket sırasında, istenmeyen ve yanlış bir uygulama olan ishal tedavisi için ilaçlar, çoğunlukla antibiyotiklerin (reçetesiz) kullanımı, görüşülen ebeveynlerin %33’ü tarafından bildirilmiştir. İshal atağı sırasında gıda kesimi birkaç anne (%3) tarafından bildirilmiştir [25].



Kaynak: Küçük Ölçekli Anket, Kabil, 2007

Şekil 2.10. Kabil’de Üç Yüksek Riskli Yerleşim Yerinde, Evde İshal Tedavisi ile İlgili Ortak Uygulamalar (Aralık 2007)

Aynı araştırmada, katılımcıların %7’si basit ishal vakalarını evde tedavi ettiklerini bildirirken %48’i sağlık kuruluşlarından ve aynı oranda da özel muayenahanelerden tıbbi destek aldıklarını belirtmiştir. Görüşülen kişilerin %33’ü sağlık kuruluşlarına sevk edilecek ishal durumunu gösterir belirtilerin en az üçünü ve %22’si en az ikisini bilirken %47’si bir belirtiyi bile söyleyememiştir. (Şekil 2.11)



Kaynak: Küçük Ölçekli Anket, Kabil, 2007

Şekil 2.11. Kabil’de Üç Yüksek Riskli Yerleşim Yerinde, İshalin Tehlike/Sevk Bulguları ile İlgili Annelerin Bilgi Durumu (Aralık 2007)

Vardak ilinde 2006 yılında yapılan araştırma, Afganistan'da çok az ailenin kullanım suyu arıtma işlemini uyguladıklarını ortaya koymuştur. Ailelerin %9,4'ü araştırmadan önceki iki hafta içinde suyun dezenfekte işlemi yaptıklarını belirtmişlerdir. Suyu kaynatma en yaygın uygulama (%6,9) olduğu anlaşılmıştır. Klorlama dahil olmak üzere diğer yöntemlerin kullanılması %1 ile %0,1 arasında değişmektedir [30]. Su arıtma önemi ve yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliği, klorlama sonrası suyun tadının ve kokusunun değişmesi ve yoksul aile ekonomisi kullanım suyu dezenfekte uygulamalarını engelleyen başlıca nedenlerdir.

2.2.7. İshalin klinik değerlendirilmesi ve tedavisi

İshal, ORS tanınmadan önce dünyada çocuk ölümlerinin önde gelen nedeni olmuştur. Fakat ORS tanındıktan sonra ishalin küresel yıllık ölümleri 4,5 milyondan 2 milyona düşürülmüştür. Düşük osmolarite ORS ve çinko tanıtılması, ishal vaka yönetimini geliştirmiştir. Çünkü bu ikisi ishal süresini ve şiddetini, insidansını, ishalle ilgili hastane yatışlarını, antibiyotik ve diğer ilaçların kullanımını ve sonraki AASYE hastalıklarını azaltarak sonuçta çocuk ölüm sayılarını düşürmektedir. Düşük osmolarite ORS ve çinko takviyesi gelecekte ishal atakları olasılığını müteakip 2-3 ay içinde azaltır [45]. Çoğu ishal vakası; sadece oral rehidrasyon tuzları solüsyonu (ORS) vererek, hareket ve kusma ile kaybedilen vücut sıvılarının iadesi gibi basit bir müdahale gerektiriyor [25]. Ağır dehidratasyon vakaları bir hastanede yatırılmayı gerektirir. Ev yapımı pirinç suyu, meyve suyu ya da yeme veya içme amaçlı sıvıların her türlü etkili olur. Sonraki adım ishal geçene kadar ek sıvıların verilmesidir. İshal atağı sırasında çocuğu beslemeye devam etmek çok önemlidir. DSÖ (1994) göre; normal beslenmeye ek olarak, bir besleyici ek yemek ishal atağı sırasında ve iyileşmeden iki hafta sonraya kadar sağlanması gerekiyor. Anti-ishal ilaçlar ve antibiyotikler nadiren gerekli olur ve hatta tavsiye edilmez [25]. Anneye hasta bebeğine nasıl bakması gerektiği ve çocuğun durumu kötüye gittiğinde ne zaman ve nasıl sağlık yardımı alması gerektiği öğretilmelidir.

İlaç Tedavisi

İshal tedavisinde antibiyotik kullanımı genellikle etkisiz ve gereksizdir. Ancak belirli durumlarda ve bazı enterik patojenlerle oluşan ishallerde antimikrobiyal tedavi başlanılabilir. Dışkıda kan, mukus ve iltihap hücrelerinin olması veya ishalin yedi günde

düzelmemesi durumlarında dışkı kültürleri ile etiyoloji saptanır ve gerekiyorsa etkili antibiyotik tedavisine başlanabilir. Antibiyotik nedeniyle ishal olanlarda ise sorumlu antibiyotik kesilmelidir. Diğer ishallerde de nedene yönelik tedavi uygulanmalıdır [58].

Ateşin olduğu ishallerde sistemik bir enfeksiyon da varsa uygun antibiyotik tedavisi uygulanır. Sistemik enfeksiyon belirtileri saptanmayan olgularda antipiretik tedavi (ateş düşürücü ilaçlar, ateş çok yüksekse mekanik soğutma) yeterlidir. Ancak ateşli ishali olan ağır malnütrisyonlu üç aylıktan küçük bebeklerin muayenede sistemik enfeksiyon bulgusu olmasa da geniş spektrumlu antibiyotik başlanması önerilmektedir [58].

Shigella enteritinde ampicilin veya trimethoprim-sulfametoksazol oral veya parenteral yolla verilir. Salmonella gastroenteritinde antibiyotik tedavisi gerekmez. Antibiyotik kullanılması durumunda klinik tablo değişmez, buna karşın salmonella taşıyıcılık riski artar. Ancak hasta üç aylıktan küçükse veya sepsis, persistan bakteriyemi, malnütrisyon, immünosüpresyon, süpüratif fokal metastaz gibi ek bulgular varsa antibiyotik tedavisi kullanılır. Bu durumdaki çocuklarda ampicilin, amoksisilin, kloramfenikol, trimethoprim-sulfametoksazol kullanılır. Etken olarak C. jejuni saptanmışsa eritromisin verilir. G. Lamblia enfeksiyonunda furazolidon, kinakrin hidroklorid veya metronidazole verilir. Etkeni E. coli olan ishallerde antibiyotik tedavisi tartışmalıdır. Enteretoksijenik E. Coli ile olan ishal kısa sürede herhangi bir tedavi gereksizsin iyileşir. Diphenoxylate, morfin, kodein gibi barsak hareketlerini azaltan preparatlar tehlikelidir ve çocuklarda ishal tedavisinde kullanılmamalıdır [58].

Sıvı Tedavisi

Akut ishal tedavi edilmezse, akut dehidratasyona ve özellikle küçük çocuklarda ölüme neden olabilir. İshalin erken döneminde sıvı tedavisine başlanırsa dehidratasyon henüz oluşmadan önlenir. İshal tedavisinde ana hedef etyolojiye bakılmadan vücuttan kaybedilen su ve tuzların yerine konulması ile dehidratasyonun düzeltilmesi ve ishal devam ettiği sürece su ve tuz kayıplarının karşılanmasıdır [61]. Yani ishale bağlı gelişen dehidratasyonda sıvı tedavisi uygulamasındaki ilkeler; mevcut kayıpları yerine koymak (defisit tedavisi) ve süregelen patolojik ve normal kayıpları karşılamaktır (idame tedavisi) [58]. Özel durumlar dışında (sistemik enfeksiyon varlığı, aşırı karın gerginliği) dehidratasyon henüz gelişmemiş veya hafif-orta dehidratasyon gösteren ishal olgularının tümünde sıvının oral yolla verilmesi önerilmektedir. Ağızdan sıvı tedavisi (ağız yoluyla sıvı tedavisi-AST) uygun bileşimdeki bir solüsyonun hastaya içirilerek veya buna engel bir

durum varsa nazogastrik tüp ile verilerek uygulanan bir sıvı tedavisi yöntemidir [61]. DSÖ'nün önerdiği özelliklere uygun olarak hazırlanan Afganistan ve Türkiye'de de yaygın olarak kullanılan ORS paketlerinin ve bunlardan hazırlanan solüsyonun bileşimleri çizelge 2.1'de verilmiştir [58].

Çizelge 2.1. Oral Rehidratasyon Solüsyonunun (ORS) Bileşimi, DSÖ

Bir Litre Suda Eritilecek Madde		Hazırlanmış Solüsyonun Bileşimi		Evde Hazırlanan Basit Şeker-Tuz Karışımı	
İçindekiler	Miktar	İyonlar	Konsantrasyon	İçindekiler	Miktar
Glukoz	20,0g	Glukoz	111mmol/l	Kaynatılmış su	1 litre
Sodyum klorür	3,5g	Sodyum	90mmol/l	Yemeklik karbonat	1 çay kaşığı
Trisodyum sitrat	2,9g	Klorür	80mmol/l	Tuz	1 çay kaşığı
Sodyum bikarbonat	2,5g	Potasyum	20mmol/l	Şeker	8 çay kaşığı
Potasyum klorür	1,5g	Sitrat	10mmol/l		
		Toplam	311mmol/l		

Kaynak: Neyzi O, Retuğrul T. Akut İshaller, 2002 ve Güliden K. Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi, 2000

Rehidratasyonun parenteral yolla yapılması gereken durumlarda ise sıvı tedavisi IV (intravenöz) olarak başlatılır. Şok belirtilerinin varlığı, aşırı karın gerginliği, AST uygulamasına karşın devam eden aşırı kusmalar, AST uygulaması ile ishalin belirgin olarak artması, bilinç kaybı, IV yoldan antibiyotik veya başka ilaç uygulaması gerektiren olgular gibi durumlarda oral rehidratasyon solüsyonu verilemediği için rehidratasyon parenteral sıvılarla yapılır. Parenteral sıvı tedavisi gereken hastalarda aşırı su-elektrolit kayıplarına yol açan bir durum yoksa verilecek sıvı, günlük normal kayıpları karşılayacak miktar ve bileşimde olması yeterlidir (idame tedavisi). Buna ek olarak kaybetmiş olduğu su ve elektrolit varsa, verilecek sıvı bu kayıpları da karşılayacak miktar ve bileşimde olmalıdır (defisit tedavisi) [58].

Beslenmenin Erken Başlatılması

İshalli çocuğun sağlıklı çocuktan daha fazla beslenmeye ihtiyacı vardır. Bu nedenle çocuk aç bırakılmamalı beslenmesine devam edilmelidir. Çocuğun aç bırakılması

bozuklukların ağırlaşmasına ve ishalin uzun sürmesine neden olabilir. İshal olan bebeklerde en iyi tolere edilen besin anne sütüdür. Karışık veya suni beslenen bebeklerde sütler başlangıçta yarı yarıya sulandırılarak verilmelidir. 4-6 aylıktan büyük çocuklara anne sütüne ek olarak katı gıdalar da verilerek çocuğun enerji ve protein gereksinimi karşılanmalıdır [61]. Çocuklara 10-14 gün süre ile günde 20mg çinko takviyesi (altı aylıktan küçük bebekler için günde 10mg) yapılmalıdır [45].

İshalde besinler enerjiden ve proteinden zengin ve posasız, yumuşak veya püre şeklinde olmalıdır. Besinler taze ve temiz hazırlanmalıdır. Pirinç, pirinç unu, nişasta, buğday unu, patates gibi kompleks karbonhidrat içeren besinler, kalori değerleri yüksek ve bağırsaktan emilimleri kolay olduğu için verilmelidir. Şeker ve şekerli besinler bağırsakta osmotik yükü artırdığı için ishali ağırlaştırırlar. İshalde verilen sıvıların şeker içeriği %2,5 gramdan fazla olmamalıdır. İshalde proteinlerin emilimi bozulmadığı için et ve yumurta verilmesinde bir sakınca yoktur. Yağ emilimi bozulmamasına rağmen diyetle fazla yağ olması, posalı gıdalar gibi bağırsak hareketlerini hızlandırır.

Çocuğa bir öğünde fazla miktarda besin verilmesi bağırsak hareketlerinin artmasına ve/veya kusmasına neden olabilir. Besinler 5-7 öğüne bölünerek çocuğu zorlamadan alabildiği kadar verilmelidir. İshal durduktan sonra çocuk bir-iki hafta süreyle veya normal vücut ağırlığına ulaşınca kadar günde bir öğün fazla beslenmelidir [61].

2.3. Cevzican İli ve Şibirgan İlçesi Profili

Afganistan'ın kuzey bölgesinde bulunan Cevzican ili az gelişmiş olup Belh, Saripul ve Faryab illeri arasında yer almaktadır. Kuzeyde Türkmenistan ile sınırı vardır. Afganistan'ın kuzeyinde olan bu il Başkent Kabil'den 555 kilometre uzaklıkta bulunmaktadır. İkinci sınıf illerden olup il merkezi Şibirgan şehridir. Merkez İstatistik Kurumu verilerine göre; 11291,5 kilometre kare yüzölçümü ile Afganistan yüz ölçümünün %1,7'sini oluşturmaktadır. Cevzican; il merkezi olan Şibirgan şehri ile beraber 11 ilçe ve 516 köyden oluşmaktadır. Aşağıdaki çizelgede ilçeler yüzölçümleri ve köy sayıları verilmiştir [46].

Çizelge 2.2. Cevzican İli İlçeleri Yüzölçümleri ve Köy Sayıları

No	İlçe / Şehir Adı	Köy Sayısı	Yüzölçümü	Yüzölçümü Yüzdesi
1	Aqcha	58	1071 km ²	%7,3
2	Faizabad	69	811 km ²	%5,5
3	Mengajik	31	957 km ²	%6,5
4	Mordian	22	600 km ²	%6,5
5	Khanaqa	25	482 km ²	%5,4
6	Qarqin	19	1232 km ²	%8,4
7	Khamab	18	504 km ²	%3,4
8	Darzab	57	Belirtilmemiş	
9	Qoshtapa	65	Belirtilmemiş	
10	Khoja Dokoh	23	196 km ²	%1,3
11	Şibirgan	128	3797 km ²	%25,9
Toplam		515	11291.5 km ²	%100

Kaynak: Cevzican ili 2013 Yılı Kalkınma Planı, Cevzican ili kalkınma komitesi, Mart 2013 [47]

Merkez istatistik kurumu verilerine göre Cevzican nüfusu 521400'dur. Bunun 265300'ü erkek ve 256100'ü kadın olup; 111200 kişi kentte ve 410200 kişi kırdaki yaşamaktadır. Yani nüfusun yaklaşık %78'i kırdaki %22'si kentte yaşamaktadır. Her kilometre kare alana 44 kişi düşmekte ve ortalama hanehalkı 6 kişidir. Kırsal Rehabilitasyon ve Kalkınma Bakanlığı tahminlerine göre Cevizcan il nüfusu 627357 ve Şibirgan nüfusu 182797 ve 35810 haneden oluşmaktadır. Şibirgan ilçesinde köyler bulunmasına rağmen çoğunlukla sakinleri kentlidir [48].

Afganistan merkez istatistik kurumu verilerine göre Afganistan nüfusunun yaklaşık %20'sini 0-5 yaş gurubu çocuklar oluşturmaktadır. Bu yüzdeliği Şibirgan ilçesi için de geçerli kabul edersek, Şibirgan toplam nüfusu 182797 olduğuna göre 0-5 yaş gurubu çocukların nüfusu 36559 kişi olacaktır [49].

2.4. Cevzican'da Sağlık

Cevzican ilinde 1 il hastanesi, 1 çocuk hastanesi, 1 madde bağımlılar hastanesi, 2 ilçe hastanesi, 7 kapsamlı sağlık merkezi (CHC), 14 temel sağlık merkezi (BHC) , 7 yardımcı temel sağlık merkezi, 1 seyyar sağlık ekibi, 1 mahpuslar tedavi mekezi ve 1 fizyoterapi merkezi olmak üzere toplam 35 sağlık kuruluşu ve 331 sağlık evi bulunmaktadır. 241 kadın 385 erkekten oluşan toplam 626 sağlık personeli ile merkez ve ilçelerde sağlık

hizmeti verilmektedir. Özel sektör olarak 3 özel hastane, 12 özel teşhis kiliniği, 277 eczane sağlık faaliyeti göstermektedir [46].

Eczaneler sadece 24 köyde mevcut olup nüfusun yaklaşık %42'si eczaneye ulaşmak için on kilometre seyahat etmek zorundadır. Toplulukların çoğunluğunda toplum içinde sürekli bulunan bir sağlık çalışanı bulunmamaktadır. Nüfusun sadece %7,4'ü bir sağlık merkezine sahiptir. Sağlık hizmeti almak isteyenlerin yaklaşık yarısı on kilometreden fazla seyahat etmek zorundadır.

2013 yılının ilk dokuz ayında toplam 894881 kişi ayakta tedavi almış, 5926 cerrehi ameliyatı yapılmış ve toplam 21910 hasta yatarak tedavi görmüştür. Bunun yanı sıra 748 kişi madde bağımlısı tedavi altına alınmıştır. Sağlık harcamaları sağlık bakanlığı ve uluslararası kuruluş olan SAF tarafından karşılanmakta ve sağlık sunumu sağlık bakanlığı ve BDN tarafından yapılmaktadır [46].

Uygunsuz hastane binaları, tıbbi malzame ve cihazların yetersizliği, uzman hekim eksikliği, yönetim sorunları, bütçe yetersizliği ve benzeri durumlar sağlık hizmetleri kalitesi ve kapasitesini ciddi bir şekilde olumsuz etkilemekte ve hastaların bir kısmı Mezar-ı Şerif bölgesel hastanesine, Kabil'e ve yurt dışına gönderilmektedir. Cevzican ilinde hemşire ve ebeye olan ihtiyaç çok fazladır. Özel bir sağlık enstitüsü bünyesinde 231 erkek ve 180 kadın hemşirelik ve 151 kadın ebelik eğitimi almaktadır [46]. Aşılama durumu çizelgede verilmiştir.

Çizelge 2.3. Cevzican'da Yıllara Göre Aşılana Çocuk Sayısı

Aşılana Çocuk Sayısı			
Aşı Adı	2011	2012	2013
BCG	34731	35712	26026
PENTA 1-2-3	87259	89497	74187
TT	87259	89497	125370
Polio 0-1-2-3-4	133536	136960	92660
Kızamık	245597	251895	34786

Kaynak: Cevzican ili 2013 Yılı Kalkınma Planı, Cevzican ili kalkınma komitesi, Mart 2014 [46]

Çizelge 2.4. Bir Bakışta Cevizcan İli

Sağlıkla İlgili Göstergeler	Yüzde
Genel okuma yazma oranı	18
Bir saat içinde en yakın sağlık kuruluşuna erişim	92
12-23 aylık tam aşıli bebek	62
Nitelikli doğum kapsamı	21
Sağlıklı içme suyuna erişim	43
Sağlık çalışanı memnuniyeti endeksi	93,7
Genel hasta memnuniyeti ve algılanan bakım kalitesi	96,3
En az bir kadın çalışanı bulunan sağlık kurumları	89
Doğum öncesi birinci bakım oranı	64
TB vaka tespiti	32

Kaynak: Afganistan İl Sağlık Profili - İl Sağlık Hizmetleri Durum Analizi, MoPH, 2013 [49]

2.4.1. Cevizcan'da akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishalli hastalıklar

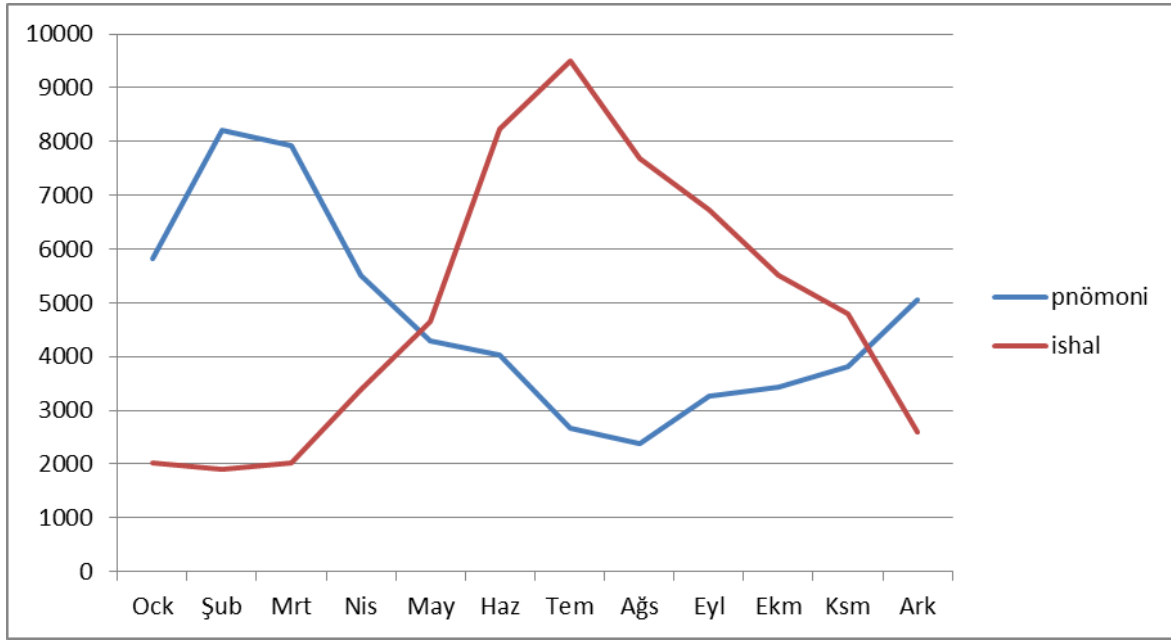
Akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishalli hastalıklar Cevizcan ilinde beş yaş altı çocuklarda en çok morbidite ve mortalitesi olan hastalıklardır. Bu ilde kronik malnütrisyon bu hastalıkların ve mortalitenin önemli bir ortam hazırlayıcı faktörüdür. Hijyenik olmayan ve güvensiz yaşam ortamı, sanitasyonun olmaması, kapalı ve açık hava kirliliği, sağlıksız içecek su, hijyen ve temizlik için kullanılan suyun yetersizliği, yoksulluk, hanehalkı ve toplumun düşük sosyoekonomik durumu vb bu iki ölümcül hastalığın ana predispozan faktörleri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu iki hastalığın yüksek prevalansı en başta ebeveynlerin düşük eğitim seviyesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Dünya çapında, solunum yolu enfeksiyonları ve ishalin sezonluk bir artışı gözlemleniyor. Bu durum Cevzican için de geçerlidir.

Çizelge 2.5. Cevzican'da 2012 Yılında Beş Yaş Altı Çocuklarda ASYE ve İshalin Aylara Göre Vaka Sayıları

	Oca	Şub	Mar	Nis	May	Haz	Tem	Ağu	Eyl	Eki	Kas	Ara
ASYE	5810	8211	7930	5515	4299	4031	2655	2378	3254	3440	3810	5050
İshal	2031	1897	2010	3375	4641	8229	9497	7695	6736	5512	4801	2589

Kaynak: HMIS Veritabanı, MoPH Cevzican, 2013 [53]



Şekil 2.12. Cevzican’da ASYE ile İshalin Yıllık Sıklıklarının Karşılaştırılması, (2012)

Şekil 2.12’de kış aylarında (özellikle Ocak ve Şubat’ta) ASYE vakalarında bir artış görülürken ishal vakalarında bir düşüş görülüyor. Aksine yaz aylarında (özellikle Temmuz ve Ağustos’ta) ishal vakalarında bir artış varken bu aylarda ASYE vakalarında bir düşüş söz konusudur. Bu yüzden; tüm yıl hakkında bilgi sahibi olmak için, araştırmada yaz ve kış ayları olmak üzere iki kez aynı örneklem üzerine tarama yapma planlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi (Modeli)

Araştırma kesitsel bir araştırma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Evren:

Şibirgan ilçesi toplam nüfusu 182797 kişi, hane sayısı 35810 ve ortalama hanehalkı sayısı 6 kişi olarak bildirilmektedir. Afganistan’da 0-59 aylık çocukların nüfusu toplam nüfusun %20’sini oluşturmaktadır. Şibirgan toplam nüfusu 182797 olduğuna göre 0-59 aylık çocukların tahmini nüfusu 36559 kişi olarak hesaplanmış ve evrenin 36559 çocuktan oluştuğu kabul edilmiştir.

Örneklem Büyüklüğü:

Şibirgan ilçesi toplam 128 yerleşim biriminden (köy) oluşmaktadır. Yerleşim birimlerinin ortalama nüfusu 1428 kişi, ortalama hane sayısı 280 ve ortalama 0-59 aylık çocuk nüfusu 286 kişidir. Bu yerleşim birimleri nüfus, sağlık düzeyi, sosyokültürel ve ekonomik durumları açısından birbirlerine benzedikleri için örneklem seçiminde kümeler olarak kabul edilmiştir. Örneklem büyüklüğü $(N.t^2.p.q)/(d^2(N-1)+t^2.p.q)$ formülünden 288 çocuk olarak hesap edilmiştir ($p=\%25$, $\alpha=0.05$, $d=\%5$). Seçilecek kümelerde çocukların %25’ine yani her kümeden en az 72 (kümelerin ortalama çocuk sayısı 286 olduğundan) çocuğa ulaşma hedeflenmiştir. Bu hedefe göre 288 çocuğa ulaşmak için 4 kümeye gidilmesi yeterli olduğundan 4 küme seçilmiştir. Seçilen bu dört kümenin her birinden en az 72 çocuğa ulaşılmış ve annesine anket uygulanmıştır. İkinci sefer ulaşamama ihtimalini göz önünde bulundurarak her kümeden 4-5 çocuk yedek olarak muayene edilmiş ve annelerine anket uygulanmıştır.

Örneklem Seçimi:

Çalışılacak kümeler, yerleşim birimleri listesinden rasgele seçilmiştir. Kokgonbad, Yakabağ, Kartedostum ve Babadihqan yerleşim birimleri rasgele seçilmiştir. Bu dört kümeye ayrı ayrı gidilmiş ve her birinde homojen bir şekilde 39 ile 49 arası haneye gidilerek, bu hanelerin bütün 0-59 aylık çocukları muayene edilmiş ve annelerine anket

uygulanmıştır. Haneler seçiminde homojenliği sağlamak için muhtar yardımı ile yerleşim biriminin cadde, sokak ve ev sayıları ve dağılımına göre 1 veya 2 cadde 3 veya 4 sokak 5 veya 6 ev arada bırakılarak hanelere gidilmeye çalışılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Şibirgan'da iklim olarak yaz ve kış olmak üzere yılda iki mevsim yaşanmaktadır. Her iki mevsimin orta aylarında (Ağustos ve Şubat) iki kez olmak üzere aşağıdaki yöntemlerle veri toplanmıştır:

Çizelge 3.1. Araştırmada Hedeflenen ve Ulaşılan Hane ve Çocuk Sayıları

Yerleşim Birimi	Hedeflenen	Yaz Dönemi Ulaşılan		Kış Dönemi Ulaşılan	
	Çocuk	Hane	Çocuk	Hane	Çocuk
Kartedostum	72	49	76	44	70
Yakabagh	72	45	79	39	68
Kokgonbad	72	44	74	35	54
Babadihqan	72	39	75	37	72
Toplam	288	177	304	155	264

Yaz Dönemi Saha Taraması:

Yaz dönemi saha taraması 30 Temmuz ile 22 Ağustos 2015 tarihleri arasında toplam 24 günde yapılmıştır. Kartedostum'da 49 hane 76 çocuk, Yakabagh'da 45 hane 79 çocuk, Kokgonbad'ta 44 hane 74 çocuk ve Babadihqan'da 39 hane 75 çocuk olmak üzere toplam 177 hane ve 304 çocuğa ulaşılmıştır (Çizelge 3.1). (288 çocuk hedef, 16 çocuk yedek)

Uygulama sırasında;

a) Annelere anket uygulanmıştır (Ek-1). Evlere gidildiğinde ebeveynlere araştırmanın amacı ve yapılacak muayeneler anlatılarak onay alındıktan sonra çocuklar ve ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili sorular, sosyodemografik özellikleri, sanitasyon, hijyen ve aile yapıları ile ilgili sorular, çocuğun kullandığı su ve beslenme durumu ile ilgili sorular, annelerin ASYE ve ishal ile ilgili bilgi, düşünce, tutum ve davranışlarını değerlendiren sorular sorulmuştur. Anket soruları sorulurken ev koşulları ile ilgili bazı konular –tuvalet koşulu gibi- bizzat araştırmacı ekip tarafından gözlemlenerek doldurulmuştur.

b) Çocukların ASYE ve İshalli hastalıklar yönünden fizik muayeneleri yapılmıştır. Muayenelerde stetoskop, otoskop, beden derecesi ve dil basacağı kullanılmıştır. Afganistan vaka tanımlamasına göre AÜSYE soğuk algınlığı ve grip olarak ve AASYE pnömoni

olarak kabul edilmektedir. Bu vaka sınıflaması kullanılmıştır. Afganistan vaka tanımlamasına göre düzenlenen muayene formu her bir çocuk için ayrı ayrı doldurulmuştur. Çocukların antropometrik ölçümleri alınarak muayene formunda kayıt edilmiştir. Soğuk mevsimde tekrar gelineceği anlatılmıştır.

Kış Dönemi Saha Taraması:

Kış dönemi saha taraması 23 Ocak ile 2 Şubat 2016 tarihleri arasında toplam 11 günde gerçekleştirilmiştir. Aynı yerleşim birimleri ve aynı adreslere gidilmiştir. Kartedostum'da 44 hane 70 çocuk, Yakabagh'da 39 hane 68 çocuk, Kokgonbad'ta 35 hane 54 çocuk ve Babadihqan'da 37 hane 72 çocuk olmak üzere toplam 155 hane ve 264 çocuğa yeniden ulaşılmıştır (Çizelge 3.1). Sıcak mevsim saha taramasında ulaşılan toplam 304 çocuktan 40'ına göç, katılmak istememe, adreste bulamama vb sebeplerden dolayı ulaşılammıştır.

Uygulama sırasında;

- a) Kış dönemi saha taramasında anket yapılmamıştır.
- b) Aynı adreslere gidilerek aynı çocukların ASYE ve İshalli hastalıklar yönünden fizik muayeneleri yapılmıştır. Muayenelerde steteskop, otoskop, beden derecesi ve dil basacağı kullanılmıştır. Bilgiler her çocuğun aynı muayene formunda (sıcak mevsim saha taraması formu) kırmızı kalemle kayıt edilmiştir. Çocukların antropometrik ölçümleri tekrar alınmıştır.

3.4. Çalışma Ekibi

Yaz dönemi saha taramasında çalışma ekibi bir doktor, bir kadın toplum sağlık çalışanı ve bir yardımcı kadın olmak üzere üç kişiden oluşmuştur. Ekibe çalışma hakkında bir gün eğitim verilmiş; ekip örnekleme seçilen yerleşim birimi (köy) muhtarları ile görüşmüş ve muhtar yardımı ile her köyde 39 ile 49 arası haneye gitmiştir. Gidilen hanelerin bütün 0-59 aylık çocukları muayene edilmiş ve annelerine anket uygulanmıştır. Evlere gidildiğinde ebeveynlere araştırmanın amacı ve yapılacak muayeneler anlatılarak onay alındıktan sonra, görüşme ve muayene yapılması kabul edilen hanelerde doktor çocukları muayene ederken toplum sağlık çalışanı annelere anket sorularını tek tek sorarak anket uygulamasını gerçekleştirmiştir. Kış dönemi saha taramasında anket uygulanmadığı için ekip bir doktor ve bir yardımcı kadından oluşmuştur.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler:

1. Yaz döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu bulunma durumu
2. Kış döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu bulunma durumu
3. Yaz döneminde akut alt solunum yolu enfeksiyonu bulunma durumu (Afganistan vaka tanımlamasına göre AASYE pnömoni olarak değerlendirilmektedir.)
4. Kış döneminde akut alt solunum yolu enfeksiyonu bulunma durumu
5. Yaz döneminde ishal bulunma durumu
6. Kış döneminde ishal bulunma durumu
7. Yaz döneminde persistan ishal bulunma durumu (Genel literatüre göre 14 günden uzun süren ishal, persistan ishal (kalıcı ishal) olarak tanımlanmaktadır.)
8. Kış döneminde persistan ishal bulunma durumu
9. Yaz döneminde hafif, orta ve ağır dehidratasyon bulunma durumu
10. Kış döneminde hafif, orta ve ağır dehidratasyon bulunma durumu

Bağımsız Değişkenler:

1. Yerleşim birimi
2. Çocukların bazı tanımlayıcı özellikleri (çocuğun cinsiyet, çocuğun yaş, yaşayan kardeş sayısı, ölen kardeş sayısı ve bilinen herhangi bir başka hastalığın olma durumu)
3. Ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özellikleri (annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin para getiren işte çalışma durumu, annenin mesleği, babanın yaşı, babanın öğrenim durumu, babanın para getiren işte çalışma durumu ve babanın mesleği)
4. Hane halkı özellikleri (aylık hanehalkı toplam geliri ve hanede yaşayan toplam kişi sayısı)
5. Ev koşulları ve sanitasyon özellikleri (evdeki oda sayısı, ev ısıtma şekli, ev soğutma şekli, ev içinde yapılan işler, evde sigara içilme durumu, evde hayvan yaşama durumu, evin rutubetli olma durumu, genel ev koşulu, ev havalandırma sıklığı, mutfak koşulu, gıdanın elde edildiği yer, gıdanın saklandığı yer, biberon ve emzik kullanma durumu, tuvalet koşulu ve çöp biriktirme şekli)
6. Anneler ve çocukların kişisel temizlik (hijyen) özellikleri (anne sabun kullanma alışkanlığı, anne sabun kullanma sıklığı, anne banyo sıklığı, anne diş fırçalama sıklığı, anne tırnak kesme sıklığı, çocuk altını temizleme şekli, çocuk banyo sıklığı, çocuk diş fırçalama sıklığı, çocuk tırnak kesme sıklığı ve çocuk elbise değiştirme sıklığı)

7. Kullandıkları suyun özellikleri (içme suyu kaynağı, içme suyu saklama şekli, içme suyu dezenfekte etme şekli, temizlik suyu kaynağı ve yemek suyu kaynağı)
8. Çocukların beslenme özellikleri (çocuğun emzirilme süresi, çocuğa ek gıda başlama zamanı ve çocuğun şu anki beslenme şekli)
9. Çocukların aşıları ve ASYE ve ishal ile ilgili devlet hizmetleri (çocuğun aşılarının yapılma durumu, çocuğa yapılan aşılar ve ASYE ve ishal ile ilgili devlet hizmetlerinin durumu)
10. Annelerin akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishal ile ilgili düşünce, bilgi, tutum ve davranışları

3.6. Veri Analizi

Çalışmada toplanan veriler IBM SPSS Statistics 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı bulgular ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki-Kare, Yate's Düzeltmeli Ki-Kare, Fisher'in Kesin Testi, Eğitimde Ki-Kare, Mann Whitney U ve Logistik Regresyon testleri kullanılmıştır. Genel istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Analizler yapılırken “anne öğrenim durumu” ve “baba öğrenim durumu” değişkenleri “okuryazar değil”, “lise ve altı okul mezunu” ve “yüksekokul-üniversite mezunu” olarak; “anne mesleği” değişkeni “ev hanımı”, “memur veya öğrenci”, “işçi” olarak; “baba mesleği” değişkeni “esnaf”, “memur veya öğrenci”, “işçi” olarak gruplandırma yapılmıştır. “aylık hane halkı toplam geliri” değişkeni “150 Amerikan doları üzeri” ve “150 Amerikan doları ve altı” olarak; “hanede yaşayan toplam kişi sayısı” değişkeni “3-5 kişi”, “6-8 kişi”, “9 ve üzeri” olarak gruplandırılmıştır. “ev ısıtma şekli” değişkeni “duman çıkaran sistem” ve “duman çıkarmayan sistem” olarak; “ev soğutma şekli” değişkeni “sulu sistem” ve “kuru sistem” olarak gruplandırma yapılmıştır. “ev içinde yapılan işler” değişkeni “herhangi bir iş yapılmıyor” ve “başka işler yapılıyor” olarak; “evde hayvan yaşama durumu” değişkeni “hayvan yaşamıyor” ve “hayvan yaşıyor” olarak gruplandırılmıştır. “genel ev koşulu”, “mutfak koşulu”, “tuvalet koşulu” ve “çöp biriktirme şekli” değişkenleri verdiği yanıtlar ve subjektif değerlendirmelere göre “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak gruplandırılmıştır. “anne sabun kullanma alışkanlığı” değişkeni seçtiği bir veya birkaç doğru seçenek sayısına göre “iyi”, “orta” ve “kötü” olarak gruplandırılmıştır. İrmak ve havuz suyu temiz olmayan su kaynaklarıdır. Buna göre analizler yapılırken su kaynağı ile ilgili değişkenler “temiz su” ve “temiz olmayan su”

olarak gruplandırılmıştır. Yine kova ve üstü açık kap sağlıksız saklama şekli olarak kabul ediliyor. Analizlerde “içme suyu saklama şekli” değişkeni “üstü kapalı kap” ve “üstü açık kap” olarak gruplandırma yapılmıştır. “çocuğa yapılan aşılar” değişkeni “hiçbiri” ve “hepsi” olarak, “ASYE ve ishal ile ilgili devlet hizmetlerinin durumu” değişkeni verdikleri yanıtlara göre “kötü”, “orta” ve “iyi” olarak gruplandırılmıştır.

Katılımcı annelerin bilgi, düşünce, tutum ve davranışları ile ilgili sorulan seçenekli sorulara (çizelge 4.9) bir veya birkaç seçeneği seçerek verdikleri yanıtlara göre “bilgili”, “az bilgili” ve “bilgisiz” olarak gruplamalar yapılarak değerlendirilmiştir. Bu sorular doğru ve yanlış seçenekler içeren; dört, beş ve altı seçenekli sorulardan oluşmuştur. Üç ve fazla doğru seçeneği olan sorulardan en az üç doğru seçeneği seçenler “bilgili”, iki ve bir doğru seçeneği seçenler “az bilgili” ve hiç doğru seçeneğini seçmeyenler “bilgisiz” olarak gruplandırılmıştır. İki doğru seçeneği olan sorulardan iki doğru seçeneği seçenler “bilgili”, bir doğru seçeneği seçenler “az bilgili” ve hiç doğru seçeneği seçmeyenler “bilgisiz” olarak gruplandırılmıştır. Bir doğru seçeneği olan sorulardan doğru seçeneği seçenler “bilgili” ve seçmeyenler “bilgisiz” olarak gruplandırılmıştır.

Yaz döneminde AÜSYE etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p<0,20$ değeri saptanan çocuğun yaşı, annenin mesleği, babanın öğrenim durumu, babanın mesleği, evdeki oda sayısı, gıdanın elde edildiği yer, gıdanın saklandığı yer, çocuk altını temizleme şekli, çocuğa yapılan aşılar, annenin; çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgi durumu ve önemli görülen çocuğun cinsiyeti değişkenleri; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile incelenmiştir. Bu değişkenlerden “babanın öğrenim durumu” ile “babanın mesleği” Phi and Cramer’s V testi ile ilişkili olduğu tespit edilmiş ve modelin uyumunu bozmamak için “babanın öğrenim durumu” modele alınmamıştır. Modelde Backward LR yöntemi seçilmiş ve sonuçta etkili olduğu saptanan değişkenler çizelge 4.16’da sunulmuştur.

Kış döneminde AÜSYE etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p<0,20$ değeri saptanan yerleşim birimi, yaşayan kardeş sayısı, annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin para getiren işte çalışma durumu, annenin mesleği, babanın yaşı, babanın öğrenim durumu, babanın mesleği, aylık hane halkı toplam geliri, hanede yaşayan toplam kişi sayısı, evdeki oda sayısı, ev ısıtma şekli, gıdanın saklandığı yer, çocuk altını temizleme şekli, anne banyo sıklığı, anne diş fırçalama sıklığı, çocuğa ek gıda başlama zamanı, annenin; çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgi durumu, annenin; çocuğu besleme ve emzirme faydası

hakkında bilgi durumu, annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu ve önemli görülen çocuğun yaşı ve cinsiyeti değişkenleri; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile incelenmiştir. Bu değişkenlerden “annenin para getiren işte çalışma durumu” ile “annenin mesleği”, “babanın öğrenim durumu” ile “babanın mesleği”, “anne banyo sıklığı” ile “anne diş fırçalama sıklığı” Phi and Cramer’s V testi ile ilişkili olduğu tespit edilmiş ve modelin uyumunu bozmamak için “annenin mesleği”, “babanın mesleği” ve “anne diş fırçalama sıklığı” modele alınmamıştır. Aynı zamanda “babanın yaşı” analize uygun olmadığı için modele alınmamıştır. Modelde Backward LR yöntemi seçilmiş ve sonuçta etkili olduğu saptanan değişkenler çizelge 4.22’de sunulmuştur.

Kış döneminde AASYE etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p<0,20$ değeri saptanan çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, annenin öğrenim durumu, babanın yaşı, babanın öğrenim durumu, evin rutubetli olma durumu, biberon ve emzik kullanma durumu, çocuğun emzirme süresi, çocuğa ek gıda başlama zamanı, annenin; çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgi durumu, annenin; ASYE olan çocuğunu doktora götürme durumu, annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu ve başvuru geleneksel tedavi yöntemleri değişkenleri; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile incelenmiştir. Bu değişkenlerden “annenin; çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgi durumu” analize uygun olmadığı için modele alınmamıştır. Modelde Backward LR yöntemi seçilmiş ve sonuçta etkili olduğu saptanan değişkenler çizelge 4.28’de sunulmuştur.

Yaz döneminde ishal etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p<0,20$ değeri saptanan çocuğun yaşı, babanın yaşı, babanın öğrenim durumu, babanın para getiren işte çalışma durumu, hanede yaşayan toplam kişi sayısı, gıdanın saklandığı yer, tuvalet koşulu, çocuğun aşılarının yapılma durumu, çocuğa yapılan aşılar, annenin; ishal olan çocuğunu doktora götürme durumu ve önemli görülen çocuğun cinsiyeti değişkenleri; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile incelenmiştir. Bu değişkenlerden “çocuğun aşılarının yapılma durumu” ile “çocuğa yapılan aşılar” Phi and Cramer’s V testi ile ilişkili olduğu tespit edilmiş ve modelin uyumunu bozmamak için “çocuğa yapılan aşılar” modele alınmamıştır. Aynı zamanda “babanın yaşı” analize uygun olmadığı için modele alınmamıştır. Modelde Backward LR yöntemi seçilmiş ve sonuçta etkili olduğu saptanan değişkenler çizelge 4.35’te sunulmuştur.

Kış döneminde ishal etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p<0,20$ değeri saptanan çocuğun yaşı, annenin yaşı, evdeki oda sayısı, gıdanın saklandığı yer, çocuğun altını temizleme şekli, anne banyo sıklığı, anne tırnak kesme sıklığı, çocuk elbise değiştirme sıklığı, çocuğun şu anki beslenme şekli, annenin; çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgi durumu, annenin; ishalleri çocuğa uygulama bilgi durumu, başvuru geleneksel tedavi yöntemleri ve önemli görülen çocuğun cinsiyeti değişkenleri; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile incelenmiştir. Bu değişkenlerden “annenin ishalleri çocuğa uygulama bilgi durumu” analize uygun olmadığı için modele alınmamıştır. Modelde Backward LR yöntemi seçilmiş ve sonuçta etkili olduğu saptanan değişkenler çizelge 4.42’de sunulmuştur.

Yaz döneminde persistan ishal etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p<0,20$ değeri saptanan çocuğun yaşı, yerleşim birimi, annenin para getiren işte çalışma durumu, babanın yaşı, aylık hane halkı toplam geliri, biberon ve emzik kullanma durumu, içme suyu saklama şekli, içme suyu dezenfekte etme durumu, anne sabun kullanma alışkanlığı ve önemli görülen çocuğun cinsiyeti değişkenleri; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile incelenmiştir. Bu değişkenlerden “annenin para getiren işte çalışma durumu”, “babanın yaşı” ve “anne sabun kullanma alışkanlığı” analize uygun olmadığı için modele alınmamıştır. Modelde Backward LR yöntemi seçilmiş ve sonuçta etkili olduğu saptanan değişkenler çizelge 4.49’da sunulmuştur.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları şu şekilde sıralanabilir.

1. Afganistan Cevzican ili Şibirgan ilçesi nispeten gelişmiş bir ilçe olduğu için Afganistan’ın gelişmemiş ilçelerini temsil etmeyebilir.
2. Afganistan kültür ve geleneklerinden dolayı anneler bazı sorulara net ve doğru cevap vermemiş olabilirler.
3. Yaz döneminde ulaşılan 304 çocuğun tamamına kış döneminde ulaşılammıştır. Kış döneminde tekrar gidildiğinde göç ve katılmak istememe gibi durumlardan dolayı 264 çocuğa ulaşılabilmiştir.
4. Afganistan’da güvensiz ortam ve savaştan dolayı yapılan bilimsel araştırma –özellikle son beş yılda- yok denecek derecede azdır. Dolayısıyla çalışmada kullanılan literatür bilgileri kısıtlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya 304 çocuk anneleri ile beraber katılmıştır. Çocukların yaş ortalaması $2,50 \pm 1,66$ ve ortancası 3 (minimum: 0; maksimum: 5)'tür.

Çizelge 4.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Yerleşim Birimi (n=304)		
Kartedostum	76	25,0
Yakabagh	79	26,0
Kokgonbad	74	24,3
Babadihqan	75	24,7
Çocuğun Cinsiyeti (n=304)		
Erkek	161	53,0
Kız	143	47,0
Çocuğun Yaşı (Yıl) (n=304)**		
0	49	16,1
1	44	14,5
2	58	19,1
3	64	21,1
4	38	12,5
5	51	16,8
Yaşayan Kardeş Sayısı (n=304)		
0	18	5,9
1	78	25,7
2	50	16,4
3	38	12,5
4	37	12,2
≥5	83	27,3
Ölen Kardeş Sayısı (n=304)		
0	245	80,6
1	31	10,2
2	12	3,9
3	8	2,6
≥4	8	2,6
Çocukta Bilinen Herhangi Bir Başka Hastalığı Olma Durumu (n=304)		
Bilinen Hastalığı Yok	293	96,4
Bilinen Hastalığı Var	11	3,6

*Sütun Yüzdesi

**“Çocuğun Yaşı” anketin yapıldığı yıl (2015) (yaz dönemi) ile doğduğu yılın farkı alınarak hesap edilmiştir. 0-11 aylık olanlar 0 yaş olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 4.1.'de araştırmaya katılan çocukların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan çocukların %53'ü erkek ve %47'si kızdır. Çocukların %16,1'i sıfır yaş, %14,5'i bir yaş, %19,1'i iki yaş %21,1'i üç yaş, %12,5'i dört yaş ve %16,8'i beş yaş gruplarında olduğu saptanmıştır. Çocukların %96,4'ünün bilinen herhangi bir hastalığı yokken %3,6'sının bilinen başka bir hastalığı olduğu bildirilmiştir.

Çizelge 4.2. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Annenin Yaşı (n=304)		
15-19	7	2,3
20-24	89	29,3
25-34	144	47,4
≥35	64	21,1
Annenin Öğrenim Durumu (n=304)		
Okuryazar Değil	206	67,8
İlkokul Mezunu	10	3,3
Ortaokul Mezunu	17	5,6
Lise Mezunu	20	6,6
Yüksekokul-Üniversite Mezunu	51	16,8
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)		
Çalışmıyor	223	73,4
Çalışıyor	81	26,7
Annenin Mesleği (n=304)		
Ev Hanımı	235	77,3
İşçi	29	9,5
Memur	28	9,2
Öğrenci	12	3,9
Babanın Yaşı (n=304)		
16-20	2	0,7
21-25	28	9,2
26-35	153	50,3
≥36	121	39,8
Babanın Öğrenim Durumu (n=304)		
Okuryazar Değil	152	50,0
İlkokul Mezunu	20	6,6
Ortaokul Mezunu	9	3,0
Lise Mezunu	52	17,1
Yüksekokul-Üniversite Mezunu	71	23,4
Babanın Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)		
Çalışmıyor	24	7,9
Çalışıyor	280	92,1

Çizelge 4.2. (devam) Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Babanın Mesleği (n=304)		
Esnaf	42	13,8
İşçi	130	42,8
Çiftçi	32	10,5
Memur	85	28,0
Öğrenci	5	1,6
Emekli	2	0,7
Diğer	8	2,6

*Sütun Yüzdesi

Çizelge 4.2.'de araştırmaya katılan ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan annelerin %2,3'ü 15-19 yaş grubunda, %29,3'ü 20-24 yaş grubunda, %47,4'ü 25-34 yaş grubunda ve %21,1'i 35 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Annelerin %67,8'i okuryazar değil, %3,3'ü ilkokul mezunu, %5,6'sı ortaokul mezunu, %6,6'sı lise mezunu ve 16,8'i yüksekokul-üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %73,4'ü para getiren bir işte çalışmıyor iken %26,7'si para getiren bir işte çalışmaktadır. Yine babaların %0,7'si 16-20 yaş grubunda, %9,2'si 21-25 yaş grubunda, %50,3'ü 26-35 yaş grubunda ve %39,8'i 36 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Babaların %50'si okuryazar değil, %6,6'sı ilkokul mezunu, %3'ü ortaokul mezunu, %17,1'i lise mezunu ve 23,4'ü yüksekokul-üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Babaların %7,9'u para getiren bir işte çalışmıyor iken %92,1'i para getiren bir işte çalışmaktadır.

Çizelge 4.3. Araştırmaya Katılan Çocukların Hane Halkı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Aylık Hanehalkı Toplam Geliri (n=304)		
100 Amerikan Doları Altı	121	39,8
100-150 Amerikan Doları	38	12,5
150-200 Amerikan Doları	47	15,5
200-300 Amerikan Doları	52	17,1
300-500 Amerikan Doları	26	8,6
500 Amerikan Doları Üzeri	20	6,6

Çizelge 4.3. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Hane Halkı Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=304)		
3	5	1,6
4	25	8,2
5	37	12,2
6	31	10,2
7	46	15,1
8	47	15,5
9	24	7,9
≥10	89	29,3

*Sütun Yüzdesi

Çizelge 4.3.'te araştırmaya katılan çocukların bazı hane halkı özelliklerinin dağılımı incelenmiştir. Çocukların %39,8'inin 100\$ altı, %12,5'inin 100\$-150\$ arası, %15,5'inin 150\$-200\$ arası, %17,1'inin 200\$-300\$ arası, %8,6'sının 300\$-500\$ arası ve %6,6'sının 500\$ üzeri aylık hane halkı toplam geliri olduğu saptanmıştır. Çocukların %1,6'sının 3 kişi, %8,2'sinin 4 kişi, %12,2'sinin 5 kişi, %10,2'sinin 6 kişi, %15,1'inin 7 kişi, %15,5'inin 8 kişi, %7,9'unun 9 kişi ve %29,3'ünün 10 ve üzeri kişi hanede yaşayan toplam kişi sayısı olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.4. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Evdeki Oda Sayısı (n=304)		
1	26	8,6
2	115	37,8
3	60	19,7
4	53	17,4
5	50	16,4
Ev Isıtma Şekli (n=304)**		
Sandali***	235	77,3
Odun Sobası	139	45,7
Kömür Sobası	5	1,6
Elektrikli Soba	24	7,8
Doğalgaz	17	5,5
Ev Soğutma Şekli (n=304)**		
Dikenlik****	31	10,1
Sulu Klima	64	20,7
Elektrikli Klima	15	4,9
Vantilatör	270	88,8

Çizelge 4.4. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Ev İçinde Yapılan İşler (n=304)		
Herhangi Bir İş Yapılmıyor	267	87,8
Halı Dokunuyor	13	4,3
Terzilik İşleri Yapılıyor	22	7,2
Mahalle Çocuklarına Eğitim Veriliyor	2	0,7
Evde Sigara İçilme Durumu (n=304)		
Sigara İçilmiyor	259	85,2
Sigara İçiliyor	40	13,2
Bazen İçiliyor	5	1,6
Evde Hayvan Yaşama Durumu (n=304)**		
Hayvan Yaşamıyor	170	55,9
Köpek	32	10,5
İnek	39	12,8
Koyun	26	8,5
Keçi	18	5,9
Tavuk	57	18,7
Evin Rutubetli Olma Durumu (n=304)		
Rutubetli Değil	249	81,9
Kısmen Rutubetli	26	8,6
Rutubetli	4	1,3
Bilinmiyor	25	8,2
Genel Ev Koşulu (n=304)		
Çok Sıcak	11	3,6
Toz Var	5	1,6
Duman Var	2	0,7
Normal	286	94,1
Ev Havalandırma Sıklığı (n=304)		
Her Gün	281	92,4
Haftada 2-3 Kez	16	5,3
Daha Seyrek	7	2,3
Mutfak Koşulu (n=304)		
Ev İçinde Sağlıklı*****	39	12,8
Ev Dışında Sağlıklı*****	189	62,2
Ev İçinde Sağlıksız*****	11	3,6
Ev Dışında Sağlıksız*****	65	21,4
Gıdanın Elde Edildiği Yer (n=304)**		
Hayvanlarından	6	1,9
Tarlalarından	13	4,2
Pazardan Alınıyor	297	97,6
Gıdanın Saklandığı Yer (n=304)		
Buzdolabında	138	45,4
Buzdolabının Dışında	166	54,6

Çizelge 4.4. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Biberon ve Emzik Kullanma Durumu (n=304)		
Kullanmıyor	206	67,8
Bazen Kullanıyor	15	4,9
Kullanıyor	83	27,3
Tuvalet Koşulu (n=304)**		
Ev İçinde Sağlıklı*****	31	10,1
Ev Dışında Sağlıklı*****	147	48,3
Ev İçinde Sağlıksız*****	57	18,8
Ev Dışında Sağlıksız*****	71	23,4
Çöp Biriktirme Şekli (n=304)**		
Biriktirmeden Sokağa Atma	103	33,8
Ev Dışında Üstü Kapalı Biriktirme*****	63	20,7
Ev İçinde Üstü Kapalı Biriktirme*****	5	1,6
Ev Dışında Üstü Açık Biriktirme*****	96	31,6
Ev İçinde Üstü Açık Biriktirme*****	44	14,5

*Sütun Yüzdesi (Birden fazla seçenek işaretlenenler için satır yüzdesi)

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

***Sandali; kare şeklinde üstü yorganla örtülen bir masa olup altında köz veya elektrikli soba koyulan ve insanların bu yorganın altına girerek ısındıkları bir ısınma şeklidir.

****Dikenlik; evlerin pencereleri dışarıdan bir çerçeve şeklinde dikenlerle kaplanıp, su damlamasıyla dikenlerin arasından geçen cereyanın odanın içerisini serinletme şeklidir.

*****Afganistan'da genelde evler avlulu (bahçeli) olduğu için "ev içinde" derken ev binasının içinde olduğu ve "ev dışında" derken avluda müstakil bir şekilde olduğu anlaşılmaktadır.

Çizelge 4.4.'te araştırmaya katılan çocukların ev koşulları ve sanitasyon özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Çocukların yaşadığı evlerin %8,6'sında bir oda, %37,8'inde iki oda, %19,7'sinde üç oda, %17,4'ünde dört oda ve %16,4'ünde 5 oda bulunmaktadır. Evlerin %85,2'sinde sigara içilmemekte iken %13,2'sinde sigara içilmektedir. Evlerin 55,9'unda hiçbir hayvan yaşamamakta iken geri kalanında evcil hayvan yaşamaktadır. Evlerin %81,9'u rutubetli olmadığı ve %8,6'sının rutubetli olduğu anlaşılmıştır. Evlerin havalandırma sıklığının %92,4'nün her gün olduğu geri kalanının daha az olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %1,9'u gıdayı hayvanlarından, %4,2'si tarlalarından ve %97,6'sı pazardan elde ettikleri saptamıştır. Katılanların %45,4'u gıdayı buzdolabında ve %54,6'sı buzdolabı dışında sakladıkları anlaşılmıştır. Tuvalet koşuluna bakıldığında %10,1'nin ev içinde sağlıklı, %48,3'nün ev dışında sağlıklı, %18,8'inin ev içinde sağlıksız ve %23,4'ünün ev dışında sağlıksız olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.5. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Kişisel Temizlik (Hijyen) Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Anne Sabun Kullanma Alışkanlığı (n=304)**		
Yemekten Önce ve Sonra	295	97,0
Tuvaletten Sonra	280	92,1
Sabahları	230	75,6
Çocuğunu Emzirirken ve Beslerken	243	79,9
Çocuğunun Altını Temizledikten Sonra	231	75,9
Anne Sabun Kullanma Sıklığı (n=304)		
Günde Birden Fazla	190	62,5
Günde Bir	37	12,2
Haftada Bir	50	16,4
Haftada Birden Az	27	8,9
Çocuğun Altını Temizleme Şekli (n=304)**		
Su ve Sabun ile Yıkama	208	68,3
Sadece Su ile Yıkama	44	14,4
Islak Mendil Kullanma	5	1,6
Tuvalet Kağıdı veya Bez Kullanma	58	19
Anne Banyo Sıklığı (n=304)		
Her Gün	159	52,3
Haftada İki Kez	57	18,8
Haftada Bir Kez	79	26,0
İki Haftada Bir Kez	9	3,0
Çocuk Banyo Sıklığı (n=304)		
Her Gün	205	67,4
Haftada İki Kez	48	15,8
Haftada Bir Kez	51	16,8
Anne Diş Fırçalama Sıklığı (n=304)		
Her Gün	214	70,4
Haftada İki Kez	18	5,9
Haftada Bir Kez	23	7,6
Hiç Fırçalamıyor	49	16,2
Çocuk Diş Fırçalama Sıklığı (n=304)		
Her Gün	58	19,1
Haftada İki Kez	2	0,7
Haftada Bir Kez	2	0,7
Hiç Fırçalamıyor	242	79,6
Anne Tırnak Kesme Sıklığı (n=304)		
Uzadığında	268	88,2
Çok Fazla Uzadığında	36	11,8
Çocuk Tırnak Kesme Sıklığı (n=304)		
Uzadığında	272	89,5
Çok Fazla Uzadığında	32	10,5
Çocuk Elbise Değiştirme Sıklığı (n=304)		
Kirlendiğinde	228	75,0
Çok Fazla Kirlendiğinde	76	25,0

*Sütun Yüzdesi (Birden fazla seçenek işaretlenenler için satır yüzdesi) **Birden fazla seçenek

Çizelge 4.5.'te araştırmaya katılan anneler ve çocukların kişisel temizlik ve hijyen özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcı annelerin %62,5'i günde birden fazla, %12,2'si günde bir, %16,4'ü haftada bir, %8,9'u haftada birden az sabun kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %68,3'ü çocuklarının altını su ve sabun ile temizlerken %14,4'ü sadece su, %1,6'sı ıslak mendil, %19'u da tuvalet kağıdı veya bez kullandıklarını belirtmiştir. Çocukların banyo sıklığına gelince %67,4'u her gün, %15,8'i haftada iki kez, %16,1'i haftada bir kez ve %0,7'si iki haftada bir kez banyo yaptığı saptanmıştır. Anneler; çocukların tırnaklarını %89,5'i uzadığında keserken %10,5'i çok fazla uzadığında kestiklerini ifade etmişlerdir. Çocuk elbisesini %75'i kirlendiğinde ve %25'i çok fazla kirlendiğinde değiştirdiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.6. Araştırmaya Katılan Çocukların Kullandıkları Suyun Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
İçme Suyu Kaynağı (n=304)**		
Kuyu	197	64,8
Ev İçi Çeşme	101	33,2
Üstü Kapalı Sağlıklı Su Satın Alma	3	0,9
Irmak Suyu	5	1,6
Havuz Suyu	3	0,9
İçme Suyu Saklama Şekli (n=304)**		
Varil	80	26,3
Bidon	132	43,4
Üstü Kapalı Kap	93	30,5
Kova	23	7,5
Üstü Açık Kap	8	2,6
İçme Suyu Dezenfekte Etme Şekli (n=304)**		
Dezenfekte Etmiyor	182	59,9
Kaynatma	122	40,1
Klorlama	2	0,6
Temizlik Suyu Kaynağı (n=304)**		
Kuyu	202	66,4
Ev İçi Çeşme	18	5,9
Üstü Kapalı Sağlıklı Su Satın Alma	2	0,7
Ev Dışı Çeşme	76	25,0
Irmak Suyu	8	2,6
Yemek Suyu Kaynağı (n=304)		
Kuyu	201	66,1
Ev İçi Çeşme	17	5,6
Ev Dışı Çeşme	78	25,7
Irmak Suyu	5	1,6
Havuz Suyu	3	1,0

*Sütun Yüzdesi (Birden fazla seçenek işaretlenenler için satır yüzdesi) **Birden fazla seçenek

Çizelge 4.6.'da araştırmaya katılanların kullandıkları suyun özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %64,8'i kuyu suyu, %33,2'si ev içi çeşme suyu, %0,9'i üstü kapalı sağlıklı su, %1,6'sı ırmak suyu ve %0,9'u havuz suyu kullandığı saptanmıştır. İçme suyunu saklama şekli dağılımına bakıldığında %26,3'ü varil, %43,4'ü bidon, %30,5'i üstü kapalı kap, %7,5'i kova, %2,6'sı üstü açık kap kullandıklarını belirtmiştir. Yine katılımcıların %59,9'u içme suyunu dezenfekte etmezken %40,1'i kaynatma ve %0,6'sı klorlama şeklinde dezenfekte etmektedirler.

Çizelge 4.7. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özelliklerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Çocuğu Emzirme Süresi (n=304)		
İki Yaş Altı	28	9,2
İki Yaş ve Üzeri	276	90,8
Çocuğa Ek Gıda Başlama Zamanı (n=304)		
6 Ay ve Daha Önce	219	72,0
6 Aydan Büyük	85	28,0
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli (n=304)		
Yetersiz Besleniyor	114	37,5
Yeterli Besleniyor	190	62,5

*Sütun Yüzdesi

Çizelge 4.7.'de araştırmaya katılan çocukların beslenme özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çocukların %9,2'si iki yaşına kadar emzirilmemiş iken %90,8'i iki yaşına kadar emzirilmiştir. Çocukların %72'si altı aylıkta ek gıdaya başladığı, %28'i altı aydan büyük yaşta başladığı anlaşılmıştır. Yine katılan çocukların %37,5'i yetersiz beslenmekte iken %62,5'i yeterli beslenmekte olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.8. Araştırmaya Katılan Çocukların Aşıları ve Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ve İshal ile İlgili Devlet Hizmetlerinin Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Çocuğun Aşılarının Yapılma Durumu (n=304)***		
Yapılmadı	15	4,9
Yapıldı	285	93,8
Bilinmiyor	4	1,3
Çocuğa Yapılan Aşılar (Afganistan Aşı Programı) (n=304)**		
Bilinmiyor	20	6,6
PENTA 1-2-3 (Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Hepatit B, Hib)	283	93,1
OPV 0-1-2-3-4 (Oral Polio Aşısı)	283	93,1
M (Kızamık)	284	93,4
BCG (Bacille Calmette-Guerin) (Tüberküloz)	283	93,1
PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine) (Pnömoni)	283	93,1
ASYE ve İshal ile İlgili Devlet Hizmetlerinin Durumu (n=304)**		
Kötü Hastane Hizmetleri	129	42,4
Orta Derecede Hastane Hizmetleri	109	35,8
Bilgilendirme Kampanyaları	4	1,3
Çevre Sağlığı Hizmetleri	3	0,9
Aşılama Hizmetleri	299	98,3
İyi Hastane Hizmetleri	62	20,3

*Sütun Yüzdesi (Birden fazla seçenek işaretlenenler için satır yüzdesi)

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

***Aşılama durumu bilgisi il sağlık otoritesinden elde edilmiştir.

Çizelge 4.8.'de araştırmaya katılan çocukların aşıları, akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishal ile ilgili devlet hizmetlerinin dağılımı sunulmuştur. Çocukların %4,9'una Afganistan aşı programına göre bütün aşılar yapılmamış iken %93,8'ine bütün aşılar yapılmıştır. Akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishal ile ilgili devlet hizmetleri dağılımına bakıldığında %42,4 kötü hastane hizmetleri, %35,8 orta derecede hastane hizmetleri, %20,3 iyi hastane hizmetleri ve %98,3 aşılama hizmetleri olduğu; bilgilendirme kampanyaları (sağlık eğitimi), çevre sağlığı hizmetleri çok az olduğu saptanmıştır.

4.2. Ebeveyn Yaklaşımları İle İlgili Bulgular

Çizelge 4.9. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ve İshal ile İlgili Düşünce, Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Ait Sorulara Yanıtlarının Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
Sizce Çocuğunuzun Hastalanma Sebebi Ne Olabilir? (n=304)**		
Bilmiyorum	6	2,0
Allah Tarafından	155	50,9
Temizliğe Dikkat Etmeme	252	82,8
İyi Beslenmeme	199	65,4
Sağlıksız Su İçme	119	39,1
ASYE veya İshal Olan Çocuğu Kaç Gün Sonra Doktora Götürürsünüz? (n=304)		
Hemen Doktora Götürürüm	118	38,8
Bir Gün Sonra Doktora Götürürüm	169	55,6
Bir Hafta Sonra Doktora Götürürüm	17	5,6
Durumu Ağırlandığında	-	-
ASYE ve İshal Bulaşıcı Mıdır? (n=304)		
Hayır	93	30,6
Evet	204	67,1
Bilmiyorum	7	2,3
Çocuğunuz ASYE veya İshal Olunca Başkalarına Bulaşmaması İçin Neler Yaparsınız? (n=304)**		
Hiç Bir Farklı Şey Yapmam	68	22,4
Çocuğun Odasını Ayırırım	16	5,2
Çocuğun Kullandığı Eşyayı Ayırırım	214	70,3
Diğer Çocuklarla Temasını Azaltırım	115	37,8
Temizliğine Daha Fazla Dikkat Ederim	192	63,1
Çocuğunuz Besleme ve Emzirmenin Faydaları Nelerdir? (n=304)**		
Hastalıklara Karşı Direnci Artar	90	29,6
Çabuk Hastalanmaz	176	57,8
Hastalandığında Çabuk İyileşir	92	30,2
Karnı Doyar	268	88,1
Hızlı Gelişir ve Büyür	271	89,1
Hasta Çocuğunuz Nasıl Beslersiniz? (n=304)**		
Daha Az Beslerim	16	5,2
Daha Çok Beslerim	270	88,8
Daha Az Meyve ve Sebze Veririm	20	6,5
Daha Fazla Meyve ve Sebze Veririm	106	34,8
Bol Sulu Yemekler Veririm	226	74,3
ASYE'li Çocuğa Ne Yaparsınız? (n=304)**		
Doktora Götürürüm	301	99,0
Hocaya Götürürüm	90	29,5
Daha İyi Beslerim	84	27,6
Eczaneden İlaç Alırım	37	12,1
Temizliğe Daha Dikkat Ederim	32	10,5
Evde Dinlenmesini Sağlarım	78	25,6

Çizelge 4.9. (devam) Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ve İshal ile İlgili Düşünce, Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Ait Sorulara Yanıtlarının Dağılımı, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Sayı	(%)*
ASYE'ye İyi Gelen Yiyecekler Nelerdir? (n=304)**		
Hiçbir Yiyecek	1	0,3
Bütün Yiyecekler	180	59,2
Sulu Yiyecekler	190	62,5
Meyve ve Sebzeler	124	40,7
Çocuğunuz İshal Olduğunda Ne Yaparsınız? (n=304)**		
Doktora Götürürüm	297	97,6
Hocaya Götürürüm	82	26,9
Daha İyi Beslerim	128	42,1
Eczaneden İlaç Alırım	51	16,7
Temizliğe Daha Dikkat Ederim	70	23,0
Evde Dinlenmesini Sağlarım	106	34,8
İshalli Çocuğa Su Verilir Mi? (n=304)		
Hayır	2	0,7
Evet	302	99,3
Bilmiyorum	-	-
Hasta Çocuğunuzu Tedavi Etmek İçin Ne Gibi Geleneksel Yöntemlere Başvurursunuz? (n=304)**		
Hiç Bir Yönteme Başvurmam	188	61,8
Geleneksel İlaçlar Veririm	33	10,8
Hocaya Okutmak İçin Götürürüm	43	14,1
Geleneksel Yemekler Yediririm	77	25,2
Sizce ASYE ve İshalin En Önemli Tedavi Girişimi Nedir? (n=304)**		
İlaç Verme	262	86,1
Çok Yiyecek ve İçecek Verme	233	76,6
Az Yiyecek ve İçecek Verme	24	7,8
Dinlenme	180	59,2
Sizce ASYE ve İshal Ne Kadar Önemlidir? (n=304)		
Basit Hastalıklardır Çabuk Geçer	-	-
Çok Önemlidir Çocuğu Öldürebilir	286	94,1
Önemlidir Fakat Çocuğu Öldürmez	18	5,9
Sık Olduğu İçin Önemli Değil	-	-
ASYE ve İshaldan Çocuklarınızı Korumak İçin Neler Yaparsınız? (n=304)**		
Bilmiyorum	5	1,6
Az Yemek Yediririm	19	6,2
Temizliğe Dikkat Ederim	238	78,2
Çok Yemek Yediririm	231	75,9
Temiz Su İçiririm	237	77,9

*Sütun Yüzdesi (Birden fazla seçenek işaretlenenler için satır yüzdesi)

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 4.9.'da araştırmaya katılan annelerin akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishal ile ilgili düşünce, bilgi, tutum ve davranışlarına ait sorulara yanıtlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcı annelere sorulan seçenekli sorulara bir veya birkaç seçeneği seçerek verdikleri yanıtlara göre “bilgisiz”, “az bilgili” ve “bilgili” olarak gruplamalar yapılarak değerlendirilmiştir. Sizce çocuğunuzun hastalanma sebebi ne olabilir? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %12,2'si bilgisiz, %57,9'u az bilgili ve %29,9'u bilgili olarak belirlenmiştir. ASYE veya ishal olan çocuğu kaç gün sonra doktora götürürsünüz? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %38,8'i zamanında götürüyor, %61,2'si geç götürüyor olarak kabul edilmiştir. ASYE ve ishal bulaşıcı mıdır? Sorusuna %32,9'u hayır cevabı verirken %67,1'i evet cevabı vermiştir. Çocuğunuz ASYE veya ishal olunca başkalarına bulaşmaması için neler yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %27'si bilgisiz, %7,2'si az bilgili ve %65,8'i bilgili olarak saptanmıştır. Çocuğunuz besleme ve emzirmenin faydaları nelerdir? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %32,2'si bilgisiz, %50,3'ü az bilgili ve %17,4'ü bilgili olarak saptanmıştır. Hasta çocuğunuz nasıl beslersiniz? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %6,9'u bilgisiz, %65,1'i az bilgili ve %28'i bilgili olarak belirlenmiştir. ASYE'li çocuğa ne yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %25,3'ü bilgisiz, %53,9'u az bilgili ve %20,7'si bilgili olarak saptanmıştır. ASYE'ye iyi gelen yiyecekler nelerdir? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %40,1'i az bilgili ve %59,9'u bilgili olarak saptanmıştır. Çocuğunuz ishal olduğunda ne yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %15,1'i bilgisiz, %52,3'ü az bilgili ve %32,6'sı bilgili olarak belirlenmiştir. İshalli çocuğa su verilir mi? Sorusuna annelerin %0,7'si hayır cevabı verirken %99,3'ü evet cevabı vermiştir. Hasta çocuğunuz tedavi etmek için ne gibi geleneksel yöntemlere başvurursunuz? Sorusuna %61,8'i geleneksel yöntemlere başvurmam derken %38,2'si bir veya birkaç yöntemle başvurduğunu ifade etmiştir. Sizce ASYE ve ishalin en önemli tedavi girişimi nedir? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %3,6'sı bilgisiz, %48'i az bilgili ve %48,4'ü bilgili olarak saptanmıştır. Sizce ASYE ve ishal ne kadar önemlidir? Sorusuna %94,1'i “çok önemlidir çocuğu öldürebilir” cevabı verirken %5,9'u “önemlidir fakat çocuğu öldürmez” cevabını vermiştir. ASYE ve ishaldan çocuklarınızı korumak için neler yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %7,9'u bilgisiz, %37,2'si az bilgili ve %54,9'u bilgili olarak saptanmıştır.

4.3. Sıklık İle İlgili Bulgular

Çizelge 4.10. Araştırmaya Katılan Çocuklarda Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları, İshal ve Dehidratasyon Görülme Durumu, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Yaz Dönemi (n=304)				Kış Dönemi (n=264)			
	Yok		Var		Yok		Var	
	Sayı	%	Sayı	%*	Sayı	%	Sayı	%*
AÜSYE	227	74,7	77	25,3	119	45,1	145	54,9
AASYE (Pnömoni)	301	99,0	3	1,0	249	94,3	15	5,7
İshal	250	82,2	54	17,8	256	97,0	8	3,0
Persistan İshal	296	97,4	8	2,6	264	100,0	-	-
Hafif Dehidratasyon**	300	98,7	4	1,3	264	100,0	-	-

*Satır Yüzdesi

**Orta ve Ağır dehidratasyon saptanmamıştır.

Çizelge 4.10.'da araştırmaya katılan çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonları, ishal ve dehidratasyon görülme durumu sunulmuştur. AÜSYE görülme sıklığı yaz döneminde %25,3 ve kış döneminde %54,9 olarak saptanmıştır. AASYE (pnömoni) görülme sıklığı yaz döneminde %1 ve kış döneminde %5,7 olarak saptanmıştır. Buna göre ASYE (AÜSYE ve AASYE toplamı) görülme sıklığı yaz döneminde %26,3 ve kış döneminde %60,6 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklarda her iki dönemde (yaz ve kış dönemleri) ağır pnömoni saptanmamıştır. Yaz döneminde AASYE görülme sıklığı çok düşük (%1) olduğu ve tezimizin de hacmi çok fazla olduğu için bir sonraki bölümde etkileyen faktörlerine bakılmamıştır.

İshal görülme sıklığı yaz döneminde %17,8 ve kış döneminde %3 olarak saptanmıştır. Persistan ishal görülme sıklığı yaz döneminde %2,6 olarak saptanmış, kış döneminde saptanmamıştır. Buna göre tüm ishallerin (persistan ishal dahil) görülme sıklığı yaz döneminde %20,4 ve kış döneminde %3 olarak tespit edilmiştir. Yaz dönemi hafif dehidratasyon dışında (%1,3) her iki dönemde hafif, orta ve ağır dehidratasyon saptanmamıştır.

4.4. Etkileyen Faktörler ile İlgili Bulgular

4.4.1. Akut solunum yolu enfeksiyonları etkileyen faktörleri ile ilgili bulgular

Çizelge 4.11. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu		
	Yok	Var	P
Çocuğun Yaşı (Yıl)			
Mean ± Standart Sapma	2,69 ± 1,68	1,94 ± 1,50	
Median (Minimum-Maksimum)	3,00 (0-5)	2,00 (0-5)	0,0001

Çizelge 4.11.'de araştırmaya katılan çocukların yaz döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumuna göre yaşlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. AÜSYE olanların yaş ortalaması 1,94±1,50 iken olmayanların yaş ortalaması 2,69±1,68 olarak saptanmıştır. Yaz döneminde AÜSYE olanların yaşı anlamlı şekilde düşüktür (p=0,0001).

Çizelge 4.12. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim Birimi (n=304)					
	Kartedostum	57	75,0	19	25,0
	Yakabagh	59	74,7	20	25,3
	Kokgunbad	55	74,3	19	25,7
	Babadihqan	56	74,7	19	25,3
$\chi^2 = 0,009$ p = 1,000					
Çocuğun Cinsiyeti (n=304)					
	Erkek	118	73,3	43	26,7
	Kız	109	76,2	34	23,8
$\chi^2 = 0,344$ p = 0,557					
Çocukta Bilinen Herhangi Bir Başka Hastalığın Olma Durumu (n=304)					
	Bilinen Hastalığı Yok	220	75,1	73	24,9
	Bilinen Hastalığı Var	7	63,6	4	36,4
$\chi^2 = -$ p = 0,479* (Fisher's)					

Çizelge 4.12. (devam) Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin Yaşı (n=304)					
	15-19	3	42,9	4	57,1
	20-24	65	73,0	24	27,0
	25-34	114	79,2	30	20,8
	≥35	45	70,3	19	29,7
		$\chi^2 = 0,39$		$p = 0,530$	
Annenin Öğrenim Durumu (n=304)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	40	78,4	11	21,6
	Lise ve Altı Okul Mezunu	38	80,9	9	19,1
	Okuryazar Değil	149	72,3	57	27,7
		$\chi^2 = 1,15$		$p = 0,284$	
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)					
	Çalışıyor	64	79,0	17	21,0
	Çalışmıyor	163	73,1	60	26,9
		$\chi^2 = 0,810$		$p = 0,368$	
Annenin Mesleği (n=304)					
	Ev Hanımı	169	71,9	66	28,1
	Memur veya Öğrenci	36	90,0	4	10,0
	İşçi	22	75,9	7	24,1
		$\chi^2 = 5,935$		$p = 0,051$	
Babanın Yaşı (n=304)					
	16-20	1	50,0	1	50,0
	21-25	24	85,7	4	14,3
	26-35	111	72,5	42	27,5
	≥36	91	75,2	30	24,8
		$\chi^2 = 0,04$		$p = 0,848$	
Babanın Öğrenim Durumu (n=304)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	58	81,7	13	18,3
	Lise ve Altı Okul Mezunu	59	72,8	22	27,2
	Okuryazar Değil	110	72,4	42	27,6
		$\chi^2 = 1,67$		$p = 0,197$	
Babanın Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)					
	Çalışıyor	209	74,6	71	25,4
	Çalışmıyor	18	75,0	6	25,0
		$\chi^2 = 0,000$		$p = 1,000$	
Babanın Mesleği (n=304)					
	Esnaf	37	88,1	5	11,9
	Memur veya Öğrenci	74	74,0	26	26,0
	İşçi	116	71,6	46	28,4
		$\chi^2 = 4,831$		$p = 0,089$	

Çizelge 4.12’de araştırmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmiştir. Yerleşim birimlerinin her dördünde de yaşayan çocukların %25’inde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Erkek çocukların %26,7’sinde ve kız çocukların %23,8’inde AÜSYE saptanmıştır. Bilinen herhangi bir başka hastalığı olmayan çocukların %24,9’unda AÜSYE varken hastalığı olan çocukların %36,4’ünde görülmüştür. Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %57,1’inde, 20-24 arası olanların %27’sinde, 25-34 arası olanların %20,8’inde, 35 ve daha büyük olanların %29,7’sinde AÜSYE saptanmıştır. Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %21,6’sında, lise ve altı okul mezunu olanların %19,1’inde ve okuryazar olmayanların %27,7’sinde AÜSYE saptanmıştır. Annesi para getiren işte çalışan çocukların %21’inde, çalışmayanların %26,9’unda AÜSYE saptanmıştır. Annesi ev hanımı olan çocukların %28,1’inde, memur veya öğrenci olanların %10’unda ve işçi olanların %24,1’inde AÜSYE saptanmıştır. Babasının yaşı 16-20 arası olan çocukların %50’sinde, 21-25 arası olanların %14,3’ünde, 26-35 arası olanların %27,5’inde, 36 ve daha büyük olanların %24,8’inde AÜSYE saptanmıştır. Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %18,3’ünde, lise ve altı okul mezunu olanların %27,2’sinde ve okuryazar olmayanların %27,6’sında AÜSYE saptanmıştır. Babası para getiren işte çalışan çocukların %25,4’ünde, çalışmayanların %25’inde AÜSYE saptanmıştır. Babası esnaf olan çocukların %11,9’unda, memur veya öğrenci olanların %26’sında ve işçi olanların %28,4’ünde AÜSYE saptanmıştır. İncelenen tanımlayıcı özelliklere göre yaz döneminde AÜSYE olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.13. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları, Sanitasyon ve Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Aylık Hane Halkı Toplam Geliri (n=304)					
	150 Amerikan Doları Üzeri	110	75,9	35	24,1
	150 Amerikan Doları ve Altı	117	73,6	42	26,4
$\chi^2 = 0,208$ $p = 0,648$					

Çizelge 4.13. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları, Sanitasyon ve Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=304)					
	3-5 Kişi	50	74,6	17	25,4
	6-8 Kişi	89	71,8	35	28,2
	9 ve Üzeri	88	77,9	25	22,1
		$\chi^2 = 0,52$		$p = 0,469$	
Evdeki Oda Sayısı (n=304)					
	5	40	80,0	10	20,0
	4	41	77,4	12	22,6
	3	45	75,0	15	25,0
	2	84	73,0	31	27,0
	1	17	65,4	9	34,6
		$\chi^2 = 1,88$		$p = 0,171$	
Ev Soğutma Şekli (n=304)					
	Kuru Sistem	161	73,5	58	26,5
	Sulu Sistem	66	77,6	19	22,4
		$\chi^2 = 0,356$		$p = 0,551$	
Ev İçinde Yapılan İşler (n=304)					
	Herhangi Bir İş Yapılmıyor	197	73,8	70	26,2
	Başka İşler Yapılıyor	30	81,1	7	18,9
		$\chi^2 = 0,570$		$p = 0,450$	
Evde Sigara İçilme Durumu (n=304)					
	Sigara İçilmiyor	197	76,1	62	23,9
	Sigara İçiliyor	30	66,7	15	33,3
		$\chi^2 = 1,327$		$p = 0,249$	
Evin Rutubetli Olma Durumu (n=304)					
	Rutubetli Değil	185	74,3	64	25,7
	Rutubetli	42	76,4	13	23,6
		$\chi^2 = 0,022$		$p = 0,883$	
Ev Havalandırma Sıklığı (n=304)					
	Her Gün	209	74,4	72	25,6
	Haftada 2-3 Kez	12	75,0	4	25,0
	Daha Seyrek	6	85,7	1	14,3
		$\chi^2 = 0,465$		$p = 0,793$	
Gıdanın Elde Edildiği Yer (n=304)					
	Kendileri Üretiyorlar	10	58,8	7	41,2
	Pazardan Alıyorlar	217	75,6	70	24,4
		$\chi^2 = -$		$p = 0,150^*$ (Fisher's)	
Gıdanın Saklandığı Yer (n=304)					
	Buzdolabında	113	81,9	25	18,1
	Buzdolabının Dışında	114	68,7	52	31,3
		$\chi^2 = 6,952$		$p = 0,008$	

Çizelge 4.13. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları, Sanitasyon ve Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğun Altını Temizleme Şekli (n=304)					
	Su ve Sabun İle Yıkama	154	78,6	42	21,4
	Sadece Su İle Yıkama	25	61,0	16	39,0
	Tuvalet Kağıdı veya Bez Kullanma	48	71,6	19	28,4
$\chi^2 = 5,968$		$p = 0,051$			

Çizelge 4.13'te araştırmaya katılan çocukların ev koşulları, sanitasyon ve hijyen özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde AÜSYE olma durumu sunulmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %24,1'inde ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %26,4'ünde AÜSYE saptanmıştır. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 3-5 kişi olan çocukların %25,4'ünde, 6-8 kişi olanların %28,2'sinde ve 9 ve üzeri kişi olanların %22,1'inde AÜSYE saptanmıştır. Evdeki oda sayısı 5 olan çocukların %20'sinde, 4 olanların %22,6'sında, 3 olanların %25'inde, 2 olanların %27'sinde ve 1 olanların %34,6'sında AÜSYE görülmüştür. Ev soğutma şekli kuru sistem olan çocukların %26,5'inde, sulu sistem olanların %22,4'ünde AÜSYE saptanmıştır. Evi içinde herhangi bir iş yapılmayan çocukların %26,2'sinde ve herhangi bir iş yapılanların %18,9'unda AÜSYE saptanmıştır. Evinde sigara içilmeyen çocukların %23,9'unda ve içilenlerin %33,3'ünde AÜSYE saptanmıştır. Evi rutubetli olmayan çocukların %25,7'sinde ve rutubetli olanların %23,6'sında AÜSYE saptanmıştır. Evi her gün havalandıran çocukların %25,6'sında, Haftada 2-3 kez havalandıranların %25'inde ve daha seyrek havalandıranların %14,3'ünde AÜSYE saptanmıştır. Gıdalarını hayvanları ve tarlalarından kendileri üreten aile çocuklarının %41,2'sinde ve pazardan alanların %24,4'ünde AÜSYE saptanmıştır. Gıda buzdolabında saklanan çocukların %18,1'inde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %31,3'ünde AÜSYE saptanmıştır. Gıdanın saklandığı yere göre çocukta yaz döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani gıdanın buzdolabı dışında saklandığı hanelerde yaşayan çocuklarda yaz döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p < 0,05$). Altı su ve sabun ile temizlenen çocukların %21,4'ünde, sadece su ile temizlenenlerin %39'unda, tuvalet kağıdı veya bez ile temizlenenlerin %28,4'ünde AÜSYE saptanmıştır.

Çizelge 4.14. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğu Emzirme Süresi (n=304)					
	İki Yaş ve Üzeri	208	75,4	68	24,6
	İki Yaş Altı	19	67,9	9	32,1
$\chi^2 = 0,412$ p = 0,521					
Çocuğa Ek Gıda Başlama Zamanı (n=304)					
	6 Ay ve Daha Önce	167	76,3	52	23,7
	6 Aydan Büyük	60	70,6	25	29,4
$\chi^2 = 1,040$ p = 0,308					
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli (n=304)					
	Yeterli Besleniyor	142	74,7	48	25,3
	Yetersiz Besleniyor	85	74,6	29	25,4
$\chi^2 = 0,001$ p = 0,973					
Çocuğa Yapılan Aşılar (Afganistan Aşı Programı) (n=304)					
	Hepsi	215	76,0	68	24,0
	Hiçbiri	12	57,1	9	42,9
$\chi^2 = 2,737$ p = 0,098					

Çizelge 4.14'te araştırmaya katılan çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre çocuklarda yaz döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumu sunulmuştur. İki yaşına kadar emzirilen çocukların %24,6'sında; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocukların %32,1'inde AÜSYE saptanmıştır. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %23,7'sinde; 6 aydan büyük iken başlayanların %29,4'ünde AÜSYE tespit edilmiştir. Yeterli beslenmekte olan çocukların %25,3'ünde; yetersiz beslenmekte olanların %25,4'ünde AÜSYE saptanmıştır. Bütün aşıları yapılan çocukların %24'ünde AÜSYE görülürken aşıları yapılmayanların %42,9'unda görülmüştür. Beslenme özellikleri ve aşılama durumuna göre yaz döneminde AÜSYE olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin; Çocuk Hastalanma Sebebi Hakkında Bilgi Durumu (n=304)					
	Bilgili	71	78,0	20	22,0
	Az Bilgili	128	72,7	48	27,3
	Bilgisiz	28	75,7	9	24,3
$\chi^2 = 0,912$ p = 0,634					
Annenin; Çocuğu Besleme ve Emzirme Faydası Hakkında Bilgi Durumu (n=304)					
	Bilgili	47	88,7	6	11,3
	Az Bilgili	112	73,2	41	26,8
	Bilgisiz	68	69,4	30	30,6
$\chi^2 = 7,120$ p = 0,028					
Annenin; ASYE’li Çocuğuna Uygulama Bilgi Durumu (n=304)					
	Bilgili	47	74,6	16	25,4
	Az Bilgili	124	75,6	40	24,4
	Bilgisiz	56	72,7	21	27,3
$\chi^2 = 0,230$ p = 0,891					
Annenin; ASYE’ye İyi Gelen Yiyecekler Hakkında Bilgi Durumu (n=304)					
	Bilgili	135	74,2	47	25,8
	Az Bilgili	92	75,4	30	24,6
$\chi^2 = 0,059$ p = 0,808					

*Fisher’s Exact Test

Çizelge 4.15’te araştırmaya katılan annelerin akut solunum yolu enfeksiyonları ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda yaz döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmiştir. Çocuk hastalanma sebebi konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %22’sinde, az bilgili olanların %27,3’ünde ve bilgisiz olanların %24,3’ünde AÜSYE saptanmıştır. Çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %11,3’ünde, az bilgili olanların %26,8’inde ve bilgisiz olanların %30,6’sında AÜSYE saptanmıştır. Annenin; çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgi durumuna göre çocukta yaz döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında annesi daha bilgili olan çocuklarda yaz döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). ASYE’li çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %25,4’ünde, az bilgili olanların %24,4’ünde ve bilgisiz olanların %27,3’ünde AÜSYE saptanmıştır. ASYE’ye iyi gelen yiyecekler hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %25,8’inde, az bilgili olanların %24,6’sında AÜSYE saptanmıştır.

Çizelge 4.16. Yaz Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çok Değişkenli Analiz	
	Düzeltilmiş OR (GA)	P
Çocuğun Yaşı Yaş	0,747 (0,631-0,883)	0,001
Annenin; Çocuğu Besleme ve Emzirme Faydası Hakkında Bilgi Durumu		0,031
Bilgili	1	
Az Bilgili	2,854 (1,121-7,271)	0,028
Bilgisiz	3,681 (1,398-9,690)	0,008

Çizelge 4.16’da çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile yaz döneminde AÜSYE üzerine etkili faktörlerin düzeltilmiş OR (düzeltilmiş tahmini rölatif risk) değerleri %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Model incelendiğinde yaz döneminde AÜSYE olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında annesi az bilgili olan çocukların bilgili olanlara göre yaklaşık 3 kat fazla ve annesi bilgisiz olanların bilgili olanlara göre yaklaşık 4 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde yaz döneminde AÜSYE üzerine en etkili iki faktör çocuğun yaşı ve annenin; çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgi durumu olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.17. Araştırmaya Katılan Çocukların Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çocukta Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu		
	Yok	Var	P
Çocuğun Yaşı (Yıl) Mean ± Standart Sapma Median (Minimum-Maksimum)	2,66 ± 1,72 3,00 (0-5)	2,39 ± 1,62 2,00 (0-5)	0,194

Çizelge 4.17.’de araştırmaya katılan çocukların kış döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumuna göre yaşlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. AÜSYE olanların yaş ortalaması 2,39±1,62 ve olmayanların yaş ortalaması 2,66±1,72 olarak saptanmıştır. Kış döneminde AÜSYE olma açısından yaşlar arasında anlamlı fark yoktur. (p=0,194).

Çizelge 4.18. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim Birimi (n=264)					
	Kartedostum	36	51,4	34	48,6
	Yakabagh	37	55,2	30	44,8
	Kokgunbad	17	30,9	38	69,1
	Babadihqan	29	40,3	43	59,7
$\chi^2 = 9,056$ p = 0,029					
Çocuğun Cinsiyeti (n=264)					
	Erkek	63	45,0	77	55,0
	Kız	56	45,2	68	54,8
$\chi^2 = 0,001$ p = 0,979					
Yaşayan Kardeş Sayısı (n=264)					
	0	11	64,7	6	35,3
	1	36	52,2	33	47,8
	2	20	51,3	19	48,7
	3	13	39,4	20	60,6
	4	10	27,8	26	72,2
	≥5	29	41,4	41	58,6
$\chi^2 = 5,68$ p = 0,017					
Çocukta Bilinen Herhangi Bir Başka Hastalığın Olma Durumu (n=264)					
	Bilinen Hastalığı Yok	116	45,5	139	54,5
	Bilinen Hastalığı Var	3	33,3	6	66,7
$\chi^2 = -$ p = 0,520*					
Annenin Yaşı (n=264)					
	15-19	2	33,3	4	66,7
	20-24	43	55,1	35	44,9
	25-34	50	42,0	69	58,0
	≥35	24	39,3	37	60,7
$\chi^2 = 2,24$ p = 0,135					
Annenin Öğrenim Durumu (n=264)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	30	61,2	19	38,8
	Lise ve Altı Okul Mezunu	32	72,7	12	27,3
	Okuryazar Değil	57	33,3	114	66,7
$\chi^2 = 18,59$ p = 0,0001					

Çizelge 4.18. (devam) Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=264)					
	Çalışıyor	39	57,4	29	42,6
	Çalışmıyor	80	40,8	116	59,2
$\chi^2 = 5,576$ p = 0,018					
Annenin Mesleği (n=264)					
	Ev Hanımı	83	40,7	121	59,3
	Memur veya Öğrenci	24	75,0	8	25,0
	İşçi	12	42,9	16	57,1
$\chi^2 = 13,217$ p = 0,001					
Babanın Yaşı (n=264)**					
	16-20	2	100,0	-	-
	21-25	15	65,2	8	34,8
	26-35	63	47,4	70	52,6
	≥36	39	36,8	67	63,2
$\chi^2 = 8,10$ p = 0,004					
Babanın Öğrenim Durumu (n=264)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	37	56,9	28	43,1
	Lise ve Altı Okul Mezunu	40	54,1	34	45,9
	Okuryazar Değil	42	33,6	83	66,4
$\chi^2 = 10,59$ p = 0,001					
Babanın Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=264)					
	Çalışıyor	110	45,1	134	54,9
	Çalışmıyor	9	45,0	11	55,0
$\chi^2 = 0,000$ p = 1,000					
Babanın Mesleği (n=264)					
	Esnaf	21	55,3	17	44,7
	Memur veya Öğrenci	45	50,0	45	50,0
	İşçi	53	39,0	83	61,0
$\chi^2 = 4,522$ p = 0,104					

*Fisher's Exact Test

**AUD

Çizelge 4.18'de araştırmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre çocuklarda kış döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmiştir. Kartedostum'da yaşayan çocukların %48,6'sında, Yakabagh'da yaşayanların %44,8'inde, Kokgunbad'ta yaşayanların %69,1'inde ve

Babadihqan'da yaşayanların %59,7'sinde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Yerleşim birimine göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani Yakabagh ve Kartedostum'da yaşayan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Erkek çocukların %55'inde, kız çocukların %54,8'inde AÜSYE saptanmıştır. Kardeşi olmayan çocukların %35,3'ünde, bir kardeşi olanların %47,8'inde, iki kardeşi olanların %48,7'sinde, üç kardeşi olanların %60,6'sında, dört kardeşi olanların %72,2'sinde, beş ve daha fazla kardeşi olanların %58,6'sında AÜSYE saptanmıştır. Yaşayan kardeş sayısına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani yaşayan kardeş sayısı daha fazla olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Bilinen herhangi bir başka hastalığı olmayan çocukların %54,5'inde AÜSYE varken hastalığı olan çocukların %66,7'sinde görülmüştür. Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %66,7'sinde, 20-24 arası olanların %44,9'unda, 25-34 arası olanların %58'inde, 35 ve daha büyük olanların %60,7'sinde AÜSYE saptanmıştır. Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %38,8'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %27,3'ünde ve okuryazar olmayanların %66,7'sinde AÜSYE saptanmıştır. Annenin öğrenim durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani annesi okuryazar olmayan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Annesi para getiren işte çalışan çocukların %42,6'sında, çalışmayanların %59,2'sinde AÜSYE saptanmıştır. Annenin para getiren işte çalışma durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesi para getiren işte çalışan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Annesi ev hanımı olan çocukların %59,3'ünde, memur veya öğrenci olanların %25'inde ve işçi olanların %57,1'inde AÜSYE saptanmıştır. Annenin mesleğine göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesi memur veya öğrenci olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Babasının yaşı 21-25 arası olan çocukların %34,8'inde, 26-35 arası olanların %52,6'sında, 36 ve daha büyük olanların %63,2'sinde AÜSYE saptanmıştır. Babanın yaşına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani babasının yaşı daha genç olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %43,1'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %45,9'unda ve okuryazar olmayanların %66,4'ünde AÜSYE saptanmıştır. Babanın öğrenim durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Babası okuryazar olmayan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p < 0,05$). Babası para getiren işte çalışan çocukların %54,9'unda, çalışmayanların %55'inde AÜSYE saptanmıştır. Babası esnaf olan çocukların %44,7'sinde, memur veya öğrenci olanların %50'sinde ve işçi olanların %61'inde AÜSYE saptanmıştır.

Çizelge 4.19. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları, Sanitasyon ve Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Aylık Hane Halkı Toplam Geliri (n=264)					
	150 Amerikan Doları Üzeri	68	53,1	60	46,9
	150 Amerikan Doları ve Altı	51	37,5	85	62,5
$\chi^2 = 6,502$ $p = 0,011$					
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=264)					
	3-5 Kişi	24	47,1	27	52,9
	6-8	42	36,5	73	63,5
	9 ve Üzeri	53	54,1	45	45,9
$\chi^2 = 6,690$ $p = 0,035$					
Evdeki Oda Sayısı (n=264)					
	5	23	50,0	23	50,0
	4	24	47,1	27	52,9
	3	28	57,1	21	42,9
	2	39	40,6	57	59,4
	1	5	22,7	17	77,3
$\chi^2 = 3,52$ $p = 0,060$					
Ev Isıtma Şekli (n=264)					
	Duman Çıkarmayan Sistem	14	77,8	4	22,2
	Duman Çıkaran Sistem	105	42,7	141	57,3
$\chi^2 = 6,987$ $p = 0,008$					
Ev İçinde Yapılan İşler (n=264)					
	Herhangi Bir İş Yapılmıyor	104	44,6	129	55,4
	Başka İşler Yapılıyor	15	48,4	16	51,6
$\chi^2 = 0,041$ $p = 0,840$					
Evde Sigara İçilme Durumu (n=264)					
	Sigara İçilmiyor	104	46,2	121	53,8
	Sigara İçiliyor	15	38,5	24	61,5
$\chi^2 = 0,526$ $p = 0,468$					

Çizelge 4.19. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları, Sanitasyon ve Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Evin Rutubetli Olma Durumu (n=264)					
	Rutubetli Değil	95	43,6	123	56,4
	Rutubetli	24	52,2	22	47,8
$\chi^2 = 0,813$ p = 0,367					
Ev Havalandırma Sıklığı (n=264)					
	Her Gün	108	44,6	134	55,4
	Haftada 2-3 Kez	7	46,7	8	53,3
	Daha Seyrek	4	57,1	3	42,9
$\chi^2 = 0,447$ p = 0,800					
Gıdanın Elde Edildiği Yer (n=264)					
	Kendileri Üretiyorlar	7	41,2	10	58,8
	Pazardan Alıyorlar	112	45,3	135	54,7
$\chi^2 = 0,007$ p = 0,935					
Gıdanın Saklandığı Yer (n=264)					
	Buzdolabında	63	52,1	58	47,9
	Buzdolabının Dışında	56	39,2	87	60,8
$\chi^2 = 4,409$ p = 0,036					
Çocuğun Altını Temizleme Şekli (n=264)					
	Su ve Sabun İle Yıkama	85	49,7	86	50,3
	Sadece Su İle Yıkama	16	44,4	20	55,6
	Tuvalet Kağıdı veya Bez Kullanma	18	31,6	39	68,4
$\chi^2 = 5,682$ p = 0,058					
Anne Banyo Sıklığı (n=264)					
	Her Gün	70	51,1	67	48,9
	Haftada İki Kez	27	50,9	26	49,1
	Haftada Bir Kez	18	27,3	48	72,7
	İki Haftada Bir Kez	4	50,0	4	50,0
$\chi^2 = 11,270$ p = 0,010					
Anne Diş Fırçalama Sıklığı (n=264)					
	Her Gün	93	48,4	99	51,6
	Haftada İki Kez	7	50,0	7	50,0
	Haftada Bir Kez	5	27,8	13	72,2
	Hiç Fırçalamıyor	14	35,0	26	65,0
$\chi^2 = 4,829$ p = 0,185					

Çizelge 4.19.'da araştırmaya katılan çocukların ev koşulları, sanitasyon ve hijyen özelliklerine göre çocuklarda kış döneminde AÜSYE olma durumu sunulmuştur. Aylık

hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %46,9'unda ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %62,5'inde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Aylık hane halkı toplam gelirine göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları ve altı olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 3-5 kişi olan çocukların %52,9'unda, 6-8 kişi olanların %63,5'inde ve 9 ve üzeri kişi olanların %45,9'unda AÜSYE saptanmıştır. Hanede yaşayan toplam kişi sayısına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 6-8 kişi olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Evdeki oda sayısı 5 olan çocukların %50'sinde, 4 olanların %52,9'unda, 3 olanların %42,9'unda, 2 olanların %59,4'unda ve 1 olanların %77,3'ünde AÜSYE görülmüştür. Ev ısıtma şekli duman çıkarmayan sistem olan çocukların %22,2'sinde, duman çıkaran sistem olanların %57,3'ünde AÜSYE saptanmıştır. Ev ısıtma şekline göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ev ısıtma şekli duman çıkaran sistem olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Evi içinde herhangi bir iş yapılmayan çocukların %55,4'ünde ve herhangi bir iş yapılanların %51,6'sında AÜSYE saptanmıştır. Evinde sigara içilmeyen çocukların %53,8'inde ve içilenlerin %61,5'inde AÜSYE saptanmıştır. Evi rutubetli olmayan çocukların %56,4'ünde ve rutubetli olanların %47,8'inde AÜSYE saptanmıştır. Evi her gün havalandırılan çocukların %55,4'ünde, Haftada 2-3 kez havalandırılanların %53,3'ünde ve daha seyrek havalandırılanların %42,9'unda AÜSYE saptanmıştır. Gıdalarını hayvanları ve tarlalarından kendileri üreten aile çocuklarının %58,8'inde ve pazardan alanların %54,7'sinde AÜSYE saptanmıştır. Gıda buzdolabında saklanan çocukların %47,9'unda ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %60,8'inde AÜSYE saptanmıştır. Gıdanın saklandığı yere göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gıda buzdolabında saklanan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Altı su ve sabun ile temizlenen çocukların %50,3'ünde, sadece su ile temizlenenlerin %55,6'sında, tuvalet kağıdı veya bez ile temizlenenlerin %68,4'ünde AÜSYE saptanmıştır. Annesi her gün banyo yapan çocukların %48,9'unda, haftada iki kez banyo yapanların %49,1'inde, haftada bir kez banyo yapanların %72,7'sinde ve iki haftada bir kez banyo yapanların %50'sinde AÜSYE saptanmıştır. Anne banyo sıklığına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesi daha sık banyo yapan çocuklarda kış

döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Annesi her gün dişlerini fırçalayan çocukların %51,6'sında, haftada iki kez fırçalayanların %50'sinde, haftada bir kez fırçalayanların %72,2'sinde ve hiç fırçalamayanların %65'inde AÜSYE saptanmıştır.

Çizelge 4.20. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğu Emzirme Süresi (n=264)					
	İki Yaş ve Üzeri	105	43,9	134	56,1
	İki Yaş Altı	14	56,0	11	44,0
$\chi^2 = 0,888$ p = 0,346					
Çocuğa Ek Gıda Başlama Zamanı (n=264)					
	6 Ay ve Daha Önce	97	49,7	98	50,3
	6 Aydan Büyük	22	31,9	47	68,1
$\chi^2 = 5,865$ p = 0,015					
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli (n=264)					
	Yeterli Besleniyor	78	46,7	89	53,3
	Yetersiz Besleniyor	41	42,3	56	57,7
$\chi^2 = 0,488$ p = 0,485					
Çocuğa Yapılan Aşılar (Afganistan Aşı Programı) (n=264)					
	Hepsi	111	45,1	135	54,9
	Hiçbiri	8	44,4	10	55,6
$\chi^2 = 0,000$ p = 1,000					

Çizelge 4.20'de araştırmaya katılan çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre çocuklarda kış döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmesi yapılmıştır. İki yaşına kadar emzirilen çocukların %56,1'inde; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocukların %44'ünde AÜSYE saptanmıştır. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %50,3'ünde; 6 aydan büyük iken başlayanların %68,1'inde AÜSYE saptanmıştır. Çocuğa ek gıda başlama zamanına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Yeterli beslenmekte olan çocukların %53,3'ünde; yetersiz beslenmekte olanların %57,7'sinde AÜSYE saptanmıştır. Bütün aşıları yapılan çocukların %54,9'unda AÜSYE görülürken aşıları yapılmayanların %55,6'sında görülmüştür.

Çizelge 4.21. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin; Çocuk Hastalanma Sebebi Hakkında Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	44	58,7	31	41,3
	Az Bilgili	68	42,8	91	57,2
	Bilgisiz	7	23,3	23	76,7
$\chi^2 = 11,666$ p = 0,003					
Annenin; Çocuğu Besleme ve Emzirme Faydası Hakkında Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	26	56,5	20	43,5
	Az Bilgili	62	45,9	73	54,1
	Bilgisiz	31	37,3	52	62,7
$\chi^2 = 4,475$ p = 0,107					
Annenin; ASYE’li Çocuğuna Uygulama Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	31	52,5	28	47,5
	Az Bilgili	65	47,1	73	52,9
	Bilgisiz	23	34,3	44	65,7
$\chi^2 = 4,683$ p = 0,096					
Annenin; ASYE’ye İyi Gelen Yiyecekler Hakkında Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	77	47,0	87	53,0
	Az Bilgili	42	42,0	58	58,0
$\chi^2 = 0,615$ p = 0,433					
Annenin; ASYE’den Çocukları Koruma Hakkında Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	71	50,0	71	50,0
	Az Bilgili	39	38,6	62	61,4
	Bilgisiz	9	42,9	12	57,1
$\chi^2 = 3,136$ p = 0,208					

Çizelge 4.21’de araştırmaya katılan annelerin akut solunum yolu enfeksiyonları ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda kış döneminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmiştir. Çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %41,3’ünde, az bilgili olanların %57,2’sinde ve bilgisiz olanların %76,7’sinde AÜSYE saptanmıştır. Annenin; çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgi durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuk hastalanma sebebi hakkında annesi daha bilgili olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p < 0,05$). Çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %43,5’inde, az bilgili olanların %54,1’inde ve bilgisiz olanların %65,7’sinde AÜSYE saptanmıştır.

ASYE’li çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %47,5’inde, az bilgili olanların %52,9’unda ve bilgisiz olanların %65,7’sinde AÜSYE saptanmıştır. ASYE’ye iyi gelen yiyecekler hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %53’ünde, az bilgili olanların %58’inde AÜSYE saptanmıştır. ASYE ve ishalden çocukları koruma hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %50’sinde, az bilgili olanların %61,4’ünde ve bilgisiz olanların %57,1’inde AÜSYE saptanmıştır.

Çizelge 4.22. Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çok Değişkenli Analiz	
	Düzeltilmiş OR (GA)	P
Yerleşim Birimi		0,012
Kartedostum	1	
Yakabagh	0,471 (0,176-1,259)	0,133
Kokgunbad	0,804 (0,260-2,489)	0,706
Babadihqan	0,177 (0,057-0,546)	0,003
Yaşayan Kardeş Sayısı		0,054
0	1	
1	2,710 (0,619-11,855)	0,186
2	3,880 (0,726-20,740)	0,113
3	2,599 (0,471-14,326)	0,273
4	8,862 (1,513-51,909)	0,016
≥5	1,776 (0,324-9,722)	0,508
Annenin Yaşı		0,033
15-19	1	
20-24	0,048 (0,005-0,486)	0,010
25-34	0,111 (0,011-1,081)	0,058
≥35	0,079 (0,007-0,877)	0,039
Annenin Öğrenim Durumu		0,0001
Yüsekokul-Üniversite Mezunu	1	
Lise ve Altı Okul Mezunu	0,417 (0,137-1,271)	0,124
Okuryazar Değil	4,570 (1,474-14,166)	0,008
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu		
Çalışıyor		
Çalışmıyor	13,526 (5,235-34,950)	0,0001
Evdeki Oda Sayısı		0,003
5	1	
4	2,802 (0,986-7,964)	0,053
3	0,876 (0,300-2,560)	0,809
2	2,473 (0,974-6,279)	0,057
1	19,887 (3,225-122,610)	0,001
Ev Isıtma Şekli		
Duman Çıkarmayan Sistem		
Duman Çıkaran Sistem	3,431 (0,769-15,300)	0,106

Çizelge 4.22. (devam) Kış Döneminde Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çok Değişkenli Analiz	
	Düzeltilmiş OR (GA)	P
Anne Banyo Sıklığı		0,002
Her Gün	1	
Haftada İki Kez	0,162 (0,052-0,504)	0,002
Haftada Bir Kez	1,014 (0,381-2,700)	0,978
İki Haftada Bir Kez	0,036 (0,003-0,387)	0,006
Annenin; ASYE’li Çocuğuna Uygulama Bilgi Durumu		0,039
Bilgili	1	
Az Bilgili	1,717 (0,736-4,006)	0,211
Bilgisiz	4,383 (1,395-13,768)	0,011

Çizelge 4.22’de çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile kış döneminde AÜSYE üzerine etkili faktörlerin düzeltilmiş OR (düzeltilmiş tahmini rölatif risk) değerleri %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Model incelendiğinde kış döneminde AÜSYE olma açısından; Yakabagh ve Babadihqan’da yaşayanların Kartedostum’da yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği ve Kokgunbad’ta yaşayanların Kartedostum’da yaşayanlara göre hemen hemen aynı derecede etkilendiği saptanmıştır. Yaşayan kardeş sayısının etkisini kardeşi olmayan çocuklara göre karşılaştırdığımızda; bir kardeşi olanların yaklaşık 3 kat, iki kardeşi olanların yaklaşık 4 kat, üç kardeşi olanların 2,5 kat, dört kardeşi olanların yaklaşık 9 kat, beş ve fazla kardeşi olanların yaklaşık 2 kat fazla etkilendiği görülmüştür. Annesinin yaşı 19’dan büyük olan çocukların anlamlı şekilde daha az etkilendiği saptanmıştır. Annesi lise ve altı okul mezunu olan çocukların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre daha az etkilendiği ve okuyazar olmayanların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre anlamlı şekilde 4,5 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Annesi para getiren işte çalışmayan çocukların çalışanlara göre anlamlı şekilde 13,5 kat fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Evdeki oda sayısının etkisini evinde beş oda olan çocuklara göre karşılaştırdığımızda; evinde dört oda olanların yaklaşık 3 kat, üç oda olanların yaklaşık aynı derecede, iki oda olanların yaklaşık 2,5 kat ve bir oda olanların yaklaşık 20 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği saptanmıştır. Ev ısıtma şekli duman çıkaran sistem olanların duman çıkarmayan sistem olanlara göre yaklaşık 3,5 kat fazla etkilendiği görülmüştür. Annesi her gün banyo yapan çocukların annesi daha az banyo yapanlara göre anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. ASYE’li çocuğuna uygulama konusunda annesi az bilgili olan çocukların bilgili olanlara göre yaklaşık 2 kat

fazla etkilendiği ve annesi bilgisiz olanların bilgili olanlara göre yaklaşık 4 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde yerleşim birimi, annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin para getiren işte çalışma durumu, evdeki oda sayısı, anne banyo sıklığı ve annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu kış döneminde AÜSYE üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.23. Araştırmaya Katılan Çocukların Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çocukta Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu		
	Yok	Var	P
Çocuğun Yaşı (Yıl)			
Mean ± Standart Sapma	2,58 ± 1,66	1,33 ± 1,35	
Median (Minimum-Maksimum)	3,00 (0-5)	1,00 (0-4)	0,005

Çizelge 4.23’te araştırmaya katılan çocukların kış döneminde akut alt solunum yolu enfeksiyonu olma durumuna göre yaşlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. AASYE olanların yaş ortalaması 1,33±1,35 iken olmayanların yaş ortalaması 2,58±1,66 olarak saptanmıştır. Kış döneminde AASYE olanların yaşı anlamlı şekilde düşüktür (p=0,005).

Çizelge 4.24. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim Birimi (n=264)					
	Kartedostum	65	92,9	5	7,1
	Yakabagh	63	94,0	4	6,0
	Kokgunbad	52	94,5	3	5,5
	Babadihqan	69	95,8	3	4,2
$\chi^2 = 0,603$ p = 0,896					
Çocuğun Cinsiyeti (n=264)					
	Erkek	135	96,4	5	3,6
	Kız	114	91,9	10	8,1
$\chi^2 = 1,710$ p = 0,191					
Çocukta Bilinen Herhangi Bir Başka Hastalığın Olma Durumu (n=264)					
	Bilinen Hastalığı Yok	241	94,5	14	5,5
	Bilinen Hastalığı Var	8	88,9	1	11,1
$\chi^2 = -$ p= 0,414* (Fisher's)					

Çizelge 4.24. (devam) Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin Yaşı (n=264)					
	15-19	5	83,3	1	16,7
	20-24	74	94,9	4	5,1
	25-34	114	95,8	5	4,2
	≥35	56	91,8	5	8,2
$\chi^2 = 0$ p = 0,960					
Annenin Öğrenim Durumu (n=264)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	46	93,9	3	6,1
	Lise ve Altı Okul Mezunu	38	86,4	6	13,6
	Okuryazar Değil	165	96,5	6	3,5
$\chi^2 = 6,720$ p = 0,035					
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=264)					
	Çalışıyor	65	95,6	3	4,4
	Çalışmıyor	184	93,9	12	6,1
$\chi^2 = -$ p = 0,766* (Fisher's)					
Annenin Mesleği (n=264)					
	Ev Hanımı	193	94,6	11	5,4
	Memur veya Öğrenci	31	96,9	1	3,1
	İşçi	25	89,3	3	10,7
$\chi^2 = 1,746$ p = 0,418					
Babanın Yaşı (n=264)					
	16-20	1	50,0	1	50,0
	21-25	19	82,6	4	17,4
	26-35	128	96,2	5	3,8
	≥36	101	95,3	5	4,7
$\chi^2 = 5,88$ p = 0,015					
Babanın Öğrenim Durumu (n=264)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	62	95,4	3	4,6
	Lise veya Altı Okul Mezunu	66	89,2	8	10,8
	Okuryazar Değil	121	96,8	4	3,2
$\chi^2 = 5,207$ p = 0,074					
Babanın Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=264)					
	Çalışıyor	230	94,7	14	5,7
	Çalışmıyor	19	95,0	1	5,0
$\chi^2 = -$ p = 1,000* (Fisher's)					
Babanın Mesleği (n=264)					
	Esnaf	35	92,1	3	7,9
	Memur veya Öğrenci	85	94,4	5	5,6
	İşçi	129	94,9	7	5,1
$\chi^2 = 0,422$ p = 0,810					

Çizelge 4.24'te araştırmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre çocuklarda kış döneminde akut alt solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmiştir. Kartedostum'da yaşayan çocukların %7,1'inde, Yakabagh'da yaşayanların %6'sında, Kokgunbad'ta yaşayanların %5,5'inde ve Babadihqan'da yaşayanların %4,2'sinde kış döneminde AASYE saptanmıştır. Erkek çocukların %3,6'sında, kız çocukların %8,1'inde AASYE saptanmıştır. Bilinen herhangi bir başka hastalığı olmayan çocukların %5,5'inde AASYE varken hastalığı olan çocukların %11,1'inde görülmüştür. Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %16,7'sinde, 20-24 arası olanların %5,1'inde, 25-34 arası olanların %4,2'sinde, 35 ve daha büyük olanların %8,2'sinde AASYE saptanmıştır. Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %6,1'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %13,6'sında ve okuryazar olmayanların %3,5'inde AASYE saptanmıştır. Annenin öğrenim durumuna göre çocukta kış döneminde AASYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesi lise ve altı okul mezunu olan çocuklarda kış döneminde AASYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Annesi para getiren işte çalışan çocukların %4,4'ünde, çalışmayanların %6,1'inde AASYE saptanmıştır. Annesi ev hanımı olan çocukların %5,4'ünde, memur veya öğrenci olanların %3,1'inde ve işçi olanların %10,7'sinde AASYE saptanmıştır. Babasının yaşı 16-20 arası olanların %50'sinde, 21-25 arası olan çocukların %17,4'ünde, 26-35 arası olanların %3,8'inde, 36 ve daha büyük olanların %4,7'sinde AASYE saptanmıştır. Babanın yaşına göre çocukta kış döneminde AASYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Babasının yaşı 16-20 arası olan çocuklarda kış döneminde AASYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %4,6'sında, lise ve altı okul mezunu olanların %10,8'inde ve okuryazar olmayanların %3,2'sinde AASYE saptanmıştır. Babası para getiren işte çalışan çocukların %5,7'sinde, çalışmayanların %5'inde AASYE saptanmıştır. Babası esnaf olan çocukların %7,9'unda, memur veya öğrenci olanların %5,6'sında ve işçi olanların %5,1'inde AASYE saptanmıştır.

Çizelge 4.25. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Aylık Hane Halkı Toplam Geliri (n=264)					
	150 Amerikan Doları Üzeri	120	93,8	8	6,3
	150 Amerikan Doları ve Altı	129	94,9	7	5,1
$\chi^2 = 0,015$ p = 0,904					
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=264)					
	3-5 Kişi	47	92,2	4	7,8
	6-8 Kişi	111	96,5	4	3,5
	9 ve Üzeri	91	92,9	7	7,1
$\chi^2 = 0$ p = 0,950					
Evdeki Oda Sayısı (n=264)					
	5	44	95,7	2	4,3
	4	50	98,0	1	2,0
	3	47	95,9	2	4,1
	2	87	90,6	9	9,4
	1	21	95,5	1	4,5
$\chi^2 = 1,43$ p = 0,233					
Ev Isıtma Şekli (n=264)**					
	Duman Çıkarmayan Sistem	18	100,0	-	-
	Duman Çıkaran Sistem	231	93,9	15	6,1
$\chi^2 = -$ p = 0,609*					
Ev İçinde Yapılan İşler (n=264)					
	Herhangi Bir İş Yapılmıyor	221	94,8	12	5,2
	Başka İşler Yapılıyor	28	90,3	3	9,7
$\chi^2 = -$ p = 0,397*					
Evde Sigara İçilme Durumu (n=264)					
	Sigara İçilmiyor	213	94,7	12	5,3
	Sigara İçiliyor	36	92,3	3	7,7
$\chi^2 = -$ p = 0,471*					
Evin Rutubetli Olma Durumu (n=264)					
	Rutubetli Değil	208	95,4	10	4,6
	Rutubetli	41	89,1	5	10,9
$\chi^2 = -$ p = 0,150*					
Ev Havalandırma Sıklığı (n=264)**					
	Her Gün	228	94,2	14	5,8
	Haftada 2-3 Kez	14	93,3	1	6,7
	Daha Seyrek	7	100,0	-	-
$\chi^2 = 0,454$ p = 0,797					
Gıdanın Elde Edildiği Yer (n=264)					
	Kendileri Üretiyorlar	16	94,1	1	5,9
	Pazardan Alıyorlar	233	94,3	14	5,7
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					

Çizelge 4.25. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Gıdanın Saklandığı Yer (n=264)					
	Buzdolabında	115	95,0	6	5,0
	Buzdolabının Dışında	134	93,7	9	6,3
$\chi^2 = 0,040$ p = 0,841					
Biberon ve Emzik Kullanma Durumu (n=264)					
	Kullanmıyor	173	96,6	6	3,4
	Kullanıyor	76	89,4	9	10,6
$\chi^2 = -$ p = 0,024*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.25'te araştırmaya katılan çocukların ev koşulları, sanitasyon ve hijyen özelliklerine göre çocuklarda kış döneminde AASYE olma durumu sunulmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %6,3'ünde ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %5,1'inde kış döneminde AASYE saptanmıştır. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 3-5 kişi olan çocukların %7,8'inde, 6-8 kişi olanların %3,5'inde ve 9 ve üzeri kişi olanların %7,1'inde AASYE saptanmıştır. Evdeki oda sayısı 5 olan çocukların %4,3'ünde, 4 olanların %2'sinde, 3 olanların %4,1'inde, 2 olanların %9,4'ünde ve 1 olanların %4,5'inde AASYE görülmüştür. Ev ısıtma şekli duman çıkarmayan sistem olan çocuklarda AASYE görülmezken, duman çıkaran sistem olanların %56,1'inde AASYE saptanmıştır. Evi içinde herhangi bir iş yapılmayan çocukların %5,2'sinde ve herhangi bir iş yapılanların %9,7'sinde AASYE saptanmıştır. Evinde sigara içilmeyen çocukların %5,3'ünde ve içilenlerin %7,7'sinde AASYE saptanmıştır. Evi rutubetli olmayan çocukların %4,6'sında ve rutubetli olanların %10,9'unda AASYE saptanmıştır. Evi her gün havalandırılan çocukların %5,8'inde, haftada 2-3 kez havalandırılanların %6,7'sinde AASYE saptanmıştır. Gıdalarını hayvanları ve tarlalarından kendileri üreten aile çocuklarının %5,9'unda ve pazardan alanların %5,7'sinde AASYE saptanmıştır. Gıda buzdolabında saklanan çocukların %5'inde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %6,3'ünde AASYE saptanmıştır. Biberon ve emzik kullanmayan çocukların %3,4'ünde ve kullananların %10,6'sında AASYE saptanmıştır. Biberon ve emzik kullanma durumuna göre kış döneminde AASYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Biberon ve emzik kullanan çocuklarda kış döneminde AASYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 4.26. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğu Emzirme Süresi (n=264)					
	İki Yaş ve Üzeri	227	95,0	12	5,0
	İki Yaş Altı	22	88,0	3	12,0
$\chi^2 = -$ p = 0,159*					
Çocuğa Ek Gıda Başlama Zamanı (n=264)					
	6 Ay ve Daha Önce	181	92,8	14	7,2
	6 Aydan Büyük	68	98,6	1	1,4
$\chi^2 = -$ p = 0,126*					
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli (n=264)					
	Yeterli Besleniyor	159	95,2	8	4,8
	Yetersiz Besleniyor	90	92,8	7	7,2
$\chi^2 = 0,297$ p = 0,586					
Çocuğun Aşılarının Yapılma Durumu (n=264)**					
	Yapıldı	232	93,9	15	6,1
	Yapılmadı	17	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 0,608*					
Çocuğa Yapılan Aşılar (Afganistan Aşı Programı) (n=264)**					
	Hepsi	231	93,9	15	6,1
	Hiçbiri	18	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 0,609*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.26'da araştırmaya katılan çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre çocuklarda kış döneminde akut alt solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmesi yapılmıştır. İki yaşına kadar emzirilen çocukların %5'inde; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocukların %12'sinde AASYE saptanmıştır. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %7,2'sinde; 6 aydan büyük iken başlayanların %1,4'ünde AASYE saptanmıştır. Yeterli beslenmekte olan çocukların %4,8'inde; yetersiz beslenmekte olanların %7,2'sinde AASYE saptanmıştır. Aşıları yapılmayanlarda AASYE görülmezken; aşıları yapılan çocukların %6,1'inde görülmüştür. Çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre kış döneminde AASYE olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.27. Araştırmaya Katılan Annelerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin; Çocuk Hastalanma Sebebi Hakkında Bilgi Durumu (n=264)**					
	Bilgili	68	90,7	7	9,3
	Az Bilgili	151	95,0	8	5,0
	Bilgisiz	30	100,0	-	-
$\chi^2 = 3,799$ p = 0,150					
Annenin; ASYE Olan Çocuğunu Doktora Götürme Durumu (n=264)					
	Zamanında Götürüyor	86	90,5	9	9,5
	Geç Götürüyor	163	96,4	6	3,6
$\chi^2 = 2,953$ p = 0,086					
Annenin; ASYE’li Çocuğuna Uygulama Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	51	86,4	8	13,6
	Az Bilgili	133	96,4	5	3,6
	Bilgisiz	65	97,0	2	3,0
$\chi^2 = 8,833$ p = 0,012					
Başvurulan Geleneksel Tedavi Yöntemleri					
	Başvurmuyor	95	91,3	9	8,7
	Başvuruyor	154	96,3	6	3,8
$\chi^2 = 1,987$ p = 0,159					
Annenin; ASYE’den Çocukları Koruma Hakkında Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	133	93,7	9	6,3
	Az Bilgili	96	95,0	5	5,0
	Bilgisiz	20	95,2	1	4,8
$\chi^2 = 0,248$ p = 0,883					

*Fisher’s Exact Test **AUD

Çizelge 4.27’de araştırmaya katılan annelerin akut solunum yolu enfeksiyonları ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda kış döneminde akut alt solunum yolu enfeksiyonu olma durumu değerlendirilmiştir. Çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %9,3’ünde; az bilgili olanların %5’inde AASYE saptanmıştır. ASYE olan çocuğunu zamanında doktora götüren annelerin çocuklarının %9,5’inde, zamanında götürmeyen annelerin çocuklarının %3,6’sında AASYE saptanmıştır. ASYE’li çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %13,6’sında, az bilgili olanların %3,6’sında ve bilgisiz olanların %3’ünde AASYE saptanmıştır. Annenin; ASYE’li çocuğuna uygulama bilgili durumuna göre kış döneminde AASYE olma durumu

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ASYE’li çocuğuna uygulama konusunda annesi daha az bilgili olan çocuklarda kış döneminde AASYE sıklığı anlamlı şekilde yüksek olması gerekirken düşüktür ($p<0,05$). Geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmayan annelerin çocuklarının %8,7’sinde; başvuranların %3,8’inde AASYE saptanmıştır. ASYE ve ishalden çocukları koruma hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %6,3’ünde, az bilgili olanların %5’inde ve bilgisiz olanların %4,8’inde AASYE saptanmıştır.

Çizelge 4.28. Kış Döneminde Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çok Değişkenli Analiz	
	Düzeltilmiş OR (GA)	P
Çocuğun Yaşı Yaş	0,556 (0,365-0,848)	0,006
Çocuğun Cinsiyeti Erkek Kız	3,251 (0,916-11,542)	0,068
Biberon ve Emzik Kullanma Durumu Kullanmıyor Kullanıyor	6,876 (1,809-26,143)	0,005
Annenin; ASYE Olan Çocuğunu Doktora Götürme Durumu Zamanında Götürüyor Geç Götürüyor	0,340 (0,094-1,231)	0,100
Annenin; ASYE’li Çocuğuna Uygulama Bilgi Durumu Bilgili Az Bilgili Bilgisiz	0,383 (0,101-1,457) 0,099 (0,015-0,643)	0,044 0,159 0,015
Başvurulan Geleneksel Tedavi Yöntemleri Başvurmuyor Başvuruyor	0,226 (0,063-0,807)	0,022

Çizelge 4.28’de çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile kış döneminde AASYE üzerine etkili faktörlerin düzeltilmiş OR (düzeltilmiş tahmini rölatif risk) değerleri %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Model incelendiğinde kış döneminde AASYE olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Kız çocukların erkek çocuklara göre 3 kat fazla etkilendiği görülmüştür. Biberon ve emzik kullanan çocukların kullanmayanlara göre anlamlı şekilde yaklaşık 7 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. ASYE olan çocuğunu doktora geç götüren annelerin

çocuklarının zamanında götürülere göre daha az etkilendiği tespit edilmiştir. ASYE’li çocuğa uygulama konusunda annesi az bilgili ve bilgisiz olan çocukların bilgili olanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği tespit edilmiştir. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvuran annelerin çocuklarının başvurmayanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuğun yaşı, biberon ve emzik kullanma durumu, annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu ve başvuru geleneksel tedavi yöntemleri kış döneminde AASYE üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

4.4.2. İshal etkileyen faktörleri ile ilgili bulgular

Çizelge 4.29. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaz Döneminde İshal Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu		
	Yok	Var	P
Çocuğun Yaşı (Yıl)			
Mean ± Standart Sapma	2,63 ± 1,67	1,89 ± 1,53	
Median (Minimum-Maksimum)	3,00 (0-5)	1,50 (0-5)	0,003

Çizelge 4.29’da araştırmaya katılan çocukların yaz döneminde ishal olma durumuna göre yaşlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. İshal olanların yaş ortalaması $1,89 \pm 1,53$ iken olmayanların yaş ortalaması $2,63 \pm 1,67$ olarak saptanmıştır. Yaz döneminde ishal olanların yaşı anlamlı şekilde düşüktür ($p=0,003$).

Çizelge 4.30. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim Birimi (n=304)					
	Kartedostum	61	80,3	15	19,7
	Yakabagh	66	83,5	13	16,5
	Kokgunbad	62	83,8	12	16,2
	Babadihqan	61	81,3	14	18,7
$\chi^2 = 0,458$ $p = 0,928$					

Çizelge 4.30. (devam) Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğun Cinsiyeti (n=304)					
	Erkek	135	83,9	26	16,1
	Kız	115	80,4	28	19,6
$\chi^2 = 0,610$ p = 0,435					
Çocukta Bilinen Herhangi Bir Başka Hastalığın Olma Durumu (n=304)					
	Bilinen Hastalığı Yok	240	81,9	53	18,1
	Bilinen Hastalığı Var	10	90,9	1	9,1
$\chi^2 = -$ p = 0,696*					
Annenin Yaşı (n=304)					
	15-19	4	57,1	3	42,9
	20-24	72	80,9	17	19,1
	25-34	120	83,3	24	16,7
	≥35	54	84,4	10	14,6
$\chi^2 = 3,445$ p = 0,328					
Annenin Öğrenim Durumu (n=304)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	42	82,4	9	17,6
	Lise ve Altı Okul Mezunu	40	85,1	7	14,9
	Okuryazar Değil	168	81,6	38	18,4
$\chi^2 = 0,94$ p = 0,850					
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)					
	Çalışıyor	70	86,4	11	13,6
	Çalışmıyor	180	80,7	43	19,3
$\chi^2 = 0,961$ p = 0,327					
Babanın Yaşı (n=304)**					
	16-20	-	-	2	100,0
	21-25	23	82,1	5	17,9
	26-35	127	83,0	26	17,0
	≥36	100	82,6	21	17,4
$\chi^2 = 9,335$ p = 0,025					
Babanın Öğrenim Durumu (n=304)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	61	85,9	10	14,1
	Lise ve Altı Okul Mezunu	73	90,1	8	9,9
	Okuryazar Değil	116	76,3	36	23,7
$\chi^2 = 4,18$ p = 0,040					
Babanın Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)					
	Çalışıyor	233	83,2	47	16,8
	Çalışmıyor	17	70,8	7	29,2
$\chi^2 = -$ p = 0,160*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.30'da araştırmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde ishal olma durumu değerlendirilmiştir. Kartedostum'da yaşayan çocukların %19,7'sinde, Yakabagh'da yaşayanların %16,5'inde, Kokgunbad'ta yaşayanların %16,2'sinde ve Babadihqan'da yaşayanların %18,7'sinde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Erkek çocukların %16,1'inde, kız çocukların %19,6'sında ishal saptanmıştır. Bilinen herhangi bir başka hastalığı olmayan çocukların %18,1'inde ishal varken hastalığı olan çocukların %9,1'inde görülmüştür. Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %42,9'unda, 20-24 arası olanların %19,1'inde, 25-34 arası olanların %16,7'sinde, 35 ve daha büyük olanların %14,6'sında ishal saptanmıştır. Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %17,6'sında, lise ve altı okul mezunu olanların %14,9'unda ve okuryazar olmayanların %18,4'ünde ishal saptanmıştır. Annesi para getiren işte çalışan çocukların %13,6'sında, çalışmayanların %19,3'ünde ishal saptanmıştır. Babasının yaşı 16-20 arası olan çocukların %100'ünde, 21-25 arası olanların %17,9'unda, 26-35 arası olanların %17'sinde, 36 ve daha büyük olanların %17,4'ünde ishal saptanmıştır. Babanın yaşına göre çocukta yaz döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Babasının yaşı 16-20 arası olan çocuklarda yaz döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %14,1'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %9,9'unda ve okuryazar olmayanların %23,7'sinde ishal saptanmıştır. Babanın öğrenim durumuna göre çocukta yaz döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Babası okuryazar olmayan çocuklarda yaz döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Babası para getiren işte çalışan çocukların %16,8'inde; çalışmayanların %29,2'sinde ishal saptanmıştır.

Çizelge 4.31. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Aylık Hane Halkı Toplam Geliri (n=304)					
	150 Amerikan Doları Üzeri	121	83,4	24	16,6
	150 Amerikan Doları ve Altı	129	81,1	30	18,9
$\chi^2 = 0,143$ p = 0,598					
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=304)					
	3-5 Kişi	52	77,6	15	22,4
	6-8 Kişi	99	79,8	25	20,2
	9 ve Üzeri	99	87,6	14	12,4
$\chi^2 = 3,69$ p = 0,055					
Evde Hayvan Yaşama Durumu (n=304)					
	Hayvan Yaşamıyor	143	84,1	27	15,9
	Hayvan Yaşıyor	107	79,9	27	20,1
$\chi^2 = 0,934$ p = 0,334					
Mutfak Koşulu (n=304)					
	Sağlıklı	188	82,5	40	17,5
	Sağlıksız	62	81,6	14	18,4
$\chi^2 = 0,000$ p = 1,000					
Gıdanın Elde Edildiği Yer (n=304)					
	Kendileri Üretiyorlar	15	88,2	2	11,8
	Pazardan Alıyorlar	235	81,9	52	18,1
$\chi^2 = -$ p = 0,746*					
Gıdanın Saklandığı Yer (n=304)					
	Buzdolabında	120	87,0	18	13,0
	Buzdolabının Dışında	130	78,3	36	21,7
$\chi^2 = 3,285$ p = 0,070					
Biberon ve Emzik Kullanma Durumu (n=304)					
	Kullanmıyor	168	81,6	38	18,4
	Kullanıyor	82	83,7	16	16,3
$\chi^2 = 0,085$ p = 0,771					
Tuvalet Koşulu (n=304)					
	Sağlıklı	154	87,5	22	12,5
	Sağlıksız	96	75,0	32	25,0
$\chi^2 = 7,094$ p = 0,008					
Çöp Biriktirme Şekli (n=304)					
	Sağlıklı	134	81,7	30	18,3
	Sağlıksız	116	82,9	24	17,1
$\chi^2 = 0,012$ p = 0,912					
İçme Suyu Kaynağı (n=304)					
	Temiz Su	241	82,3	52	17,7
	Temiz Olmayan Su	9	81,8	2	18,2
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					

Çizelge 4.31. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
İçme Suyu Saklama Şekli (n=304)					
	Üstü Kapalı Kap	165	82,1	36	17,9
	Üstü Açık Kap	85	82,5	18	17,5
$\chi^2 = 0,000$ p = 1,000					
İçme Suyu Dezenfekte Etme Durumu (n=304)					
	Dezenfekte Ediyor	97	80,8	23	19,2
	Dezenfekte Etmiyor	153	83,2	31	16,8
$\chi^2 = 0,132$ p= 0,716					

*Fisher's Exact Test

Çizelge 4.31'de araştırmaya katılan çocukların ev koşulları ve sanitasyon özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde ishal olma durumu sunulmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %16,6'sında ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %18,9'unda yaz döneminde ishal saptanmıştır. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 3-5 kişi olan çocukların %22,4'ünde, 6-8 kişi olanların %20,2'sinde ve 9 ve üzeri kişi olanların %12,4'ünde ishal saptanmıştır. Evinde hayvan yaşamayan çocukların %15,9'unda; hayvan yaşayanların %20,1'inde ishal saptanmıştır. Mutfak koşulu sağlıklı olan çocukların %17,5'inde; sağlıklı olmayanların %18,4'ünde ishal saptanmıştır. Gıdalarını hayvanları ve tarlalarından kendileri üreten aile çocuklarının %11,8'inde; pazardan alanların %18,1'inde ishal saptanmıştır. Gıda buzdolabında saklanan çocukların %13'ünde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %21,7'sinde ishal saptanmıştır. Biberon ve emzik kullanmayan çocukların %18,4'ünde; kullananların %16,3'ünde ishal saptanmıştır. Tuvalet koşulu sağlıklı olan çocukların %12,5'inde; sağlıklı olmayanların %25'inde ishal saptanmıştır. Tuvalet koşuluna göre çocukta yaz döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tuvalet koşulu sağlıksız olan çocuklarda yaz döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p < 0,05$). Çöp biriktirme şekli sağlıklı olan çocukların %18,3'ünde, sağlıksız olanların %17,1'inde ishal saptanmıştır. İçme suyu temiz olan çocukların %17,7'sinde; temiz olmayan çocukların %18,2'sinde ishal saptanmıştır. İçme suyu üstü kapalı kapta saklanan çocukların %17,9'unda; üstü açık kapta saklanan çocukların %17,5'inde ishal tespit edilmiştir. İçme suyu dezenfekte olan çocukların %19,2'sinde ve dezenfekte olmayan çocukların %16,8'inde ishal saptanmıştır.

Çizelge 4.32. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Anne Sabun Kullanma Alışkanlığı (n=304)					
	İyi	156	82,1	34	17,9
	Orta	29	78,4	8	21,6
	Kötü	65	84,4	12	15,6
$\chi^2 = 0,18$ p = 0,672					
Anne Sabun Kullanma Sıklığı (n=304)					
	Günde Birden Fazla	156	82,1	34	17,9
	Günde Bir	29	78,4	8	21,6
	Haftada Bir	44	88,0	6	12,0
	Haftada Birden Az	21	77,8	6	22,2
$\chi^2 = 1,884$ p = 0,597					
Çocuğun Altını Temizleme Şekli (n=304)					
	Su ve Sabun İle Yıkama	163	83,2	33	16,8
	Sadece Su İle Yıkama	32	78,0	9	22,0
	Tuvalet Kağıdı veya Bez Kullanma	55	82,1	12	17,9
$\chi^2 = 0,608$ p = 0,738					
Anne Banyo Sıklığı (n=304)					
	Her Gün	133	83,6	26	16,4
	Haftada İki Kez	45	78,9	12	21,1
	Haftada Bir Kez	64	81,0	15	19,0
	İki Haftada Bir Kez	8	88,9	1	11,1
$\chi^2 = 0,993$ p = 0,803					
Çocuk Banyo Sıklığı (n=304)**					
	Her Gün	167	81,5	38	18,5
	Haftada İki Kez	41	85,4	7	14,6
	Haftada Bir Kez	40	81,6	9	18,4
	İki Haftada Bir Kez	2	100,0	-	-
$\chi^2 = 0,860$ p = 0,835					
Anne Tırnak Kesme Sıklığı (n=304)					
	Uzadığında	220	82,1	48	17,9
	Çok Fazla Uzadığında	30	83,3	6	16,7
$\chi^2 = 0,000$ p = 1,000					
Çocuk Tırnak Kesme Sıklığı (n=304)					
	Uzadığında	222	81,6	50	18,4
	Çok Fazla Uzadığında	28	87,5	4	12,5
$\chi^2 = 0,335$ p = 0,563					
Çocuk Elbise Değiştirme Sıklığı (n=304)					
	Kirlendiğinde	190	83,3	38	16,7
	Çok Fazla Kirlendiğinde	60	78,9	16	21,1
$\chi^2 = 0,480$ p = 0,488					

**AUD

Çizelge 4.32’de araştırmaya katılan anneler ve çocukların kişisel temizlik (hijyen) özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde ishal olma durumu sunulmuştur. Annesi sabun kullanma alışkanlığı iyi olan çocukların %17,9’unda, orta olanların %21,6’sında ve kötü olanların %15,6’sında yaz döneminde ishal saptanmıştır. Annesi günde birden fazla kez sabun kullanan çocukların %17,9’unda, günde bir kez kullananların %21,6’sında, haftada bir kez kullananların %12’sinde ve haftada birden az kullananların %22,2’sinde ishal saptanmıştır. Altı su ve sabun ile temizlenen çocukların %16,8’inde, sadece su ile temizlenenlerin %22’sinde, tuvalet kağıdı veya bez ile temizlenenlerin %17,9’unda ishal saptanmıştır. Annesi her gün banyo yapan çocukların %16,4’ünde, haftada iki kez yapanların %21,1’inde, haftada bir kez yapanların %19’unda ve iki haftada bir kez yapanların %11,1’inde ishal görülmüştür. Her gün banyo yapan çocukların %18,5’inde, haftada iki kez yapanların %14,6’sinde ve haftada bir kez yapanların %18,4’ünde ishal saptanmıştır. Tırnaklarını uzadığında kesen annelerin çocuklarının %17,9’unda; çok fazla uzadığında kesenlerin %16,7’sinde ishal saptanmıştır. Tırnakları uzadığında kesilen çocukların %18,4’ünde; çok fazla uzadığında kesilen çocukların %12,5’inde ishal saptanmıştır. Elbiseleri kirlendiğinde değiştirilen çocukların %16,7’sinde; çok fazla kirlendiğinde değiştirilenlerin %21,1’inde ishal saptanmıştır. Anneler ve çocukların kişisel temizlik özelliklerine göre yaz döneminde ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.33. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğu Emzirme Süresi (n=304)					
	İki Yaş ve Üzeri	228	82,6	48	17,4
	İki Yaş Altı	22	78,6	6	21,4
$\chi^2 = -$ p = 0,605*					
Çocuğa Ek Gıda Başlama Zamanı (n=304)					
	6 Ay ve Daha Önce	184	84,0	35	16,0
	6 Aydan Büyük	66	77,6	19	22,4
$\chi^2 = 1,293$ p = 0,255					
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli (n=304)					
	Yeterli Besleniyor	156	82,1	34	17,9
	Yetersiz Besleniyor	94	82,5	20	17,5
$\chi^2 = 0,000$ p = 1,000					
Çocuğun Aşılarının Yapılma Durumu (n=304)					
	Yapıldı	237	83,2	48	16,8
	Yapılmadı	13	68,4	6	31,6
$\chi^2 = -$ p = 0,120*					
Çocuğa Yapılan Aşılar (Afganistan Aşı Programı) (n=304)					
	Hepsi	236	83,4	47	16,6
	Hiçbiri	14	66,7	7	33,3
$\chi^2 = -$ p = 0,072					

*Fisher's Exact Test

Çizelge 4.33'te araştırmaya katılan çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre çocuklarda yaz döneminde ishal olma durumu değerlendirilmesi yapılmıştır. İki yaşına kadar emzirilen çocukların %17,4'ünde; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocukların %21,4'ünde ishal saptanmıştır. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %16'sında; 6 aydan büyük iken başlayanların %22,4'ünde ishal saptanmıştır. Yeterli beslenmekte olan çocukların %17,9'unda; yetersiz beslenmekte olanların %17,5'inde ishal saptanmıştır. Aşıları yapılan çocukların %16,8'inde; aşıları yapılmayanların %31,6'sında ishal saptanmıştır. Aşıları eksiksiz yapılan çocukların %16,6'sında ishal görülürken aşıları eksik yapılanların %33,3'ünde görülmüştür. Çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre yaz döneminde ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.34. Araştırmaya Katılan Annelerin İshal ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin; Çocuk Hastalanma Sebebi Hakkında Bilgi Durumu (n=304)					
	Bilgili	73	80,2	18	19,8
	Az Bilgili	148	84,1	28	15,9
	Bilgisiz	29	78,4	8	21,6
$\chi^2 = 1,045$ p = 0,593					
Annenin; İshal Olan Çocuğunu Doktora Götürme Durumu (n=304)					
	Zamanında Götürüyor	103	87,3	15	12,7
	Geç Götürüyor	147	79,0	39	21,0
$\chi^2 = 2,827$ p = 0,093					
Annenin; İshalli Çocuğa Uygulama Bilgi Durumu (n=304)					
	Bilgili	83	83,8	16	16,2
	Az Bilgili	128	80,5	31	19,5
	Bilgisiz	39	84,8	7	15,2
$\chi^2 = 0,705$ p = 0,703					
Anneye Göre İshalli Çocuğa Su Verilip Verilmeme Durumu (n=304)**					
	Evet	248	82,1	54	17,9
	Hayır	2	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p= 1,000 Fisher's					
Başvurulan Geleneksel Tedavi Yöntemleri (n=304)					
	Başvurmuyor	92	79,3	24	20,7
	Başvuruyor	158	84,0	30	16,0
$\chi^2 = 0,800$ p = 0,371					

Çizelge 4.34'te araştırmaya katılan annelerin ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda yaz döneminde ishal olma durumu değerlendirilmiştir. Çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %19,8'inde, az bilgili olanların %15,9'unda ve bilgisiz olanların %21,6'sında ishal saptanmıştır. İshal olan çocuğunu zamanında doktora götüren annelerin çocuklarının %12,7'sinde; zamanında göturmeyenlerin %21'inde ishal saptanmıştır. İshalli çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %16,2'sinde, az bilgili olanların %19,5'inde ve bilgisiz olanların %15,2'sinde ishal saptanmıştır. İshalli çocuğa su verilmesi gerektiğini bilmeyen annelerin çocuklarında ishal görülmezken; bilenlerin %17,9'unda ishal saptanmıştır. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmayan annelerin çocuklarının %20,7'sinde; başvuranların %16'sında ishal saptanmıştır. Annelerin ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda yaz döneminde ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.35. Yaz Döneminde İshal Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çok Değişkenli Analiz	
	Düzeltilmiş OR (GA)	P
Çocuğun Yaşı Yaş	0,768 (0,632-0,932)	0,008
Babanın Öğrenim Durumu Yüksekokul-Üniversite Mezunu	1	0,044
Lise ve Altı Okul Mezunu	0,588 (0,211-1,638)	0,310
Okuryazar Değil	1,666 (0,746-3,720)	0,213
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı 3-5 Kişi	1	0,049
6-8 Kişi	0,902 (0,417-1,949)	0,793
9 ve Üzeri	0,377 (0,155-0,918)	0,032
Tuvalet Koşulu Sağlıklı		
Sağlıksız	2,828 (1,447-5,528)	0,002

Çizelge 4.35'te çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile yaz döneminde ishal üzerine etkili faktörlerin düzeltilmiş OR (düzeltilmiş tahmini rölatif risk) değerleri %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Model incelendiğinde yaz döneminde ishal olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Babası lise ve altı okul mezunu olan çocukların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre daha az ve babası okuryazar olmayanların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre yaklaşık 1,5 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği tespit edilmiştir. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 5 kişiden fazla olan çocukların anlamlı şekilde daha az etkilendiği saptanmıştır. Tuvalet koşulu sağlıksız olanların sağlıklı olanlara göre anlamlı şekilde yaklaşık 3 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuğun yaşı, babanın öğrenim durumu, hanede yaşayan toplam kişi sayısı ve tuvalet koşulu yaz döneminde ishal üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.36. Araştırmaya Katılan Çocukların Kış Döneminde İshal Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu		
	Yok	Var	P
Çocuğun Yaşı (Yıl) Mean ± Standart Sapma Median (Minimum-Maksimum)	2,55 ± 1,66 3,00 (0-5)	1,13 ± 1,55 0,50 (0-4)	0,019

Çizelge 4.36'da araştırmaya katılan çocukların kış döneminde ishal olma durumuna göre yaşlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. İshal olanların yaş ortalaması 1,13±1,55

iken olmayanların yaş ortalaması $2,55 \pm 1,66$ olarak saptanmıştır. Kış döneminde ishal olanların yaşı anlamlı şekilde düşüktür ($p=0,019$).

Çizelge 4.37. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim Birimi (n=264)**					
	Kartedostum	70	100,0	-	-
	Yakabagh	64	95,5	3	4,5
	Kokgunbad	54	98,2	1	1,8
	Babadihqan	68	94,4	4	5,6
$\chi^2 = 4,503$ $p = 0,212$					
Çocuğun Cinsiyeti (n=264)					
	Erkek	136	97,1	4	2,9
	Kız	120	96,8	4	3,2
$\chi^2 = -$ $p = 1,000^*$					
Çocukta Bilinen Herhangi Bir Başka Hastalığın Olma Durumu (n=264)					
	Bilinen Hastalığı Yok	248	97,3	7	2,7
	Bilinen Hastalığı Var	8	88,9	1	11,1
$\chi^2 = -$ $p = 0,245^*$					
Annenin Yaşı (n=264)					
	15-19	4	66,7	2	33,3
	20-24	76	97,4	2	2,6
	25-34	118	99,2	1	0,8
	≥ 35	58	95,1	3	4,9
$\chi^2 = 21,490$ $p = 0,0001$					
Annenin Öğrenim Durumu (n=264)**					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	49	100,0	-	-
	Lise ve Altı Okul Mezunu	42	95,5	2	4,5
	Okuryazar Değil	165	96,5	6	3,5
$\chi^2 = 0,67$ $p = 0,412$					
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=264)					
	Çalışıyor	67	98,5	1	1,5
	Çalışmıyor	189	96,4	7	3,6
$\chi^2 = -$ $p = 0,684^*$					
Babanın Yaşı (n=264)**					
	16-20	2	100,0	-	-
	21-25	21	91,3	2	8,7
	26-35	130	97,7	3	2,3
	≥ 36	103	97,2	3	2,8
$\chi^2 = 1,07$ $p = 0,302$					

Çizelge 4.37. (devam) Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Babanın Öğrenim Durumu (n=264)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	63	96,9	2	3,1
	Lise ve Altı Okul Mezunu	72	97,3	2	2,7
	Okuryazar Değil	121	96,8	4	3,2
$\chi^2 = 0,02$ p = 0,889					
Babanın Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=264)**					
	Çalışıyor	236	96,7	8	3,3
	Çalışmıyor	20	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.37'da araştırmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre çocuklarda kış döneminde ishal olma durumu değerlendirilmiştir. Kartedostum'da yaşayan çocuklarda ishal görülmezken; Yakabagh'da yaşayanların %4,5'inde, Kokgunbad'ta yaşayanların %1,8'inde ve Babadihqan'da yaşayanların %5,6'sında kış döneminde ishal saptanmıştır. Erkek çocukların %2,9'unda, kız çocukların %3,2'sinde ishal saptanmıştır. Bilinen herhangi bir başka hastalığı olmayan çocukların %2,7'sinde ishal varken hastalığı olan çocukların %11,1'inde görülmüştür. Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %33,3'ünde, 20-24 arası olanların %2,6'sında, 25-34 arası olanların %0,8'inde, 35 ve daha büyük olanların %4,9'unda ishal saptanmıştır. Annenin yaşına göre kış döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesinin yaşı daha küçük olan (15-19 arası) çocuklarda kış döneminde sıklığı anlamlı şekilde yüksektir (p<0,05). Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocuklarda ishal görülmezken, lise ve altı okul mezunu olanların %4,5'inde ve okuryazar olmayanların %3,5'inde ishal saptanmıştır. Annesi para getiren işte çalışan çocukların %1,5'inde, çalışmayanların %3,6'sında ishal saptanmıştır. Babasının yaşı 21-25 arası olan çocukların %8,7'sinde, 26-35 arası olanların %2,3'ünde, 36 ve daha büyük olanların %2,8'inde ishal saptanmıştır. Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %3,1'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %2,7'sinde ve okuryazar olmayanların %3,2'sinde ishal saptanmıştır. Babası para getiren işte çalışan çocukların %3,3'ünde ishal görülürken çalışmayanlarda görülmemiştir.

Çizelge 4.38. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Aylık Hane Halkı Toplam Geliri (n=264)					
	150 Amerikan Doları Üzeri	124	96,9	4	3,1
	150 Amerikan Doları ve Altı	132	97,1	4	2,9
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=264)					
	3-5 Kişi	49	96,1	2	3,9
	6-8 Kişi	113	98,3	2	1,7
	9 ve Üzeri	94	95,9	4	4,1
$\chi^2 = 0$ p = 0,970					
Evdeki Oda Sayısı (n=264)					
	5	45	97,8	1	2,2
	4	50	98,0	1	2,0
	3	48	98,0	1	2,0
	2	94	97,9	2	2,1
	1	19	86,4	3	13,6
$\chi^2 = 1,71$ p = 0,191					
Evde Hayvan Yaşama Durumu (n=264)					
	Hayvan Yaşamıyor	143	97,3	4	2,7
	Hayvan Yaşıyor	113	96,6	4	3,4
$\chi^2 = -$ p = 0,736*					
Mutfak Koşulu (n=264)					
	Sağlıklı	187	96,9	6	3,1
	Sağlıksız	69	97,2	2	2,8
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Gıdanın Elde Edildiği Yer (n=264)**					
	Kendileri Üretiyorlar	17	100,0	-	-
	Pazardan Alıyorlar	239	96,8	8	3,2
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Gıdanın Saklandığı Yer (n=264)					
	Buzdolabında	120	99,2	1	0,8
	Buzdolabının Dışında	136	95,1	7	4,9
$\chi^2 = -$ p = 0,074*					
Biberon ve Emzik Kullanma Durumu (n=264)					
	Kullanmıyor	172	96,1	7	3,9
	Kullanıyor	84	98,8	1	1,2
$\chi^2 = -$ p = 0,443					
Tuvalet Koşulu (n=264)					
	Sağlıklı	147	97,4	4	2,6
	Sağlıksız	109	96,5	4	3,5
$\chi^2 = -$ p = 0,728*					

Çizelge 4.38. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çöp Biriktirme Şekli (n=264)					
	Sağlıklı	136	97,1	4	2,9
	Sağlıksız	120	96,8	4	3,2
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
İçme Suyu Kaynağı (n=264)**					
	Temiz Su	248	96,9	8	3,1
	Temiz Olmayan Su	8	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
İçme Suyu Saklama Şekli (n=264)					
	Üstü Kapalı Kap	163	95,9	7	4,1
	Üstü Açık Kap	93	98,9	1	1,1
$\chi^2 = -$ p = 0,266*					
İçme Suyu Dezenfekte Etme Durumu (n=264)					
	Dezenfekte Ediyor	101	97,1	3	2,9
	Dezenfekte Etmiyor	155	96,9	5	3,1
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.38'de araştırmaya katılan çocukların ev koşulları ve sanitasyon özelliklerine göre çocuklarda kış döneminde ishal olma durumu sunulmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %3,1'inde ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %2,9'unda yaz döneminde ishal saptanmıştır. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 3-5 kişi olan çocukların %3,9'unda, 6-8 kişi olanların %1,7'sinde ve 9 ve üzeri kişi olanların %4,1'inde ishal saptanmıştır. Evinde oda sayısı 5 olan çocukların %2,2'sinde, 4 ve 3 olanların %2'sinde, 2 olanların %2,1'inde ve 1 olanların %13,6'sında ishal saptanmıştır. Evinde hayvan yaşamayan çocukların %2,7'sinde; hayvan yaşayanların %3,4'ünde ishal saptanmıştır. Mutfak koşulu sağlıklı olan çocukların %3,1'inde; sağlıklı olmayanların %2,8'inde ishal saptanmıştır. Gıdalarını hayvanları ve tarlalarından kendileri üreten aile çocuklarında ishal görülmezken; pazardan alanların %3,2'sinde ishal saptanmıştır. Gıda buzdolabında saklanan çocukların %0,8'inde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %4,9'unda ishal saptanmıştır. Biberon ve emzik kullanmayan çocukların %3,9'ünde; kullananların %1,2'sinde ishal saptanmıştır. Tuvalet koşulu sağlıklı olan çocukların %2,6'sında; sağlıklı olmayanların %3,5'inde ishal

saptanmıştır. Çöp biriktirme şekli sağlıklı olan çocukların %2,9'ünde, sağlıksız olanların %3,2'sinde ishal saptanmıştır. İçme suyu temiz olmayan çocuklarda ishal görülmezken temiz olan çocukların %3,1'inde ishal saptanmıştır. İçme suyu üstü kapalı kapta saklanan çocukların %4,1'inde; üstü açık kapta saklanan çocukların %1,1'inde ishal tespit edilmiştir. İçme suyu dezenfekte olan çocukların %2,9'unda ve dezenfekte olmayan çocukların %3,1'inde ishal saptanmıştır. Çocukların ev koşulları ve sanitasyon özelliklerine göre kış döneminde ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.39. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Kişisel Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Anne Sabun Kullanma Alışkanlığı (n=264)					
	İyi	157	96,9	5	3,1
	Orta	36	97,3	1	2,7
	Kötü	63	96,9	2	3,1
$\chi^2 = 0,06$ p = 0,813					
Anne Sabun Kullanma Sıklığı (n=264)**					
	Günde Birden Fazla	157	96,9	5	3,1
	Günde Bir	37	100,0	-	-
	Haftada Bir	41	95,3	2	4,7
	Haftada Birden Az	21	95,5	1	4,5
$\chi^2 = 1,714$ p = 0,634					
Çocuğun Altını Temizleme Şekli (n=264)					
	Su ve Sabun İle Yıkama	169	98,7	2	1,2
	Sadece Su İle Yıkama	32	88,9	4	11,1
	Tuvalet Kağıdı veya Bez Kullanma	55	96,5	2	3,5
$\chi^2 = 10,059$ p = 0,007					
Anne Banyo Sıklığı (n=264)					
	Her Gün	135	98,5	2	1,5
	Haftada İki Kez	52	98,1	1	1,9
	Haftada Bir Kez	62	93,9	4	6,1
	İki Haftada Bir Kez	7	87,5	1	12,5
$\chi^2 = 5,890$ p = 0,117					
Çocuk Banyo Sıklığı (n=264)**					
	Her Gün	169	97,7	4	2,3
	Haftada İki Kez	42	95,5	2	4,5
	Haftada Bir Kez	43	95,6	2	4,4
	İki Haftada Bir Kez	2	100,0	-	-
$\chi^2 = 1,016$ p = 0,797					

Çizelge 4.39. (devam) Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Kişisel Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Anne Tırnak Kesme Sıklığı (n=264)					
	Uzadığında	227	97,8	5	2,2
	Çok Fazla Uzadığında	29	90,6	3	9,4
$\chi^2 = -$ p = 0,059*					
Çocuk Tırnak Kesme Sıklığı (n=264)					
	Uzadığında	229	97,0	7	3,0
	Çok Fazla Uzadığında	27	96,4	1	3,6
$\chi^2 = -$ p = 0,597*					
Çocuk Elbise Değiştirme Sıklığı (n=264)					
	Kirlendiğinde	197	99,0	2	1,0
	Çok Fazla Kirlendiğinde	59	90,8	6	9,2
$\chi^2 = -$ p = 0,003					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.39'da araştırmaya katılan anneler ve çocukların kişisel temizlik (hijyen) özelliklerine göre çocuklarda kış döneminde ishal olma durumu sunulmuştur. Annesi sabun kullanma alışkanlığı iyi olan çocukların %3,1'inde, orta olanların %2,7'sinde ve kötü olanların %3,1'inde kış döneminde ishal saptanmıştır. Annesi günde birden fazla kez sabun kullanan çocukların %3,1'inde, haftada bir kez kullananların %4,7'sinde ve haftada birden az kullananların %4,5'inde ishal saptanmıştır. Altı su ve sabun ile temizlenen çocukların %1,2'sinde, sadece su ile temizlenenlerin %11,1'inde, tuvalet kağıdı veya bez ile temizlenenlerin %3,5'inde ishal saptanmıştır. Çocuğun altını temizleme şekline göre kış döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Altı su ve sabun ile temizlenen çocuklarda kış döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p < 0,05$). Annesi her gün banyo yapan çocukların %1,5'inde, haftada iki kez yapanların %1,9'unda, haftada bir kez yapanların %6,1'inde ve iki haftada bir kez yapanların %12,5'inde ishal görülmüştür. Her gün banyo yapan çocukların %2,3'ünde, haftada iki kez yapanların %4,5'inde ve haftada bir kez yapanların %4,4'ünde ishal saptanmıştır. Tırnaklarını uzadığında kesen annelerin çocuklarının %2,2'sinde; çok fazla uzadığında kesenlerin %9,4'ünde ishal saptanmıştır. Tırnakları uzadığında kesilen çocukların %3'ünde; çok fazla uzadığında kesilen çocukların %3,6'sında ishal saptanmıştır. Elbiseleri kirlendiğinde değiştirilen çocukların %1'inde; çok fazla kirlendiğinde değiştirilenlerin %9,2'sinde ishal

saptanmıştır. Çocuk elbise değiştirme sıklığına göre çocukta kış döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elbisesi çok fazla kirlendiğinde değiştirilen çocuklarda kış döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 4.40. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğu Emzirme Süresi (n=264)**					
	İki Yaş ve Üzeri	231	96,7	8	3,3
	İki Yaş Altı	25	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Çocuğa Ek Gıda Başlama Zamanı (n=264)					
	6 Ay ve Daha Önce	191	97,9	4	2,1
	6 Aydan Büyük	65	94,2	4	5,8
$\chi^2 = -$ p = 0,212*					
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli (n=264)					
	Yeterli Besleniyor	166	99,4	1	0,6
	Yetersiz Besleniyor	90	92,8	7	7,2
$\chi^2 = -$ p = 0,004*					
Çocuğa Yapılan Aşılar (Afganistan Aşı Programı) (n=264)**					
	Hepsi	238	96,7	8	3,3
	Hiçbiri	18	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.40'ta araştırmaya katılan çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre çocuklarda kış döneminde ishal olma durumu değerlendirilmesi yapılmıştır. İki yaşına kadar emzirilmeyen çocuklarda ishal görülmezken; iki yaşına kadar emzirilen çocukların %3,3'ünde ishal görülmüştür. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %2,1'inde; 6 aydan büyük iken başlayanların %5,8'inde ishal saptanmıştır. Yeterli beslenmekte olan çocukların %0,6'sında; yetersiz beslenmekte olanların %7,2'sinde ishal saptanmıştır. Çocuğun şu anki beslenme şekline göre çocukta kış döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yeterli beslenmekte olan çocuklarda kış döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Aşılarda hiç biri yapılmayan çocuklarda ishal görülmezken; aşılarda hepsi yapılan çocukların %3,3'ünde ishal görülmüştür.

Çizelge 4.41. Araştırmaya Katılan Annelerin İshal ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Kış Döneminde İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Kış Döneminde İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin; Çocuk Hastalanma Sebebi Hakkında Bilgi Durumu (n=264)					
	Bilgili	74	98,7	1	1,3
	Az Bilgili	155	97,5	4	2,5
	Bilgisiz	27	90,0	3	10,0
$\chi^2 = 5,838$ p = 0,054					
Annenin; İshalli Çocuğa Uygulama Bilgi Durumu (n=264)**					
	Bilgili	85	100,0	-	-
	Az Bilgili	129	94,9	7	5,1
	Bilgisiz	42	97,7	1	2,3
$\chi^2 = 4,803$ p = 0,091					
Anneye Göre İshalli Çocuğa Su Verilip Verilmeme Durumu (n=264)**					
	Evet	254	96,9	8	3,1
	Hayır	2	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Başvurulan Geleneksel Tedavi Yöntemleri (n=264)					
	Başvurmuyor	103	99,0	1	1,0
	Başvuruyor	153	95,6	7	4,4
$\chi^2 = -$ p = 0,153*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.41'de araştırmaya katılan annelerin ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda kış döneminde ishal olma durumu değerlendirilmiştir. Çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %1,3'ünde, az bilgili olanların %2,5'inde ve bilgisiz olanların %10'unda ishal saptanmıştır. İshalli çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarında ishal görülmezken; az bilgili olanların %5,1'inde ve bilgisiz olanların %2,3'ünde ishal saptanmıştır. İshalli çocuğa su verilmesi gerektiğini bilmeyen annelerin çocuklarında ishal görülmezken; bilenlerin %3,1'inde ishal saptanmıştır. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmayan annelerin çocuklarının %1'inde; başvuranların %4,4'ünde ishal saptanmıştır. Annelerin ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda kış döneminde ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.42 Kış döneminde İshal Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çok Değişkenli Analiz	
	Düzeltilmiş OR (GA)	P
Çocuk Elbise Değiştirme Sıklığı Kirlendiğinde Çok Fazla Kirlendiğinde	14,332 (2,585-79,466)	0,002
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli Yeterli Besleniyor Yetersiz Besleniyor	13,456 (1,547-117,036)	0,019
Başvurulan Geleneksel Tedavi Yöntemleri Başvurmuyor Başvuruyor	7,912 (0,871-71,857)	0,066

Çizelge 4.42’de çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile kış döneminde ishal üzerine etkili faktörlerin düzeltilmiş OR (düzeltilmiş tahmini rölatif risk) değerleri %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Model incelendiğinde kış döneminde ishal olma açısından; elbisesi çok fazla kirlendiğinde değiştirilen çocukların normal kirlendiğinde değiştirilenlere göre anlamlı şekilde 14 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Yetersiz beslenen çocukların yeterli beslenenlere göre anlamlı şekilde 13 kat fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvuran annelerin çocuklarının başvurmayanlara göre yaklaşık 8 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuk elbise değiştirme sıklığı ve çocuğun şu anki beslenme şekli kış döneminde ishal üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.43. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumuna Göre Yaşlarının Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu		
	Yok	Var	P
Çocuğun Yaşı (Yıl) Mean ± Standart Sapma Median (Minimum-Maksimum)	2,53 ± 1,67 3,00 (0-5)	1,25 ± 0,89 1,50 (0-2)	0,026

Çizelge 4.43’te araştırmaya katılan çocukların yaz döneminde persistan ishal olma durumuna göre yaşlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. Persistan ishal olanların yaş ortalaması 1,25±0,89 iken olmayanların yaş ortalaması 2,53±1,67 olarak saptanmıştır. Yaz döneminde persistan ishal olanların yaşı anlamlı şekilde düşüktür (p=0,026).

Çizelge 4.44. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim Birimi (n=304)					
	Kartedostum	71	93,4	5	6,6
	Yakabagh	78	98,7	1	1,3
	Kokgunbad	73	98,6	1	1,4
	Babadihqan	74	98,7	1	1,3
$\chi^2 = 6,163$ p = 0,104					
Çocuğun Cinsiyeti (n=304)					
	Erkek	157	97,5	4	2,5
	Kız	139	97,2	4	2,8
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Çocukta Bilinen Herhangi Bir Başka Hastalığın Olma Durumu (n=304)					
	Bilinen Hastalığı Yok	286	97,6	7	2,4
	Bilinen Hastalığı Var	10	90,9	1	9,1
$\chi^2 = -$ p = 0,258*					
Annenin Yaşı (n=304)					
	15-19	6	85,7	1	14,3
	20-24	88	98,9	1	1,1
	25-34	141	97,9	3	2,1
	≥35	61	95,3	3	4,7
$\chi^2 = 0,06$ p = 0,805					
Annenin Öğrenim Durumu (n=304)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	50	98,0	1	2,0
	Lise Mezunu	46	97,9	1	2,1
	Okuryazar Değil	200	97,1	6	2,9
$\chi^2 = 0,04$ p = 0,844					
Annenin Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)**					
	Çalışıyor	81	100,0	-	-
	Çalışmıyor	215	96,4	8	3,6
$\chi^2 = -$ p = 0,115*					
Babanın Yaşı (n=304)**					
	16-20	1	50,0	1	50,0
	21-25	28	100,0	-	-
	26-35	152	99,3	1	0,7
	≥36	115	95,0	6	5,0
$\chi^2 = 23,164$ p = 0,0001					
Babanın Öğrenim Durumu (n=304)					
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	70	98,6	1	1,4
	Lise Mezunu	78	96,3	3	3,7
	Okuryazar Değil	148	97,4	4	2,6
$\chi^2 = 0,03$ p = 0,871					

Çizelge 4.44. (devam) Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Babanın Para Getiren İşte Çalışma Durumu (n=304)**					
	Çalışıyor	272	97,1	8	2,9
	Çalışmıyor	24	100,0	-	-
		$\chi^2 = -$ p = 1,000*			

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.44'ta araştırmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu değerlendirilmiştir. Kartedostum'da yaşayan çocukların %6,6'sında, Yakabagh'da yaşayanların %1,3'ünde, Kokgunbad'ta yaşayanların %1,4'ünde ve Babadihqan'da yaşayanların %1,3'ünde yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. Erkek çocukların %2,5'inde, kız çocukların %2,8'inde persistan ishal saptanmıştır. Bilinen herhangi bir başka hastalığı olmayan çocukların %2,4'ünde persistan ishal varken hastalığı olan çocukların %9,1'inde görülmüştür. Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %14,3'ünde, 20-24 arası olanların %1,1'inde, 25-34 arası olanların %2,1'inde, 35 ve daha büyük olanların %4,7'sinde persistan ishal saptanmıştır. Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %2'sinde, lise ve altı okul mezunu olanların %2,1'inde ve okuryazar olmayanların %2,9'unda persistan ishal saptanmıştır. Annesi para getiren işte çalışan çocuklarda persistan ishal görülmezken; çalışmayanların %3,6'sında persistan ishal saptanmıştır. Babasının yaşı 16-20 arası olan çocukların %50'sinde, 26-35 arası olanların %0,7'sinde, 36 ve daha büyük olanların %5'inde persistan ishal saptanmıştır. Babanın yaşına göre çocukta yaz döneminde persistan ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Babasının yaşı 16-20 arası olan çocuklarda yaz döneminde persistan ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p < 0,05$). Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %1,4'ünde, lise ve altı okul mezunu olanların %3,7'sinde ve okuryazar olmayanların %2,6'sında persistan ishal saptanmıştır. Babası para getiren işte çalışan çocukların %2,6'sında persistan ishal görülürken; çalışmayanlarda görülmemiştir.

Çizelge 4.45. Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Aylık Hane Halkı Toplam Geliri (n=304)					
	150 Amerikan Doları Üzeri	138	95,2	7	4,8
	150 Amerikan Doları ve Altı	158	99,4	1	0,6
$\chi^2 = -$ p = 0,030*					
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı (n=304)					
	3-5 Kişi	66	98,5	1	1,5
	6-8 Kişi	120	96,8	4	3,2
	9 ve Üzeri	110	97,3	3	2,7
$\chi^2 = 0,02$ p = 0,890					
Evde Hayvan Yaşama Durumu (n=304)					
	Hayvan Yaşamıyor	165	97,1	5	2,9
	Hayvan Yaşıyor	131	97,8	3	2,2
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Mutfak Koşulu (n=304)					
	Sağlıklı	222	97,4	6	2,6
	Sağlıksız	74	97,4	2	2,6
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Gıdanın Elde Edildiği Yer (n=304)**					
	Kendileri Üretiyorlar	17	100,0	-	-
	Pazardan Alıyorlar	279	97,2	8	2,8
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Gıdanın Saklandığı Yer (n=304)					
	Buzdolabında	135	97,8	3	2,2
	Buzdolabının Dışında	161	97,0	5	3,0
$\chi^2 = -$ p = 0,732*					
Biberon ve Emzik Kullanma Durumu (n=304)					
	Kullanmıyor	203	98,5	3	1,5
	Kullanıyor	93	94,9	5	5,1
$\chi^2 = -$ p = 0,117*					
Tuvalet Koşulu (n=304)					
	Sağlıklı	171	97,2	5	2,8
	Sağlıksız	125	97,7	3	2,3
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Çöp Biriktirme Şekli (n=304)					
	Sağlıklı	159	97,0	5	3,0
	Sağlıksız	137	97,9	3	2,1
$\chi^2 = -$ p = 0,730*					

Çizelge 4.45. (devam) Araştırmaya Katılan Çocukların Ev Koşulları ve Sanitasyon Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
İçme Suyu Kaynağı (n=304)**					
	Temiz Su	285	97,3	8	2,7
	Temiz Olmayan Su	11	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
İçme Suyu Saklama Şekli (n=304)					
	Üstü Kapalı Kap	200	99,5	1	0,5
	Üstü Açık Kap	96	93,2	7	6,8
$\chi^2 = -$ p= 0,003*					
İçme Suyu Dezenfekte Etme Durumu (n=304)					
	Dezenfekte Ediyor	182	98,9	2	1,1
	Dezenfekte Etmiyor	114	95,0	6	5,0
$\chi^2 = -$ p = 0,061*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.45'te araştırmaya katılan çocukların ev koşulları ve sanitasyon özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu sunulmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %4,8'inde ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %0,6'sında yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. Aylık hane halkı toplam gelirine göre yaz döneminde persistan ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları ve altı olan çocuklarda yaz döneminde persistan ishal sıklığı anlamlı şekilde (yüksek olması gerekirken) düşüktür ($p < 0,05$) Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 3-5 kişi olan çocukların %1,5'inde, 6-8 kişi olanların %3,2'sinde ve 9 ve üzeri kişi olanların %2,7'sinde persistan ishal saptanmıştır. Evinde hayvan yaşamayan çocukların %2,9'unda; hayvan yaşayanların %2,2'sinde persistan ishal saptanmıştır. Mutfak koşulu sağlıklı olan çocukların %2,6'sında; sağlıklı olmayanların %2,6'sında persistan ishal saptanmıştır. Gıdalarını hayvanları ve tarlalarından kendileri üreten aile çocuklarında persistan ishal görülmezken; pazardan alanların %2,8'inde persistan ishal görülmüştür. Gıda buzdolabında saklanan çocukların %2,2'sinde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %3'ünde persistan ishal saptanmıştır. Biberon ve emzik kullanmayan çocukların %1,5'inde; kullananların %5,1'inde persistan ishal saptanmıştır. Tuvalet koşulu sağlıklı

olan çocukların %2,8'inde; sağlıklı olanların %2,3'ünde persistan ishal saptanmıştır. Çöp biriktirme şekli sağlıklı olan çocukların %3'ünde, sağlıklı olanların %2,1'inde persistan ishal saptanmıştır. İçme suyu temiz olan çocukların %2,7'sinde persistan ishal saptanmışken; içme suyu temiz olmayan çocuklarda saptanmamıştır. İçme suyu üstü kapalı kapta saklanan çocukların %0,5'inde; üstü açık kapta saklanan çocukların %6,8'inde persistan ishal tespit edilmiştir. İçme suyu saklama şekline göre yaz döneminde persistan ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İçme suyu üstü kapalı (sağlıklı) şekilde saklanan çocuklarda yaz döneminde ishal sıklığı anlamlı düzeyde düşüktür ($p < 0,05$). İçme suyu dezenfekte olan çocukların %1,1'inde ve dezenfekte olmayan çocukların %5'inde persistan ishal saptanmıştır.

Çizelge 4.46. Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Anne Sabun Kullanma Alışkanlığı (n=304)**					
	İyi	183	96,3	7	3,7
	Orta	37	100,0	-	-
	Kötü	76	98,7	1	1,3
$\chi^2 = 2,15$ p = 0,143					
Anne Sabun Kullanma Sıklığı (n=304)**					
	Günde Birden Fazla	183	96,3	7	3,7
	Günde Bir	36	97,3	1	2,7
	Haftada Bir	50	100,0	-	-
	Haftada Birden Az	27	100,0	-	-
$\chi^2 = 2,903$ p = 0,407					
Çocuğun Altını Temizleme Şekli (n=304)					
	Su ve Sabun İle Yıkama	190	96,9	6	3,1
	Sadece Su İle Yıkama	40	97,6	1	2,4
	Tuvalet Kağıdı veya Bez Kullanma	66	98,5	1	1,5
$\chi^2 = 0,486$ p = 0,784					
Anne Banyo Sıklığı (n=304)**					
	Her Gün	155	97,5	4	2,5
	Haftada İki Kez	55	96,5	2	3,5
	Haftada Bir Kez	77	97,5	2	2,5
	İki Haftada Bir Kez	9	100,0	-	-
$\chi^2 = 0,426$ p = 0,935					

Çizelge 4.46. (devam) Araştırmaya Katılan Anneler ve Çocukların Hijyen Özelliklerine Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuk Banyo Sıklığı (n=304)**					
	Her Gün	199	97,1	6	2,9
	Haftada İki Kez	46	95,8	2	4,2
	Haftada Bir Kez	49	100,0	-	-
	İki Haftada Bir Kez	2	100,0	-	-
$\chi^2 = 1,890$ p = 0,596					
Anne Tırnak Kesme Sıklığı (n=304)**					
	Uzadığında	260	97,0	8	3,0
	Çok Fazla Uzadığında	36	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 0,602*					
Çocuk Tırnak Kesme Sıklığı (n=304)**					
	Uzadığında	264	97,1	8	2,9
	Çok Fazla Uzadığında	32	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Çocuk Elbise Değiştirme Sıklığı (n=304)					
	Kirlendiğinde	222	97,4	6	2,6
	Çok Fazla Kirlendiğinde	74	97,4	2	2,6
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.46'da araştırmaya katılan anneler ve çocukların kişisel temizlik (hijyen) özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu sunulmuştur. Annesi sabun kullanma alışkanlığı iyi olan çocukların %3,7'sinde ve kötü olanların %1,3'ünde yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. Annesi günde birden fazla kez sabun kullanan çocukların %3,7'sinde; günde bir kez kullananların %2,7'sinde persistan ishal saptanmıştır. Altı su ve sabun ile temizlenen çocukların %3,1'inde, sadece su ile temizlenenlerin %2,4'ünde, tuvalet kağıdı veya bez ile temizlenenlerin %1,5'inde persistan ishal saptanmıştır. Annesi her gün banyo yapan çocukların %2,5'inde, haftada iki kez yapanların %3,5'inde ve haftada bir kez yapanların %2,5'inde persistan ishal görülmüştür. Her gün banyo yapan çocukların %2,9'unda ve haftada iki kez yapanların %4,2'sinde persistan ishal saptanmıştır. Tırnaklarını uzadığında kesen annelerin çocuklarının %3'ünde persistan ishal görülürken çok fazla uzadığında kesenlerde persistan ishal görülmemiştir. Tırnakları uzadığında kesilen çocukların %2,9'unda persistan ishal görülürken; çok fazla uzadığında kesilen çocuklarda görülmemiştir. Elbiseleri kirlendiğinde değiştirilen

çocukların %2,6'sında; çok fazla kirlendiğinde değiştirilenlerin yine %2,6'sında persistan ishal saptanmıştır. Anneler ve çocukların kişisel temizlik (hijyen) özelliklerine göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.47. Araştırmaya Katılan Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aşılama Durumlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğu Emzirme Süresi (n=304)**					
	İki Yaş ve Üzeri	268	97,1	8	2,9
	İki Yaş Altı	28	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ $p = 1,000^*$					
Çocuğa Ek Gıda Başlama Zamanı (n=304)					
	6 Ay ve Daha Önce	212	96,8	7	3,2
	6 Aydan Büyük	84	98,8	1	1,2
$\chi^2 = -$ $p = 0,450^*$					
Çocuğun Şu Anki Beslenme Şekli (n=304)					
	Yeterli Besleniyor	185	97,4	5	2,6
	Yetersiz Besleniyor	111	97,4	3	2,6
$\chi^2 = -$ $p = 1,000^*$					
Çocuğun Aşılarının Yapılma Durumu (n=304)**					
	Yapıldı	277	97,2	8	2,8
	Yapılmadı	19	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ $p = 1,000^*$					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.47'de araştırmaya katılan çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu değerlendirilmesi yapılmıştır. İki yaşına kadar emzirilen çocukların %2,9'unda yaz döneminde persistan ishal görülürken; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocuklarda görülmemiştir. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %3,2'sinde; 6 aydan büyük iken başlayanların %1,2'sinde persistan ishal saptanmıştır. Yeterli beslenmekte olan çocukların %2,6'sında; yetersiz beslenmekte olanların yine %2,6'sında persistan ishal saptanmıştır. Aşılı yapılan çocukların %2,8'inde persistan ishal görülürken; aşılı yapılmayanlarda görülmemiştir. Çocukların beslenme özellikleri ve aşılama durumlarına göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.48. Araştırmaya Katılan Annelerin İshal ile İlgili Bilgi ve Davranışlarına Göre Çocuklarda Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunun Değerlendirilmesi, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

		Çocukta Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumu			
		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Annenin; Çocuk Hastalanma Sebebi Hakkında Bilgi Durumu (n=304)**					
	Bilgili	90	98,9	1	1,1
	Az Bilgili	169	96,0	7	4,0
	Bilgisiz	37	100,0	-	-
$\chi^2 = 3,078$ p = 0,215					
Annenin; İshalli Çocuğa Uygulama Bilgi Durumu (n=304)**					
	Bilgili	96	97,0	3	3,0
	Az Bilgili	154	96,9	5	3,1
	Bilgisiz	46	100,0	-	-
$\chi^2 = 1,468$ p = 0,480					
Anneye Göre İshalli Çocuğa Su Verilip Verilmeme Durumu (n=304)**					
	Evet	294	97,4	8	2,6
	Hayır	2	100,0	-	-
$\chi^2 = -$ p = 1,000*					
Başvurulan Geleneksel Tedavi Yöntemleri (n=304)					
	Başvurmuyor	114	98,3	2	1,7
	Başvuruyor	182	96,8	6	3,2
$\chi^2 = -$ p = 0,715*					

*Fisher's Exact Test **AUD

Çizelge 4.48'de araştırmaya katılan annelerin ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu değerlendirilmiştir. Çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %1,1'inde ve az bilgili olanların %4'ünde persistan ishal saptanmıştır. İshalli çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %3'ünde ve az bilgili olanların %3,1'inde persistan ishal saptanmıştır. İshalli çocuğa su verilmesi gerektiğini bilmeyen annelerin çocuklarında persistan ishal görülmezken; bilenlerin %2,6'sında persistan ishal görülmüştür. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmayan annelerin çocuklarının %1,7'sinde; başvuranların %3,2'sinde persistan ishal saptanmıştır. Annelerin ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarına göre çocuklarda yaz döneminde persistan ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.49. Yaz Döneminde Persistan İshal Olma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları, Şibirgan, Afganistan, 2015-2016

	Çok Değişkenli Analiz	
	Düzeltilmiş OR (GA)	P
Çocuğun Yaşı Yaş	0,543 (0,322-0,917)	0,022
Aylık Hane Halkı Toplam Geliri 150 Amerikan Doları Üzeri 150 Amerikan Doları ve Altı	0,102 (0,011-0,916)	0,042
Biberon ve Emzik Kullanma Durumu Kullanmıyor Kullanıyor	4,371 (0,859-22,252)	0,076
İçme Suyu Saklama Şekli Üstü Kapalı Kap Üstü Açık Kap	23,383 (2,519-217,041)	0,006

Çizelge 4.49’da çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile yaz döneminde persistan ishal üzerine etkili faktörlerin düzeltilmiş OR (düzeltilmiş tahmini rölatif risk) değerleri %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Model incelendiğinde yaz döneminde persistan ishal olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların 150 Amerikan doları üzeri olanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği tespit edilmiştir. Biberon ve emzik kullanan çocukların kullanmayanlara göre yaklaşık 4 kat fazla etkilendiği tespit edilmiştir. İçme suyu üstü açık kapta saklanan çocukların üstü kapalı kapta saklananlara göre anlamlı şekilde 23 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuğun yaşı, aylık hane halkı toplam geliri ve içme suyu saklama şekli yaz döneminde persistan ishal üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

5.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışması

Araştırmaya 304 çocuk anneleri ile beraber katılmıştır. Çocukların yaş ortalaması $2,50 \pm 1,66$ 'dır. Araştırmaya katılan çocukların %53'ü erkek ve %47'si kızdır. Erkek çocukların kız çocuklara yüzdesinin biraz fazla olması diğer araştırmalarda da karşılaşılan bir durumdur. Afganistan merkez istatistik kurumu; 2016-2017 Afganistan yaşam koşulları araştırması raporuna göre Afganistan'da erkeklerin kadınlara oranı 1,039'dur (103,9 erkeğe 100 kadın) [63]. Kayseri'de 2015'te 0-5 yaş arası çocuklarda ishal ile ilgili yapılan bir araştırmada çocukların %43,9'u kız, %56,1'i erkek olarak bulunmuştur. Nitekim Gaziantep'te ASYE ile ilgili yapılan başka bir araştırmada ise %51,5'i kız ve %48,5'i erkek olarak saptanmıştır [67]. Çocukların %16,1'i sıfır yaş, %14,5'i bir yaş, %19,1'i iki yaş, %21,1'i üç yaş, %12,5'i dört yaş ve %16,8'i beş yaş gruplarında olduğu saptanmıştır. Afganistan nüfus piramidine göre 0-5 yaş grubu toplam nüfusun %20'sini oluşturmaktadır. 0-5 yaş grubu çocuklarda 0 ve 1 yaş nüfusu diğer yaşlara göre daha az orandadır [63]. Çocukların %96,4'ünün bilinen herhangi bir hastalığı yokken %3,6'sının bilinen başka bir hastalığı olduğu bildirilmiştir. Çocukların %3,6'sında ASYE ve ishal dışında malnütrisyon, HIV, sıtma vb hastalıkların olduğu saptanmıştır. Bu da beş yaş altı çocuklarda bu hastalıkların da yaygın olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %2,3'ünün 15-19 yaş grubunda, %29,3'ünün 20-24 yaş grubunda, %47,4'ünün 25-34 yaş grubunda ve %21,1'inin 35 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Afganistan'da ilk evlenme yaşı kadınlar için ortalama 21,6'dır [63]. 15-19 yaş grubunda olan annelerin (çocuk anneler) az olması sevindiricidir. Annelerin %67,8'inin okuryazar değil, %3,3'ünün ilkokul mezunu, %5,6'sının ortaokul mezunu, %6,6'sının lise mezunu ve %16,8'inin yüksekokul-üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Afganistan'da 15 yaş ve üzeri kadınların ancak %19,9'u okuryazardır [63]. Bu yüzde çok düşük olup etkisi genel sağlık ve çocuk sağlığı üzerine ağır olmuştur ve olmaktadır. Bu araştırmamızda annelerin %67,8'inin okuryazar olmaması öğrenim düzeyinin Afganistan geneline göre yüksek olsa da annelerin ve genelde kadınların okuryazarlık oranının çok düşük olduğunu göstermektedir. Annelerin %73,4'ü para getiren bir işte çalışmıyor iken %26,7'si para getiren bir işte çalışmaktadır. Annenin para getiren işte çalışmasının çocuk sağlığı üzerine olumlu etkisi olduğu çalışmalarla bilinmektedir. Afganistan Merkez İstatistik Kurumu verilerine göre Afganistan'da genel nüfusa oranla

kadınların %18'i para getiren işte çalışmaktadır [63]. Çalışmamızda bu yüzdenin daha yüksek olması araştırma bölgesinin daha kentsel bölge olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Babaların %0,7'sinin 16-20 yaş grubunda, %9,2'sinin 21-25 yaş grubunda, %50,3'ünün 26-35 yaş grubunda ve %39,8'inin 36 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Afganistan'da ilk evlenme yaşı erkekler için 24,4'tür [63]. Babaların %50'sinin okuryazar değil, %6,6'sının ilkokul mezunu, %3'ünün ortaokul mezunu, %17,1'inin lise mezunu ve %23,4'ünün yüksekokul-üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Afganistan'da 15 yaş ve üzeri erkeklerin %49,4'ü okuryazardır [63]. Araştırmamızda babaların %50'sinin okuryazar olmaması; erkeklerin eğitim düzeyinin çok düşük ve ülke geneli ile benzer olduğunu göstermektedir. Bu durum da sosyal ve ekonomik açıdan çocuk sağlığı üzerine olumsuz etki etmektedir. Genellikle evin reisi durumundaki babalar çocuklarına sağlıklı yaşam ortamı oluşturamamakta, yeterli beslenme olanakları sunamamakta ve gerekli sağlık harcamaları yapamamaktadır. Babaların %7,9'u para getiren bir işte çalışmıyor iken %92,1'i para getiren bir işte çalışmaktadır. Çalışmayan babaların %7,9 olması Afganistan ve Şibirgan gerçeklerine göre çok düşük bir yüzdedir. Bu durum para kazanmakla birlikte düzenli bir işte çalışmamaları nedeniyle olabilir. Afganistan Merkez İstatistik Kurumu verilerine göre Afganistan'da genel nüfusa oranla erkeklerin %67'si, kadınların %18'i olmak üzere ortalama %43'ü para getiren işte çalışmaktadır.

Çocukların %52,3'ünün 150\$ ve altı ve %47,7'sinin 150\$ üzeri aylık hane halkı toplam geliri olduğu saptanmıştır. Yoksulluğun hayatın her alanında önemli etkisi olduğu gibi çocuk sağlığı üzerine de son derece ağır etkisi olduğu bilinmektedir. Afganistan'da aylık ortalama hane halkı geliri 165 Amerikan dolarıdır [63]. Bu da normal bir aile için çok az bir miktardır. Afganistan'da genel hayat ve sağlık hizmetleri Türkiye'ye göre daha ucuz olsa da gelir düzeyi çok düşük olduğu için karşılama gücü zayıftır. Araştırmamızda ailelerin %52'sinin 150 dolardan daha az geliri olması yaygın ekonomik yetmezliği göstermektedir. Çocukların %1,6'sının 3 kişi, %8,2'sinin 4 kişi, %12,2'sinin 5 kişi, %10,2'sinin 6 kişi, %15,1'inin 7 kişi, %15,5'inin 8 kişi, %7,9'unun 9 kişi ve %29,3'ünün 10 ve üzeri kişi hanede yaşayan toplam kişi sayısı olduğu saptanmıştır. Afganistan ortalama hane halkı sayısı 7,7 kişidir [63]. Araştırmada hanelerin yaklaşık %53'ünde 8 ve üzeri kişi yaşamaktadır. Bu da bir kaç ailenin aynı evde yaşadığını göstermektedir.

Çocukların yaşadığı evlerin %8,6'sında bir oda, %37,8'inde iki oda, %19,7'sinde üç oda, %17,4'ünde dört oda ve %16,4'ünde 5 oda bulunmaktadır. Gaziantep'te yapılan

beş yaş altı çocuklarda ASYE sıklığı ve oturulan konutun koşulları ile ilişkisi konulu bir araştırmada katılımcıların %7,1'inde bir oda, %54,2'sinde iki oda ve %38,6'sında üç ve daha fazla oda olduğu saptanmıştır [68]. Evlerin %85,2'sinde sigara içilmiyor iken %13,2'sinde sigara içilmektedir. Afganistan'da sigara kullanımı Türkiye kadar yaygın değildir. Fakat kullananlar kapalı ve açık ortama çok dikkat etmeden kullanmaktadırlar. Çünkü hem sigarayı açık ortamda içme kültürü çok gelişmemiş hem de kapalı ortamda içmenin herhangi bir cezai yaptırımı yoktur. Evlerin %55,9'unda hiçbir hayvan yaşamıyor iken geri kalanında evcil hayvan yaşamaktadır. Afganistan genelinde ve araştırma bölgesinin tamamında evler apartman dairesi şeklinde değil de bahçeli evler şeklindedir. Bu evlerin avlusunda genelde tavuk, köpek, koyun, inek vb hayvanlar beslenir. Avluda gezen çocuklar ve aile bireylerinin bu hayvanlarla direkt temasta olma olasılığı çok fazladır. Araştırmamızda evlerin %44'ünde hayvan yaşaması Türkiye'de yapılan araştırmaların çok üstündedir. Evlerin %81,9'u rutubetli olmadığı ve %8,6'sının rutubetli olduğu anlaşılmıştır. Evlerin havalandırma sıklığının %92,4'nün her gün olduğu geri kalanının daha az olduğu belirlenmiştir. Gaziantep'te yapılan beş yaş altı çocuklarda ASYE sıklığı ve oturulan konutun koşulları ile ilişkisi konulu araştırmada katılımcıların %98,1'i evlerini her gün havalandırdıklarını ve %1,9'u hiç havalandırmadıklarını ifade etmişlerdir [68]. Araştırmaya katılanların %1,9'u gıdayı hayvanlarından, %4,2'si tarlalarından ve %97,6'sı pazardan elde ettikleri saptanmıştır. Hayvanları ve tarlalarından elde edilen gıdanın kontamine olma olasılığı yüksek olduğu için bu bilgi sorulmuştur. Katılanların %45,4'ünün gıdayı buzdolabında ve %54,6'sı buzdolabı dışında sakladıkları anlaşılmıştır. Yine toplumun sosyokültürel ve sosyoekonomik yapısına bağlı olarak gıdayı sepetin altı, kova ve leğen gibi sağlıklı olmayan koşullarda saklama şekilleri vardır. Katılanların %54,6'sının gıdayı bu yöntemlerle saklaması gıdanın kontamine olma riskini kat kat arttırmaktadır. Günümüzde Afganistan'da gıda güvensizliği %45'lere kadar çıkmış durumdadır [63]. Türkiye'de yapılan araştırmalar gıdanın genelde buzdolabında saklandığını göstermiştir. Araştırma bölgesinde ev ısıtma şekli genelde odun ve kömür sobası şeklinde duman çıkaran sistemdir. Tuvalet koşuluna bakıldığında %10,1'nin ev içinde sağlıklı, %48,3'nün ev dışında sağlıklı, %18,8'inin ev içinde sağlıklı ve %23,4'ünün ev dışında sağlıklı olduğu saptanmıştır. Yine Afganistan genelinde ve araştırma bölgesinde kanalizasyon sistemi olmadığı için tuvaletler genelde müstakil avlunun bir köşesinde foseptik şeklindedir. Bu da özellikle sıcak mevsimde çok sağlıklı olmamaktadır. Araştırmamızda da sağlıklı olan tuvaletin oranı oldukça yüksektir.

Katılımcı annelerin %62,5'i günde birden fazla, %12,2'si günde bir, %16,4'ü haftada bir, %8,9'u haftada birden az sabun kullandığını belirtmiştir. Afganistan'da sabun kullanma alışkanlığına dair veriye ulaşılamamıştır. Fakat sosyokültürel açıdan bu alışkanlığın çok az olduğu tahmin edilmektedir. Halbuki sabun kullanma hijyen ve kişisel temizliğin olmazsa olmaz ögesidir. Çalışmamızda annelerin yaklaşık %24,5'i haftada bir ve daha az kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların %68,3'ü çocuklarının altını su ve sabun ile temizlerken %14,4'ü sadece su, %1,6'sı ıslak mendil, %19'u da tuvalet kağıdı veya bez kullandıklarını belirtmiştir. Çocuk altını temizlemek için tamamen su ve sabun kullanılması gerekirken katılımcıların yaklaşık %32'si su ve sabun kullanmamaktadır. Çocukların banyo sıklığına gelince %67,4'ü her gün, %15,8'i haftada iki kez, %16,1'i haftada bir kez ve %0,7'si iki haftada bir kez banyo yaptığı belirtilmiştir. Annelerin %89,5'i çocukların tırnaklarını uzadığında keserken %10,5'i çok fazla uzadığında kestiklerini ifade etmişlerdir. Çocuk elbiselerini %75'i kirlendiğinde ve %25'i çok fazla kirlendiğinde değiştirdiklerini belirtmişlerdir. Çocukların uygun aralıklarla banyo yaptırılması, tırnaklarının kesilmesi ve elbiselerinin değiştirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda bu aralıkların uygun olmadığı anlaşılmaktadır.

Katılımcıların %64,8'inin kuyu suyu, %33,2'sinin ev içi çeşme suyu (şebeke suyu), %0,9'unun üstü kapalı sağlıklı su, %1,6'sının ırmak suyu ve %0,9'unun havuz suyu kullandığı saptanmıştır. Irmak ve havuz suyu temiz olmayan su kaynaklarıdır. Gaziantep'te yapılan araştırmada katılımcıların %95,6'sının şebeke suyu, %2,3'ünün kuyu suyu ve %2,1'inin üstü kapalı sağlıklı su kullandığı tespit edilmiştir. Bu da sağlıklı suya nerede ise %100 erişimi göstermektedir [68]. Fakat bizim araştırmamızda temiz su kaynaklarının kullanım sıklığı yüksek bulundu ise de normalde Afganistan genelinde bu sıklıklar çok düşüktür. Afganistan genelinde sağlıklı suya erişimin ancak %62 olduğu bildirilmiştir [63]. İçme suyunu saklama şekli dağılımına bakıldığında %26,3'ü varil, %43,4'ü bidon, %30,5'i üstü kapalı kap, %7,5'i kova, %2,6'sı üstü açık kap kullandıklarını belirtmiştir. Kova ve üstü açık kap sağlıksız saklama şekli olarak kabul edilmektedir. Bu sıklıklar içme suyunun %10'un üstünde sağlıksız bir şekilde saklandığını göstermektedir. Aslında Afganistan genelinde bu sıklık daha da yüksek seyretmektedir. Yine Afganistan'da sanitasyona ulaşım ancak %53'tür [63]. Katılımcıların %59,9'u içme suyunu dezenfekte etmezken %40,1'i kaynatma ve %0,6'sı klorlama şeklinde dezenfekte etmektedirler. Afganistan genelinde dezenfekte etme sıklığı daha da düşüktür. Vardak ilinde 2006 yılında yapılan araştırma, Afganistan'da çok az ailenin kullanım suyu arıtma işlemini uyguladıklarını ortaya koymuştur. Ailelerin yüzde 9,4'ü araştırmadan önceki iki hafta içinde suya dezenfekte

işlemi yaptıklarını belirtmişlerdir. Suyu kaynatmanın en yaygın uygulama (%6,9) olduğu anlaşılmıştır. Klorlama dahil olmak üzere diğer yöntemlerin kullanılması %1 ile %0.1 arasında değişmektedir [30]. Su arıtmanın önemi ve yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliği, klorlama sonrası suyun tadının ve kokusunun değişmesi ve yoksul aile ekonomisi kullanım suyu dezenfeksiyon uygulamalarını engelleyen başlıca nedenlerdir.

Çocukların %9,2'si iki yaşına kadar emzirilmemiş iken %90,8'i, iki yaşına kadar emzirilmiştir. Çocukların %72'sinde altı aylıkken ek gıdaya başlandığı, %28'inde altı aydan büyük yaşta başlandığı anlaşılmıştır. Yine katılan çocukların %37,5'i yetersiz besleniyor iken %62,5'inin yeterli beslenmekte olduğu saptanmıştır. Katılımcı çocukların %9,2'sinin iki yaşına kadar anne sütü almamış olması çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen bir faktördür. Afganistan'da toplumun %51'i yeterli gıda tüketim çizgisinin altındadır. Afganların %30'u yeterli protein alamamaktadır. Yeterli protein ve kalori alamama, özellikle yaklaşık 1,4 milyon beş yaş altı çocuğu etkilemekte ve malnütrisyonu karşı savunmasız bırakmaktadır [13]. Çalışmamızda yeterli beslenenlerin daha yüksek çıkması bölgenin daha kentsel olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çocukların %4,9'una Afganistan aşı programına göre bütün aşılar yapılmamış iken %93,8'ine bütün aşılar yapılmıştır. Afganistan'da devletin üzerinde çok iyi durduğu konu çocukların aşılansıdır. Uluslararası kuruluşların desteği ile bu konuda önemli başarı elde edilmiştir. Akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishal ile ilgili devlet hizmetleri dağılımına bakıldığında %42,4 kötü hastane hizmetleri, %35,8 orta derecede hastane hizmetleri, %20,3 iyi hastane hizmetleri ve %98,3 aşılama hizmetleri olduğu; bilgilendirme kampanyaları (sağlık eğitimi) ve çevre sağlığı hizmetlerinin ise çok az olduğu saptanmıştır. Akut solunum yolu enfeksiyonları, ishal ve genel sağlık ile ilgili devlet hizmetleri Afganistan genelinde yetersizdir. Toplumun %82,4'ü en az iki saatte ulaşılabilir hastane imkanına sahiptir. Çevre sağlığı hizmetleri, bilgilendirme programları yok denecek derecede azdır [63].

5.2. Ebeveyn Yaklaşımları İle İlgili Bulguların Tartışması

Çocuğu ASYE ve ishalden koruma, hasta çocuğa doğru yaklaşım ve tedavi şüphesiz en başta ebeveynin bu konudaki bilgisine bağlıdır. Bu da toplumun gelişmişliğine bağlı olarak ailelerin eğitim düzeyine göre şekillenmektedir. Araştırmaya katılan annelerin bilgi, düşünce, tutum ve davranışları ile ilgili sorulan seçenekli sorulara bir veya birkaç seçeneği

seçerek verdikleri yanıtlara göre “bilgisiz”, “az bilgili” ve “bilgili” olarak gruplamalar yapılarak değerlendirilmiştir.

Sizce çocuğunuzun hastalanma sebebi ne olabilir? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %12,2’si bilgisiz, %57,9’u az bilgili ve %29,9’u bilgili olarak belirlenmiştir. Afganistan’da yapılan “Afgan göçebelerin ishal ile ilgili algıları” başlıklı bir araştırmada bu sorunun yanıtı olarak; katılımcıların çoğunun sıcak veya soğuk hava, rüzgar, yalınayak gezme, ıslak zemin, üzüntü, nazar, sinekler ve yorgunluk gibi tıbbi literatürle tam uyuşmayan nedenler olduğuna inandıkları saptanmıştır [66]. Çanakkale’de 2012 yılında annelerin ASYE ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren bir araştırmada annelerin “ASYE sebebi nedir?” sorusuna verdikleri en sık yanıtlar %59,8 mikroplar, %24,5 vücut direncinin düşmesi, %24,5 hava sıcaklığının düşmesi ve %20,4 soğuk gıdaların tüketilmesi olmuştur [69].

ASYE veya ishali olan çocuğu kaç gün sonra doktora götürürsünüz? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %38,8’i zamanında götürüyor, %61,2’si geç götürüyor olarak kabul edilmiştir. Kayseri’de 1992 yılında 0-4 yaş çocuklarda ASYE sıklığı ve etkileyen faktörleri üzerine yapılan bir çalışmada annelerin %70,2’sinin ASYE olan çocuklarını doktora göturdükleri saptanmıştır. Benzer bir araştırmada Antalya’da iki yerleşim yerinde ASYE belirtisi olan çocukların %34,2 ve %22,6’sının hiç doktora götürülmediği saptanmıştır. Nitekim, Akın tarafından yapılan araştırmada sağlık kuruluşlarına götürülen ASYE’li çocuklarda ölüm hızı %1,3 iken, hiçbir yere başvurmayanlarda bu hız %4,3’e yükseldiği tespit edilmiştir [70]. Türk’ün Kayseri’de 0-5 yaşında ishal çocuğu olan annelerin ishal konusundaki bilgi, tutum ve davranışları çalışmasında çocukları ishal olduğunda evde herhangi bir uygulama yapmadan hemen acil servise götüren anne hızı %44,7 olarak bulunmuştur [67].

ASYE ve ishal bulaşıcı mıdır? Sorusuna %32,9’u hayır cevabı verirken %67,1’i evet cevabı vermiştir. Türk’ün çalışmasında annelerin %48,7’si ishalin bulaşıcı olduğunu, %43,9’u ishalin bulaşıcı olmadığını ve %7,4’ü bilmediklerini ifade etmiştir [67]. Sivas’ta 1989 yılında yapılan benzer bir diğer çalışmada annelerin %16,3’ü ishali hem hastalık hem de bulaşıcı olduğunu ifade etmişlerdir. %83,7’si ise ishalin hastalık olduğunu belirtirken, bulaşıcı olmadığını söylemiştir [71]. Yine çocuğunuz ASYE veya ishal olunca başkalarına bulaşmaması için neler yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %27’si bilgisiz, %7,2’si az bilgili ve %65,8’i bilgili olarak saptanmıştır. Bu iki soruya ilişkin Afganistan’da yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çocuğunuzu besleme ve emzirmenin faydaları nelerdir? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %32,2'si bilgisiz, %50,3'ü az bilgili ve %17,4'ü bilgili olarak saptanmıştır. Afganistan'da 2006 yılında yapılan bir ankete göre 0-5 aylık bebeklerin %83'ü 24 saat içinde sadece emzirilirken 6-9 aylık bebeklerin %28,4'ü tamamlayıcı besin almışlardır [41]. Afganistan'da yapılan Çoklu Göstergeli Küme Araştırması 2003 (MICS), hemen hemen tüm çocukların doğumdan sonra emzirilmeye başladığını; %90'ı on iki aya kadar, %55'i iki yıla kadar emzirilmeye devam edildiğini göstermiştir [29].

Hasta çocuğunuzu nasıl beslersiniz? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %6,9'u bilgisiz, %65,1'i az bilgili ve %28'i bilgili olarak belirlenmiştir. "Afgan göçebelerin ishal ile ilgili algıları" araştırmasında bu soru sorgulandığında; hem çocuğa hem de anneye yağ, et ve süt gibi temel gıdaların yasaklanması ya da yiyeceklerin çay ve ekmekle kısıtlanması göçebelerin ortak müdahaleleri olarak saptanmıştır. Genel olarak herhangi bir gıda çeşidi vermenin özellikle de yağ ve et gibi bazıları ishali şiddetlendirdiğini ifade etmişlerdir [66]. Yorulmaz'ın yapmış olduğu çalışmada vakaların %22'si ishal dönemi süresince uygun miktarda katı ve sıvı gıda veya ağızdan herhangi bir sıvı tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, emzirilirken ishal olduğu için anne sütü verilmeyen çocukların hızı %26,9 olarak belirlenmiştir [67]. Bu bulgular hasta çocuğu besleme konusunda yanlış uygulamaların oldukça yaygın olduğunu göstermiştir.

ASYE'li çocuğa ne yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %25,3'ü bilgisiz, %53,9'u az bilgili ve %20,7'si bilgili olarak saptanmıştır. Çanakkale'de 2012 yılında annelerin ASYE ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren bir çalışmada annelerin ASYE tedavisinde %28,6'sının antibiyotik, %27,8'inin ateş düşürücü ve %16,3'ünün öksürük şurubu kullandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada annelerin %23'ü ASYE geçiren çocuğuna doktorun antibiyotik reçete etmemesi durumunda tedavisinin yetersiz düzenlendiğine inandıklarını belirtmiştir [69]. Bu konuda Afganistan'da yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çocuğunuz ishal olduğunda ne yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %15,1'i bilgisiz, %52,3'ü az bilgili ve %32,6'sı bilgili olarak belirlenmiştir. "Afgan göçebelerin ishal ile ilgili algıları" araştırmasında; bağırsak temizleyici olarak laksatifler ve furazolidon, metronidazol, tetrasiklin gibi ishal önleyici ilaçların irrasyonel kullanımı, ORS'in çok az bilindiği saptanmıştır. Bir yandan ilaçların ishale etkili olduğuna inanmaları diğer yandan da eczanelerde antibiyotik satışına herhangi bir engel olmamasının bu tutuma sebep olduğuna inanılmaktadır [66]. Kabil'de Aralık 2007'de yapılan üç yüksek riskli yerleşim yerinde evde ishal tedavisi ile ilgili ortak uygulamalar

(Küçük Ölçekli Anket) çalışmasında katılımcıların %47'sinin evde ishal tedavisi ile ilgili en az iki önemli girişimi bildikleri anlaşılmıştır. Küçük Ölçekli Anket sırasında, istenmeyen ve yanlış bir uygulama olan ishal tedavisi için ilaçlar, çoğunlukla antibiyotiklerin (reçetesiz) kullanımı, katılan ebeveynlerin %33'ü tarafından bildirilmiştir. İshal atağı sırasında gıdanın kesilmesi birkaç anne (%3) tarafından ifade edilmiştir. Aynı araştırmada, katılımcıların %7'si basit ishal vakalarını evde tedavi ettiklerini bildirirken %48'i sağlık kuruluşlarından ve aynı sıklıkta da özel muayenelerden tıbbi destek aldıklarını belirtmiştir. Görüşülen kişilerin %33'ü sağlık kuruluşlarına sevk edilecek ishal durumunu gösterir belirtilerin en az üçünü ve %22'si en az ikisini bilirken %47'si hiçbir belirtiyi söyleyememiştir [45]. Bizim araştırmamızda da annelerin yaklaşık %17'si "eczaneden ilaç alırım" demiştir. Diyare sağaltımında ideal olan önlemektir. Bu; yeterli hijyen, uygun aşılama ve anne sütünün özendirilmesiyle sağlanabilir. Diyare oluştuğunda ise hızlı rehidratasyon ve uygun beslenmenin sürdürülmesi sağaltımın ana odağıdır. Çocukluk çağı diyarelerinde etiyoloji ne olursa olsun antidiyareik preparatların kullanım endikasyonu yoktur [65].

İshalli çocuğa su verilir mi? Sorusuna annelerin %0,7'si hayır cevabı verirken %99,3'ü evet cevabı vermiştir. Sezgin'in Sivas'ta 1989 yılında 0-4 yaşlarında çocuğu olan annelerin ishale ilişkin bilgi, tutum ve geleneksel uygulamaları çalışmasında annelerin hemen hepsi ishalli çocuğa su verilmesi gerektiğini bilmekte olup ancak neden su verildiğini bilenler %20,6 ile "su kaybettiği için" yanıtını vermiştir. Benzer bir çalışmada "ishalli çocuğa bol su ve sulu gıdalar verilmesi gerekir." diyenlerin sıklığı %79,5 olarak bulunmuştur [71]. Afganistan'da 2003'te yapılan Çoklu Göstergeli Küme Araştırmasında ishal vakalarının %30,8'inde çocuklara ORS/ev yapımı sıvılar verilmediği ve %54,2'sinde hasta çocuklara ek veya eski miktarda katı gıdalar verilmediği saptanmıştır [29]. ACF (Action Contre la Faim, STK) tarafından yapılan bir ankette, Kabil'de klorlama ve hijyen eğitimi kampanyası sonrasında bile kadınların önemli bir kısmının (%43) ishali olan çocuğu herhangi bir sıvı ile beslememenin daha iyi olduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur. Küçük Ölçekli Anket çalışmasında annelerin %50'sinin ishal çocuğu ORS ve ev yapımı sıvılar ile beslediğini ve bunlardan %53'ünün ORS solüsyonu hazırlamasını bildiklerini ortaya koymuştur [45]. Çalışmamızda ORS kullanımı ile ilgili net bilgiler elde edilememiştir.

Hasta çocuğunuzu tedavi etmek için ne gibi geleneksel yöntemlere başvurursunuz? Sorusuna katılımcıların %61,8'i geleneksel yöntemlere başvurmam derken %38,2'si bir veya birkaç yönteme başvurduğunu ifade etmiştir. Çanakkale'de annelerin ASYE ile ilgili

bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren araştırmada annelerin ASYE belirtileri gösteren çocuklar için kullandıkları geleneksel yöntemler sorulduğunda %42,6'sı herhangi bir yöntem kullanmadığını söylemiştir [69]. Türkiye’de ishal sağaltımı için yoğurtlu yiyecekler, patates ve pirinç lapası kullanımı olumlu geleneksel uygulamalardır [71].

Sizce ASYE ve ishal ne kadar önemlidir? Sorusuna %94,1’i “çok önemlidir çocuğu öldürebilir” cevabı verirken %5,9’u “önemlidir fakat çocuğu öldürmez” cevabını vermiştir. Türk’ün çalışmasında çocukların annelerinin %78,7’si ishalin ölüme neden olduğunu düşünürken, annelerin %13,9’u ishalin ölüme neden olmadığını söylemiştir [67].

ASYE ve ishalden çocuklarınızı korumak için neler yaparsınız? Sorusuna verilen yanıtlara göre annelerin %7,9’u bilgisiz, %37,2’si az bilgili ve %54,9’u bilgili olarak saptanmıştır. “Afgan göçebelerin ishal ile ilgili algıları” araştırmasında; ucuz ve uygulaması kolay olan yemekten önce ve tuvaletten sonra el yıkama gibi ishal ataklarını önleyebilen basit müdahalenin bile çok az olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamızda da bu soruya cevap olarak öncelikli bir davranış olan “temizliğe dikkat ederim” seçeneğini annelerin %22’si seçmemiştir [66].

5.3. Sıklık İle İlgili Bulguların Tartışması

Bu araştırmada AÜSYE görülme sıklığı yaz döneminde %25,3 ve kış döneminde %54,9 olarak saptanmıştır. AASYE görülme sıklığı yaz döneminde %1 ve kış döneminde %5,7 olarak bulunmuştur. Buna göre ASYE (AÜSYE ve AASYE toplamı) görülme sıklığı yaz döneminde %26,3 ve kış döneminde %60,6 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklarda her iki dönemde (yaz ve kış dönemleri) ağır pnömoni saptanmamıştır.

Kayseri’de 1992 yılında 0-4 yaş grubu çocuklarda ASYE görülme sıklığı ve etkileyen faktörler üzerine yapılan bir araştırmada; bizim araştırmamıza benzer bir şekilde Ağustos, Kasım, Şubat ve Mayıs ayları olmak üzere dört mevsimde çocuklar izlenmiş ve şu sıklıklar saptanmıştır. AÜSYE görülme sıklığı Ağustos’ta %26,4, Kasım’da %45,6, Şubat’ta %56,7 ve Mayıs’ta %29,3 olduğu tespit edilmiştir. AASYE görülme sıklığı Ağustos’ta %1,2, Kasım’da %3,4, Şubat’ta %8,4 ve Mayıs’ta %1,7 olduğu tespit edilmiştir [70]. Görüldüğü üzere bu sıklıklar bizim araştırmamıza çok yakın sonuçlardır. Kış döneminde hızların yüksek olması bu mevsimde ASYE predispozan faktörlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. 1993 yılında verilen TNSA verilerine göre beş yaş altı çocuklarda son iki hafta içinde AASYE görülme sıklığı %12 olarak bulunmuş olup, bunların ancak %37’sinin tedavi için sağlık kuruluşlarına götürüldüğü saptanmıştır [54].

Eskişehir Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1989'da başvuran 0-5 yaş arası çocuklarda solunum yolu enfeksiyonu olgularının değerlendirilmesi konulu bir araştırmada son iki hafta içinde ASYE olma sıklığı %53,6 olarak bulunmuştur [72]. Gelişmekte olan ülkelerde kentsel alanda bir çocuk ortalama yılda 5-8 kez, 7-9 gün süre ile ASYE'ye yakalanmaktadır. Kırsal alanda görülen vaka sayısı daha az bildirilmektedir [22]. Antalya'da 1997'de yapılan bebeklik döneminde alt solunum yolu enfeksiyonu sıklığı ve etkileyen faktörler çalışmasında bebeklerde AASYE insidansı 1,80 epizod/bebek yıl olarak saptanmıştır [62]. Küresel olarak, yaklaşık 4,2 milyon AASYE ölümlerinin tüm yaşlarda meydana geldiği; bunların 1,8 milyonunun 1-59 aylık çocuklar arasında gerçekleştiği tahmin edilmektedir [64]. Gaziantep'te 2000 yılında beş yaş altı çocuklarda ASYE'nin sıklığı ve oturulan konutun koşulları ile ilişkisini araştıran çalışmada olgu-ay insidans hızı %42,93, kişi-ay insidans hızı %37,08 olarak bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda bu hız %30-%80 arasında değişebilmektedir. Fagbule ve arkadaşları Nijerya'da ASYE epizod hızını %36, Lopez ve arkadaşları Şili'de ASYE olgu-ay insidans hızını %67, Lye ve arkadaşları Malezya'da ASYE prevalans hızını %31, Günay ve arkadaşları Kayseri'de ASYE prevalans hızını %49,3, Kolsteren ve arkadaşları Endonezya'da %47 olarak bulmuşlardır [68]. Pakistan'da 2006 yılında yapılan bir çalışmada 2 ay-6 yaş arası çocuklarda tahmini ASYE insidansının %44 olduğu bildirilmiştir [69].

Çalışmamızda ishal görülme sıklığı yaz döneminde %17,8 ve kış döneminde %3 olarak saptanmıştır. Persistan ishal görülme sıklığı yaz döneminde %2,6 olarak saptanmış, kış döneminde saptanmamıştır. Buna göre tüm ishallerin (persistan ishal dahil) görülme sıklığı yaz döneminde %20,4 ve kış döneminde %3 olarak tespit edilmiştir. Yaz dönemi hafif dehidratasyon dışında (%1,3) her iki dönemde hafif, orta ve ağır dehidratasyon saptanmamıştır.

Sivas'ta 1989 yılında 0-4 yaşlarında çocuğu olan annelerin ishale ilişkin bilgi, tutum ve geleneksel uygulamaları üzerine 1-31 Temmuz tarihlerinde yapılan araştırmada, 0-12 aylık çocukların %38,1'i ve 1-4 yaş çocukların %13,2'si ishali olarak saptanmıştır [71]. Bizim çalışmamızın sonucu bu sıklığa çok yakın olması çalışma bölgemizin koşulları Türkiye Sivas ilinin 1989 yılında olan koşullarına benzediğini ortaya koymaktadır. 1989'da Eskişehir Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 0-5 yaş arası çocuklarda ishal ve solunum yolu enfeksiyonu olgularının değerlendirilmesi konulu bir araştırmada son iki hafta içinde ishal olma sıklığı %21,1 olarak bulunmuştur [72]. Afganistan'da 1997 yılında yapılan Çoklu Gösterge Küme

Anketi (MICS) 6-35 aylık çocuklar arasında ishal prevalansını %20 olarak bulmuştur. 2000 ve 2003 yıllarında yapılan aynı anketler beş yaş altı çocuklarda ishal prevalansını sırasıyla %50 ve %30 olduğunu göstermiştir [29]. Diğer çalışmalar, beş yaş altı çocuklarda ishal sıklığının %20 ile %50 arasında seyrettiğini ortaya koymuştur [31]. HMIS verileri bütün yaş grupları arasında BHC ve CHC'lerde rapor edilen tüm hastalık vakaları arasında 0-59 aylık çocuklarda ishalin vaka hızının yüksek olduğu sezonunda %38 ve düşük olduğu sezonunda %12 olduğunu ortaya koymuştur. Gelişmekte olan ülkelerde hayatının ilk iki yılında hemen her çocuk yılda ortalama 3-4 kez ishal olmakta, bazı bölgelerde bu hız daha da artmaktadır [22]. Gelişmemiş ülkelerde üç yaş altı çocuklarda yılda ortalama 2-6 ishal epizodu görülmekte ve bu ülkelerde her yıl okul öncesi dönemde dört milyon çocuk ishalden yaşamını yitirmektedir [65].

5.4. Etkileyen Faktörler ile İlgili Bulguların Tartışması

5.4.1. Akut solunum yolu enfeksiyonları etkileyen faktörleri ile ilgili bulguların tartışması

Çapraz tablolarda (Ki Kare testleri) çocuklar ve ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri, ev koşulları, sanitasyon, hijyen, beslenme özellikleri, aşılanma durumu, annelerin ASYE ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına göre çocuklarda ASYE olma durumu değerlendirilerek ASYE etkileyen faktörleri tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çocuğun içinde bulunduğu yaşı ASYE üzerine etkisi değişik çalışmalarla tespit edilmiştir. Yaş büyüdükçe ASYE olma riskinin azaldığı bilinmektedir. Pnömoni ölümlerinin yaklaşık %75'i bir yaşı altında bebekler arasında görülür [18]. Bazı kaynaklara göre anne sütünün koruyucu etkisine bağlı olarak yaşamın ilk altı ayında AASYE'nin daha seyrek olduğu ortaya koyulmuştur. Bizim bulgularımız da bu durumları doğrular niteliktedir. Bulgularımıza göre yaz döneminde AÜSYE olanların yaş ortalaması $1,94 \pm 1,50$ iken olmayanların yaş ortalaması $2,69 \pm 1,68$ ($p=0,000$) olarak saptanmıştır. Kış döneminde bu ortalamalar sırasıyla $2,39 \pm 1,62$ ve $2,66 \pm 1,72$ ($p=0,194$) olarak bulunmuştur. Yine kış döneminde AASYE (pnömoni) olanların yaş ortalaması $1,33 \pm 1,35$ ve olmayanların yaş ortalaması $2,58 \pm 1,66$ ($p=0,005$) olarak saptanmıştır. Yaz döneminde AÜSYE olanların ve kış döneminde AASYE olanların yaşı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Kış döneminde AÜSYE vaka sayısı en yüksek olduğu için yaş durumu çok etkilenmemiştir. Yani kış döneminde AÜSYE olma açısından yaşlar arasında anlamlı fark

yoktur. Bulgularımıza paralel birçok çalışma vardır. Öztürk'ün 1992 yılında Kayseri'de yaptığı bir çalışmada 0-12 aylık bebeklerde %42, 13-24 aylık çocuklarda %46,9, 25-36 aylık çocuklarda %60 ve 37-48 aylık çocuklarda %31,8 sıklıkta ASYE saptamıştır. Antalya'da yapılan benzer bir çalışmada ASYE prevalansının 37-48 aylık çocuklarda en düşük, 0-12 aylık bebeklerde en yüksek olduğu saptanmıştır. Akın ise Çankırı'daki çalışmasında pnömoniye 0-11 aylık grupta %16,1 ve 1-4 yaş grupta %8,1 olarak bulmuştur [70]. Özçırpıcı'nın 2000'de, Gaziantep'te yaptığı bir araştırmaya göre en yüksek ASYE atak ortalaması 6-11 aylık bebeklerde görülürken ($6,55 \pm 0,41$), en düşük atak ortalaması 0-5 aylık bebeklerde görülmüştür ($4,87 \pm 0,42$) ($p=0,04$). Bashour ve arkadaşları Suriye'de yaptıkları bir çalışmada ASYE'nin en sık 6-11 aylık bebeklerde görüldüğünü ve yaştan artması ile birlikte ASYE atağı ortalamalarının düştüğünü tespit etmişlerdir [68].

ASYE olgularının kentsel bölgelerde daha sık olduğu bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kentsel alanda bir çocuk ortalama yılda 5-8 kez, 7-9 gün süre ile ASYE'ye yakalanmaktadır. Kırsal alanda görülen vaka sayısı daha azdır [13]. Bu da kentsel alanlarda kırsala göre hava kirliliğinin daha fazla olmasına bağlanmaktadır. Bizim bulgularımız bu durumun tersine daha kentsel bölgeler olan Kartedostum ve Yakabagh'da kış döneminde AÜSYE sıklığının daha düşük olduğunu göstermektedir. Kartedostum'da yaşayan çocukların %48,6'sında, Yakabagh'da yaşayanların %44,8'inde, Kokgunbad'ta yaşayanların %69,1'inde ve Babadihqan'da yaşayanların %59,7'sinde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Yerleşim birimine göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani Kokgunbad ve Babadihqan'da AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Kış döneminde AASYE için bu hızlar Kartedostum'da %7,1, Yakabagh'da %6, Kokgunbad'ta %5,5 ve Babadihqan'da %4,2 olarak bulunmuştur.

Birçok çalışmada erkek çocuklarda ASYE'nin daha sık görüldüğü ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı vurgulanmaktadır. Çalışmamızda erkek çocukların %26,7'sinde ve kız çocukların %23,8'inde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde erkek çocuklarda %55, kız çocuklarda %54,8'dir. Erkek çocukların %3,6'sında, kız çocukların %8,1'inde kış döneminde AASYE (pnömoni) saptanmıştır. Sıklıklar erkek çocuklarda biraz yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Erkek çocukların ev dışında daha fazla bulunup soğuk sıcak farklılıklarına daha çok maruz kalmaları buna sebep olabilir. Öztürk'ün çalışmasında dört kontrol sonucu erkek çocukların %82,4'ünün kız çocukların %68,8'inin bir ya da daha fazla kez ASYE geçirdikleri tespit edilmiştir [70].

Araştırmamızda kardeşi olmayan çocukların %35,3'ünde, bir kardeşi olanların %47,8'inde, iki kardeşi olanların %48,7'sinde, üç kardeşi olanların %60,6'sında, dört kardeşi olanların %72,2'sinde, beş ve daha fazla kardeşi olanların %58,6'sında kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Yaşayan kardeş sayısına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani yaşayan kardeş sayısı daha fazla olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Öztürk'ün çalışmasında ailenin tek çocuğu olanların %27,7'sinde hiç ASYE saptanmamışken, bu hız üç çocuklu ailelerde %14,7, dört ve üzeri çocuklu ailelerde ise %18,9'dur. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ailedeki çocuk sayısının fazla olması, onların bakımı ve tek tek ilgilenmeyi olumsuz yönde etkileyebilecek bir faktördür. Ayrıca ailelerde kalabalık yaşama da neden olur [70].

Annenin yaşı çocukların hastalanması ve ölümlerinde etkili olduğu bazı araştırmalarla ortaya koyulmuştur. Özellikle annelerin 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük olmasının çocuklar için riskli olduğu ve bu şekilde risk altında doğan bebeklerin de hastalıklara kolay yakalanıp, ölümlerinin de daha sık olduğu bildirilmektedir [70]. Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %57,1'inde, 20-24 arası olanların %27'sinde, 25-34 arası olanların %20,8'inde, 35 ve daha büyük olanların %29,7'sinde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için sırası ile %66,7, %44,9, %58 ve %60,7 olarak bulunmuştur. Yine annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %16,7'sinde, 20-24 arası olanların %5,1'inde, 25-34 arası olanların %4,2'sinde, 35 ve daha büyük olanların %8,2'sinde AASYE saptanmıştır. Görüldüğü gibi en yüksek hızlar 15-19 arası ve 35'ten büyük yaşlarda görülmüştür. Yani çocuğun ASYE olma açısından en riskli anne yaşı 19'dan küçük ve 35'ten büyük yaşlardır. Çalışmamızda anne yaşı ile ASYE görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış ise de, genel literatür bu sonucumuzu destekler niteliktedir.

Sağlık alanında yapılan pek çok araştırma; anne eğitim durumunun, genel sağlık sorunlarında olduğu kadar çocuk sağlığı konusunda da kadının bilgi, tutum ve davranışını etkileyen önemli bir faktör olduğunu kanıtlamaktadır [67]. Afganistan Sağlık Bakanlığı'na göre kadınlar arasında okuma yazma oranının düşük olması ASYE temel nedenlerinden biri olarak bilinmektedir [13]. Öğrenim düzeyi yüksek olan anne; çocuğunun bakımı için gerekli olan doğru bilgileri alabilme ve kullanabilme kapasite ve şansına sahip olduğu bellidir. Annenin öğrenim düzeyi düştükçe çocuklardaki hastalık ve ölümlerin arttığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir [70]. Çalışmamızda annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %21,6'sında, lise ve altı okul mezunu olanların %19,1'inde ve okuryazar

olmayanların %27,7'sinde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %38,8'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %27,3'ünde ve okuryazar olmayanların %66,7'sinde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Yine annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %6,1'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %13,6'sında ve okuryazar olmayanların %3,5'inde kış döneminde AASYE saptanmıştır. Annenin öğrenim durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE ve AASYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani vakaların en yüksek olduğu kış döneminde annesi okuryazar olmayan çocuklarda AÜSYE ve annesi lise ve altı okul mezunu olanlarda AASYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Bu sonuçlar da yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Türkiye'de 1997 yılında iki sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir araştırmada AASYE etkileyen faktörleri arasında en önemlisi annenin eğitimsiz olması olarak saptanmıştır [62]. Öztürk'ün 1992 yılında Kayseri'de yaptığı çalışmada annesi okuryazar olmayan çocukların %25'inde üç ya da daha fazla kez ASYE görülürken annesi okuryazar olan çocukların %9,5'inde görülmüştür. Yapılan bir çalışmada annenin ortalama olarak okula harcadığı fazladan her bir yılın, bebek ölüm oranında yaklaşık %0,9 oranında bir azalmayı da birlikte getirdiği bulunmuştur [70].

Annenin para getiren işte çalışmasının hem ekonomik açıdan çocuğun sağlığına olumlu etkisi olduğu hem de annenin bilinçli olmasına katkı sağlayacağı söylenebilir. Annesi para getiren işte çalışan çocukların %21'inde, çalışmayanların %26,9'unda yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde sırasıyla %42,6 ve %59,2 olarak saptanmıştır. Annenin para getiren işte çalışma durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesi para getiren işte çalışan çocuklarda AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Annesi para getiren işte çalışan çocukların %4,4'ünde, çalışmayanların %6,1'inde kış döneminde AASYE saptanmıştır. Görüldüğü gibi bulgularımız para getiren işte çalışan annelerin çocuklarında AÜSYE ve AASYE sıklığının daha düşük olduğunu göstermektedir. Buna göre annenin; çocuğun beslenmesi, sağlık harcamaları ve ailenin ekonomisine katkı sağlayarak sosyoekonomik düzeylerini yükselttiğini söyleyebiliriz.

Yukarıdaki bulgulara paralel olarak ev hanımı olup çalışmayan ve ekonomik katkısı olmayan annelerin çocuklarında ASYE daha sık görülmüştür. Annesi ev hanımı olan çocukların %28,1'inde, memur veya öğrenci olanların %10'unda ve işçi olanların %24,1'inde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Annesi ev hanımı olan çocukların %59,3'ünde, memur veya öğrenci olanların %25'inde ve işçi olanların %57,1'inde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Annenin mesleğine göre çocukta kış döneminde AÜSYE

olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesi memur veya öğrenci olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Annesi ev hanımı olan çocukların %5,4'ünde, memur veya öğrenci olanların %3,1'inde ve işçi olanların %10,7'sinde AASYE saptanmıştır. Özçırpıcı beş yaş altı çocuklarda yaptığı çalışmasında anne ev hanımı ise ASYE ortalaması $5,73\pm0,16$, anne çalışan kadın ise $3,71\pm0,33$ ve farkı çok anlamlı bulmuştur ($p=0,000$) [68].

Babasının yaşı 21-25 arası olan çocukların %34,8'inde, 26-35 arası olanların %52,6'sında, 36 ve daha büyük olanların %63,2'sinde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Babasının yaşı daha genç olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Babasının yaşı 16-20 arası olanların %50'sinde, yaşı 21-25 arası olan çocukların %17,4'ünde, 26-35 arası olanların %3,8'inde, 36 ve daha büyük olanların %4,7'sinde kış döneminde AASYE saptanmıştır. Babasının yaşı daha genç olan çocuklarda kış döneminde AASYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Babanın yaşına göre çocukta kış döneminde AÜSYE ve AASYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ise de bu farkın ilişkili olan başka faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü yaş büyüdükçe AÜSYE sıklığı artarken AASYE sıklığı azalmaktadır. Özçırpıcı'nın araştırmasında da anne veya baba yaşının ASYE ortalamaları üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Tezcan ve arkadaşları da ASYE ile anne veya baba yaşı arasında ilişki tespit edememişlerdir [68].

Çalışmamızda babanın eğitim düzeyi ASYE ortalamasını anlamlı şekilde etkilemektedir. Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %18,3'ünde, lise ve altı okul mezunu olanların %27,2'sinde ve okuryazar olmayanların %27,6'sında yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için sırasıyla %43,1, %45,9 ve %66,4 olarak bulunmuştur. Babanın öğrenim durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Babası okuryazar olmayan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %4,6'sında, lise ve altı okul mezunu olanların %10,8'inde ve okuryazar olmayanların %3,2'sinde AASYE saptanmıştır. Özçırpıcı'nın araştırmasında da babanın eğitim düzeyi ASYE ortalamasını anlamlı düzeyde etkilemektedir ($p=0,024$) [68]. Öztürk'ün çalışmasında babaları ilkokul mezunu olan çocuklarda iki veya daha fazla ASYE geçirme hızı %38,2 iken, ortaokul ve üzeri okul mezunu babaların çocuklarında bu hızın %24,3'e düşmesine rağmen, aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Metin tarafından Ankara'da yapılan

çalışmada da çocuklarda ASYE görülmesi ile baba eğitimi arasında bir ilişki bulunamamıştır [70].

Çalışmamızda babanın mesleği de ASYE ortalamasını etkilemektedir. Fakat bu etkileme anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$). Babaları işçi olan çocuklarda ASYE görülme sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir. İşçi babaların çocuklarındaki bu yükseklik meslek grubundan ziyade bu gruptaki babaların eğitim düzeylerinin daha düşük olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Babası esnaf olan çocukların %11,9'unda, memur veya öğrenci olanların %26'sında ve işçi olanların %28,4'ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için sırasıyla %44,7, %50 ve %61 olarak bulunmuştur. Yine babası esnaf olan çocukların %7,9'unda, memur veya öğrenci olanların %5,6'sında ve işçi olanların %5,1'inde AASYE saptanmıştır. Özçırpıcı'nın araştırmasında babanın mesleği ASYE ortalamalarını etkilemektedir ($p=0,03$). En düşük ASYE ortalaması babası memur ya da emekli olan çocuklarda tespit edilmiştir ($4,50\pm0,40$). Egemen ve arkadaşları ASYE ile babanın işi arasında fark tespit edememişlerdir [68].

Ailelerin ekonomik durumu birçok olayda olduğu gibi çocuk sağlığı üzerine de etkisi bilinmektedir. Düşük gelirli ailelerde çocukların mortalite ve morbiditesinin daha yüksek olduğu çalışmalarla ortaya konulmuştur. Çalışmamızda aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %24,1'inde ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %26,4'ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için %46,9 ve %62,5 olarak bulunmuştur. Aylık hane halkı toplam gelirin göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları ve altı olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Yıldız'ın Eskişehir'de 1989 yılında yaptığı çalışmada sosyoekonomik durumu kötü olan ailelerin çocuklarının ASYE'ye daha çok yakalandığı (%29,4), durumu çok iyi olan ailelerin çocuklarında ise bu hızın %11,3'e kadar düştüğü görülmüştür [72].

Çalışmamızda hanede yaşayan toplam kişi sayısı 3-5 kişi olan çocukların %25,4'ünde, 6-8 kişi olanların %28,2'sinde ve 9 ve üzeri kişi olanların %22,1'inde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için sırasıyla %52,9, %63,5 ve %45,9 olarak saptanmıştır. Hanede yaşayan toplam kişi sayısına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 6-8 kişi olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Klabalık ortam ASYE'nin bir risk faktörüdür [17]. AASYE

morbiditesini ve mortalitesini artıran risk faktörleri arasında kalabalık ortamlar ve düşük sosyoekonomik durumun olduğu bildirilmektedir [62].

Evdeki oda sayısının az olması kalabalığı artıran bir faktör olarak ASYE sıklığını artırmaktadır. Evdeki oda sayısı 5 olan çocukların %20'sinde, 4 olanların %22,6'sında, 3 olanların %25'inde, 2 olanların %27'sinde ve 1 olanların %34,6'sında yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için sırasıyla %50, %52,9, %42,9, %59,4 ve %77,3 olarak bulunmuştur. Evdeki oda sayısı 5 olan çocukların %4,3'ünde, 4 olanların %2'sinde, 3 olanların %4,1'inde, 2 olanların %9,4'unda ve 1 olanların %4,5'inde kış döneminde AASYE görülmüştür. Evdeki oda sayısına göre ASYE olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Türkiye'de iki sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir araştırmada oda başına düşen kişi sayısının üçten fazla olması AASYE etkileyen faktörü olarak saptanmıştır [62].

Günümüzde kış aylarında ısınma aracının türü ASYE sıklığı üzerine etkili olduğu çalışmalarla ortaya konulmuştur. Ev ısıtma şekli duman çıkarmayan sistem olan çocukların %22,2'sinde, duman çıkaran sistem olanların %57,3'ünde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Ev ısıtma şekline göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ev ısıtma şekli duman çıkaran sistem olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Ev ısıtma şekli duman çıkarmayan sistem olan çocuklarda AASYE görülmezken, duman çıkaran sistem olanların %56,1'inde AASYE saptanmıştır. Görüldüğü gibi duman çıkaran sistemlerde ASYE sıklığı daha yüksektir. Özçırpıcı'nın araştırmasında ısınma aracının türü ASYE ortalaması üzerinde çok etkili bulunmuştur. Kaloriferle ısınan konutlarda ASYE ortalaması $4,49\pm0,22$ iken, soba ile ısınan konutlarda $6,14\pm0,20$ 'dir ($p=0,000$) [68]. Yıldız'ın çalışmasında evde sobası sık sık tütenlerde AASYE insidansı %29,5 iken tütmeyenlerde bu hız anlamlı olarak %20'ye düştüğü saptanmıştır [72].

Yine sigara dumanına maruz kalmanın da ASYE sıklığını artıran bir faktör olduğu bilinmektedir. Fakat bizim çalışmamızda ASYE olma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunmamıştır. Evinde sigara içilmeyen çocukların %23,9'unda ve içilenlerin %33,3'ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Kış döneminde bu hızlar AÜSYE için sırasıyla %53,8 ve %61,5'tir. Evinde sigara içilmeyen çocukların %5,3'ünde ve içilenlerin %7,7'sinde kış döneminde AASYE saptanmıştır.

Çalışmamızda gıdaları buzdolabında saklanan çocukların %18,1'inde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %31,3'ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Kış döneminde bu hızlar AÜSYE için %47,9 ve %60,8 olarak bulunmuştur.

Gıdanın saklandığı yere göre çocukta hem yaz hem de kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gıdaları buzdolabında saklanan çocuklarda yaz ve kış dönemlerinde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Gıdaları buzdolabında saklanan çocukların %5'inde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %6,3'ünde AASYE saptanmıştır. Gıdanın buzdolabında saklanması ASYE riskini azaltmıştır.

Anne sütünün çocuğun bağışıklık sistemini güçlendirerek enfeksiyonlara karşı direncini artırdığı bilinmektedir. Çalışmamızda da anne sütünü tam olarak iki yaşına kadar alan çocuklarda ASYE sıklığı anlamlı olmayarak daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$). İki yaşına kadar emzirilen çocukların %24,6'sında; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocukların %32,1'inde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Yine iki yaşına kadar emzirilen çocukların %5'inde; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocukların %12'sinde kış döneminde AASYE saptanmıştır.

Çocuğun doğru şekilde beslenmesi büyüme ve gelişmesini sağladığı kadar hastalıklara karşı direncini de artırmaktadır. Çalışmamızda 6 aylıktan itibaren ek gıda alan çocuklar daha geç yaşlarda ek gıdaya başlayan çocuklara göre anlamlı şekilde daha az AÜSYE'ye yakalandığı tespit edilmiştir. Altı ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %23,7'sinde; 6 aydan büyük iken başlayanların %29,4'ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Kış döneminde bu hızlar %50,3 ve %68,1'dir. Çocuğa ek gıda başlama zamanına göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Altı ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Yeterli beslenmekte olan çocukların %25,3'ünde; yetersiz beslenmekte olanların %25,4'ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Yeterli beslenmekte olan çocukların %53,3'ünde; yetersiz beslenmekte olanların %57,7'sinde kış döneminde AÜSYE saptanmıştır. Yeterli beslenmekte olan çocukların %4,8'inde; yetersiz beslenmekte olanların %7,2'sinde kış döneminde AASYE saptanmıştır. Yoksulluğun bir sonucu olan yetersiz beslenme durumu çocukların enfeksiyonlara karşı direncini azaltmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları; özellikle ASYE çocukların ölümlerine neden olmaktadır. Bu hastalıklar çoğu kez malnütrisyon sonucu görülürken, malnütrisyon da bu hastalıklar sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu enfeksiyon-malnütrisyon kısır döngüsü nedeniyle pek çok ölüme altta yatan neden malnütrisyonudur [56]. Öztürk'ün çalışmasında malnütrisyonlu çocuklarda ASYE'nin diğer çocuklara göre daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ağırlığı normal sınırlarda olan çocukların

%41,1’inde ASYE görülürken, malnütrisyonlu çocuklarda bu hız %63 olarak bulunmuştur [70].

Çocuğun aşılarının, özellikle kızamık aşısının yapılmış olması ASYE morbidite ve mortalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da aşısı yapılmayanlarda AÜSYE sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Bütün aşıları yapılan çocukların %24’ünde yaz döneminde AÜSYE görülürken aşıları yapılmayanların %42,9’unda görülmüştür. Bütün aşıları yapılan çocukların %54,9’unda kış döneminde AÜSYE görülürken aşıları yapılmayanların %55,6’sında görülmüştür.

Annenin eğitim düzeyine bağlı olarak okul öncesi çocuklarının genel sağlığı ve ASYE hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının ASYE üzerine olan etkisi çalışmalarla tespit edilmiştir. Özçırpıcı’nın araştırmasında annenin ASYE ile ilgili bilgi düzeyinin yüksek olması ve ASYE’yi tehlikeli bir hastalık olarak tanımlaması ASYE ortalamalarını anlamlı düzeyde azaltmaktadır. Bu annelerin çocuklarında ortalama ASYE atağı $5,23\pm0,19$ iken, ASYE bilgisi olmayan ve tehlikeli bir hastalık olarak tanımlamayan annelerin çocuklarında ortalama $6,17\pm0,27$ ’ye yükselmektedir ($p=0,006$). Çeşitli çalışmalarda anne bilgisinin ASYE bulgularını ciddiye alma, hastaneye götürme, daha iyi besleme ve dolayısıyla ölümlülüğü etkilediği bildirilmiştir. Günay ve arkadaşları Kayseri’de yaptıkları bir müdahale araştırmasında anneleri eğitmeden önce ASYE sıklığı %49,3 iken, eğitimden sonra %27,5’e düştüğünü göstermiştir [68]. Bu bağlamda çalışmamızda annelere sorulan sorularla bu etki değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Çocuk hastalanma sebebi konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %22’sinde, az bilgili olanların %27,3’ünde ve bilgisiz olanların %24,3’ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için %41,3, %57,2 ve %76,7 olarak saptanmıştır. Annenin; çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgi durumuna göre çocukta kış döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuk hastalanma sebebi hakkında annesi daha bilgili olan çocuklarda kış döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %11,3’ünde, az bilgili olanların %26,8’inde ve bilgisiz olanların %30,6’sında yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için %43,5, %54,1 ve %65,7’dir. Annenin; çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgi durumuna göre çocukta yaz döneminde AÜSYE olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında annesi daha bilgili olan çocuklarda yaz döneminde AÜSYE sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). ASYE’li çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %25,4’ünde,

az bilgili olanların %24,4'ünde ve bilgisiz olanların %27,3'ünde yaz döneminde AÜSYE saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde AÜSYE için %47,5, %52,9 ve %65,7 olarak bulunmuştur. Yani genel anlamda annenin bilgili olması koruyucu bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır.

ASYE etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p < 0,20$ değeri saptanan değişkenler; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile değerlendirilmiştir.

Model incelendiğinde yaz döneminde AÜSYE olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında annesi az bilgili olan çocukların bilgili olanlara göre yaklaşık 3 kat fazla ve annesi bilgisiz olanların bilgili olanlara göre yaklaşık 4 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde yaz döneminde AÜSYE üzerine en etkili iki faktör çocuğun yaşı ve annenin; çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgi durumu olduğu saptanmıştır.

Model incelendiğinde kış döneminde AÜSYE olma açısından; Yakabagh ve Babadihqan'da yaşayanların Kartedostum'da yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği ve Kokgunbad'ta yaşayanların Kartedostum'da yaşayanlara göre hemen hemen aynı düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Yaşayan kardeş sayısının etkisini kardeşi olmayan çocuklara göre karşılaştırdığımızda; bir kardeşi olanların yaklaşık 3 kat, iki kardeşi olanların yaklaşık 4 kat, üç kardeşi olanların 2,5 kat, dört kardeşi olanların yaklaşık 9 kat, beş ve fazla kardeşi olanların yaklaşık 2 kat fazla etkilendiği görülmüştür. Annesinin yaşı 19'dan büyük olan çocukların anlamlı şekilde daha az etkilendiği saptanmıştır. Annesi lise ve altı okul mezunu olan çocukların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre daha az etkilendiği fakat okuryazar olmayanların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre anlamlı şekilde 4,5 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Annesi para getiren işte çalışmayan çocukların çalışanlara göre anlamlı şekilde 13,5 kat fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Evdeki oda sayısının etkisini evinde beş oda olan çocuklara göre karşılaştırdığımızda; evinde dört oda olanların yaklaşık 3 kat, üç oda olanların yaklaşık aynı düzeyde, iki oda olanların yaklaşık 2,5 kat ve bir oda olanların yaklaşık 20 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği saptanmıştır. Ev ısıtma şekli duman çıkaran sistem olanların duman çıkarmayan sistem olanlara göre yaklaşık 3,5 kat fazla etkilendiği görülmüştür. Annesi her gün banyo yapan çocukların annesi daha az banyo yapanlara göre anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. ASYE'li çocuğuna uygulama konusunda annesi az bilgili olan

çocukların bilgili olanlara göre yaklaşık 2 kat fazla etkilendiği ve annesi bilgisiz olanların bilgili olanlara göre yaklaşık 4 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde yerleşim birimi, annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin para getiren işte çalışma durumu, evdeki oda sayısı, anne banyo sıklığı ve annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu kış döneminde AÜSYE üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Model incelendiğinde kış döneminde AASYE olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Kız çocukların erkek çocuklara göre 3 kat fazla etkilendiği görülmüştür. Biberon ve emzik kullanan çocukların kullanmayanlara göre anlamlı şekilde yaklaşık 7 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. ASYE olan çocuğunu doktora geç götüren annelerin çocuklarının zamanında götürenlere göre daha az etkilendiği tespit edilmiştir. ASYE’li çocuğa uygulama konusunda annesi az bilgili ve bilgisiz olan çocukların bilgili olanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği tespit edilmiştir. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvuran annelerin çocuklarının başvurmayanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuğun yaşı, biberon ve emzik kullanma durumu, annenin ASYE’li çocuğuna uygulama bilgi durumu ve başvurulmuş geleneksel tedavi yöntemleri kış döneminde AASYE üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Etiler ve arkadaşlarının yaptığı bebeklik döneminde alt solunum yolu enfeksiyonu sıklığı ve etkileyen faktörler çalışmasında; hiç eğitim almamış annelerin bebeklerinde beş yıldan fazla eğitim almış annelerin bebeklerine göre 1,95 kat fazla, ailede astım öyküsü olanlarda olmayanlara göre 2,23 kat fazla, ilk dört ayda anne sütü yanında inek sütü veya mama ile beslenen bebeklerde sadece anne sütü ile beslenenlere göre 1,74 kat fazla, yaşa göre boyun -1 standart sapmanın altında olanlarda 1,54 kat fazla, oda başına düşen kişi sayısının üçten fazla olanlarda 1,87 kat fazla AASYE görülmüştür [62].

5.4.2. İshal etkileyen faktörleri ile ilgili bulguların tartışması

Çapraz tablolarda çocuklar ve ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri, ev koşulları, sanitasyon, hijyen, beslenme özellikleri, aşılanma durumu, annelerin ishal ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına göre çocuklarda ishal olma durumu değerlendirilerek ishal etkileyen faktörleri tespit edilmeye çalışılmıştır.

Yaş büyüdükçe ishal olma riskinin azaldığı araştırmalarla tespit edilmiştir. Hayatın ilk iki yılında hemen her çocuk yılda ortalama 3-4 kez ishal olmakta, bazı bölgelerde bu

hız daha da artmaktadır [22]. Çalışmamızda yaz döneminde ishal olanların yaş ortalaması $1,89 \pm 1,53$ ve olmayanların yaş ortalaması $2,63 \pm 1,67$ ($p=0,003$) olarak saptanmıştır. Bu ortalamalar kış döneminde $1,13 \pm 1,55$ ve $2,55 \pm 1,66$ 'dır ($p=0,019$). Yaz ve kış dönemlerinde ishal olanların yaşı anlamlı şekilde düşüktür. Yaz döneminde persistan ishal olanların yaş ortalaması $1,25 \pm 0,89$ ve olmayanların yaş ortalaması $2,53 \pm 1,67$ ($p=0,026$) olarak saptanmıştır. Yine yaz döneminde persistan ishal olanların yaşı anlamlı şekilde düşüktür. Eskişehir'de 1989 yılında Yıldız'ın 0-5 yaş çocuklarda ishal ve ASYE üzerine yaptığı bir çalışmada ishal olgularının en çok 4-12 aylık bebeklerde olduğunu (%27,9) saptamıştır. Karadeniz, Etimesgut'ta yapılan çalışmada olguların %68,4'ü 0-12 aylık bebeklerde olduğu görülmektedir. Tokat ili Almus ilçesinde yapılan çalışmada da 108 ishalleri vakasının %80'inin süt çocukluğu ve yenidoğan devresinde olduğu görülmüştür [72]. Türk'ün araştırmasında 0-11 aylık çocuklarda ishal daha fazla görülmüştür. Bu yaş gruplarında ishal olgularının fazla olmasının nedeninin anne sütünden ek gıdalara geçişin uygun şekilde düzenlenememesi olabileceği düşünülmektedir [67]. Bizim çalışmamızda da ishal sıklığı 0 ve 1 yaş gruplarında anlamlı şekilde en yüksek saptanarak diğer araştırmalara uygunluk göstermiştir.

Kartedostum'da yaşayan çocukların %19,7'sinde, Yakabagh'da yaşayanların %16,5'inde, Kokgunbad'ta yaşayanların %16,2'sinde ve Babadihqan'da yaşayanların %18,7'sinde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Kış döneminde ishal için bu hızlar sırasıyla %0, %4,5, %1,8 ve %5,6'dır. Yine yaz döneminde persistan ishal için bu hızlar sırasıyla %6,6, %1,3, %1,4 ve %1,3 olarak bulunmuştur. Yerleşim birimleri arasında ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İshal sıklığının kırsal bölgelerde daha yüksek olduğu bazı çalışmalarla ortaya koyulmuştur.

Erkek çocukların %16,1'inde, kız çocukların %19,6'sında yaz döneminde ishal saptanmıştır. Kış döneminde erkeklerin %2,9'unda, kızların %3,2'sinde ishal saptanmıştır. Erkek çocukların %2,5'inde, kız çocukların %2,8'inde yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. İshal sıklığının cinsiyete göre dağılımında fark anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Türk'ün araştırmasında akut ishal olgularının %56,1'i erkek, %43,9'u kız olarak bulunmuştur. Kayseri'de 1999 yılında yapılan araştırmada ishal erkek çocuklarda anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur [67].

Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %42,9'unda, 20-24 arası olanların %19,1'inde, 25-34 arası olanların %16,7'sinde, 35 ve daha büyük olanların %14,6'sında yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde ishal için sırasıyla %33,3, %2,6, %0,8 ve %4,9'dur. Annenin yaşına göre kış döneminde ishal olma durumu

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Annesinin yaşı daha küçük olan (15-19 arası) çocuklarda kış döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Annesinin yaşı 15-19 arası olan çocukların %14,3'ünde, 20-24 arası olanların %1,1'inde, 25-34 arası olanların %2,1'inde, 35 ve daha büyük olanların %4,7'sinde persistan ishal saptanmıştır. Görüldüğü gibi en yüksek hızlar 15-19 arası ve 35'ten büyük yaşlarda görülmüştür. Yani çalışmamıza göre çocuğun ishal olma açısından en riskli anne yaşı 19'dan küçük ve 35'ten büyük yaşlardır. Yaşı 19'dan küçük olan annelerin çocuk bakım bilgi ve tecrübelerinin daha az olması ve 35'ten büyük olanların çocuk sayısının daha fazla olması nedeniyle kalabalık, ekonomik yetmezlik vb sebeplerden dolayı çocukları ile ilgilenemedikleri bu durumun nedeni olarak düşünülmektedir.

Sağlık alanında yapılan pek çok araştırma; anne eğitim durumunun, genel sağlık sorunlarında olduğu kadar çocuk sağlığı konusunda da kadının bilgi, tutum ve davranışını etkileyen önemli bir faktör olduğunu kanıtlamaktadır [67]. Afganistan Sağlık Bakanlığı'na göre kadınlar arasında okuma yazma oranının düşük olması ishalin temel nedenlerinden biri olarak bilinmektedir [45]. Annesi yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %17,6'sında, lise ve altı okul mezunu olanların %14,9'unda ve okuryazar olmayanların %18,4'ünde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde ishal için sırasıyla %0, %4,5, %3,5 ve yaz döneminde persistan ishal için %2, %2,1 ve %2,9 olarak bulunmuştur. Annenin öğrenim durumuna göre ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kayseri'de 2013'te yapılan bir tez çalışmasında annelerin eğitim düzeyi arttıkça ishalin hastalık ve bulaşıcı olduğunu bilen anne sayısının da istatistiksel açıdan anlamlı olarak arttığı saptanmıştır [67]. Yıldız'ın araştırmasında eğitimi ilkokuldan az olan annelerin çocuklarında ishal sıklığı %31,5 iken, orta eğitim ve üzeri olanlarda bu sıklık %17,3'tür. Anlamlı bulunan bu fark annenin eğitim düzeyi yükseldikçe, ishal görülmesinde de azalma olduğunu göstermektedir [72]. Bizim çalışmamızda anne eğitim düzeyinin ishal sıklığını etkilemediği görülmüştür.

Annesi para getiren işte çalışan çocukların %13,6'sında, çalışmayanların %19,3'ünde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Kış döneminde bu hızlar %1,5 ve %3,6 olarak bulunmuştur. Annesi para getiren işte çalışan çocuklarda persistan ishal görülmezken; çalışmayanların %3,6'sında persistan ishal saptanmıştır. Para getiren işte çalışan annelerin çocuklarında ishal sıklığı anlamlı olmasa da daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan annelerin eğitim düzeyi ve ekonomik durumları daha iyi olduğu için; çevre koşullarını, eğitim araçlarını ve sağlık kurumlarını daha iyi kullanabildikleri düşüncesiyle, bunun beklenen bir sonuç olduğu düşünülmüştür.

Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %14,1'inde, lise ve altı okul mezunu olanların %9,9'unda ve okuryazar olmayanların %23,7'sinde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Babanın öğrenim durumuna göre çocukta yaz döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Babası okuryazar olmayan çocuklarda yaz döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Babası yüksekokul-üniversite mezunu olan çocukların %1,4'ünde, lise ve altı okul mezunu olanların %3,7'sinde ve okuryazar olmayanların %2,6'sında yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. Araştırmamızda babanın eğitim durumu ishal sıklığını anlamlı olarak etkilememiştir. Aile reisi olan babanın eğitim seviyesinin düşük olması ailenin sağlık anlayışı ve sosyoekonomik durumunu kötü yönde etkilediği için bu durumun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Sosyoekonomik yönden gelişmemiş toplumların sağlık yönünden başlıca sorunlarını; beslenme yetersizliği, bulaşıcı hastalıklar; özellikle de epidemilere neden olan ishalleri hastalıklar oluşturmaktadır. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları üzeri olan çocukların %16,6'sında ve 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların %18,9'unda yaz döneminde ishal saptanmıştır. Çalışmamızda ishal sıklığı ve hane halkı geliri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak geliri düşük olanlarda bu sıklık biraz daha yüksektir.

Ev koşulları ve ishal olma durumu değerlendirildiğinde; ev koşulları kötü olanlar arasında ishal görülme sıklığı %35,7, çok iyi olanlarda ise %18,6 olarak bulunmuştur. Yıldız'ın araştırmasında ev koşulları ve ishal görülmesi arasında önemli bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir. Ev koşulları kötüleştikçe ishal görülme sıklığı artmakta, ev koşulları iyileştikçe bu sıklık düşmektedir [72]. Çalışmamızda; evinde oda sayısı 5 olan çocukların %2,2'sinde, 4 ve 3 olanların %2'sinde, 2 olanların %2,1'inde ve 1 olanların %13,6'sında kış döneminde ishal saptanmıştır. Evinde hayvan yaşamayan çocukların %15,9'unda; hayvan yaşayanların %20,1'inde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde %2,7 ve %3,4 olarak bulunmuştur. Aynı odada yaşayan çocuk sayısı arttıkça ishalin bulaşıcılığı arttığı gibi kişisel bakım, hijyen ve beslenme olanakları düşmektedir. Hayvanlarla kontakta olan çocuklarda besin ve suyun kontamine olma riski yükselmektedir. Bu durumlar da ishal görülme sıklığını artırmaktadır. Fakat bunların hiçbirisi çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Araştırma bölgemizin genelinde tuvalet evin dışında açık veya kapalı çukur şeklinde çoğunlukla sağlıksızdır. Özellikle yaz aylarında tam bir enfeksiyon kaynağı halini almaktadır. Tuvalet koşulu sağlıklı olan çocukların %12,5'inde; sağlıklı olmayanların

%25'inde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde %2,6 ve %3,5 olarak bulunmuştur. Tuvalet koşuluna göre çocukta yaz döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tuvalet koşulu sağlıksız olan çocuklarda yaz döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Kayseri'de 1993 yılında 0-36 aylık çocuklarda yapılan bir araştırmada tuvaletinde akarsu olmayan, tuvaleti evin dışında olan, evinde şebeke suyu olmayan ve evinde buzdolabı bulunmayan ailelerin çocuklarında akut ishalin daha yüksek sıklıkta görüldüğü saptanmıştır [67].

Sanitasyon koşullarının iyi olmaması ishal sıklığını artırdığı araştırmalarla tespit edilmiştir. Gıdaları buzdolabında saklanan çocukların %13'ünde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %21,7'sinde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde %0,8 ve %4,9 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde gıdaları buzdolabında saklanan çocukların %2,2'sinde ve buzdolabının dışında saklanan çocukların %3'ünde yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. Gıdanın buzdolabı dışında; sepetin altında, kovanın içinde, sıcak ortamda vb saklanması gıdanın kontamine olmasına yol açarak ishal sıklığını artırır. Araştırmamızda gıdanın buzdolabı dışında saklanması ve ishal arasında anlamlı ilişki bulunmamış olsa da, yukarıda sözü edilen durum çalışmalarla tespit edilmiştir.

Kenya'da yapılan bir çalışmada, hastanede ishal tedavisi gören beş yaş altı 862 çocuğun incelenmesi sonucunda, akut ishal için esas enfeksiyon bulaşma yollarının kirli içme suları olduğu ve bağırsak patojenlerinin fekal-oral yolla bulaşmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir [67]. Afganistan'da genelde kuyu ve şebeke suyu kullanılmaktadır. Fakat kırsal bölgelerde havuz ve ırmak suları da içmek için kullanılmaktadır. Havuz ve ırmak suyu bulaşmış olup kirli su olarak bilinmektedir. Araştırmamızda içme suyu temiz olan çocukların %17,7'sinde; temiz olmayan çocukların %18,2'sinde yaz döneminde ishal saptanmıştır. İçme suyuna göre ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İstanbul'da 1987 yılında, 0-4 yaş grubu çocuklar içerisinde yapılan bir çalışmada, yaz aylarında kirli su içen ve kullanan çocuklardaki ishalleri hastalıkların temiz su içen ve kullananlara göre dört kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Su kirliliğinden 7-12 aylık çocukların daha çok etkilendiği bildirilmiştir. Yeterli ve temiz su temini ve dışkının uygun biçimde uzaklaştırılması ile ishalleri hastalıkların ortanca değer olarak %59 oranında azaltılabileceği belirlenmiştir [67].

Yine Afganistan'da aileler suyu genelde bidon veya kovalarda depolayarak kullanmaktadırlar. Üstü açık şekilde saklanan suyun kontamine olma olasılığı çok fazla olduğu için sağlıksız saklama şekli olarak kabul edilir. İçme suyu üstü kapalı kapta

saklanan çocukların %17,9'unda; üstü açık kapta saklanan çocukların %17,5'inde yaz döneminde ishal tespit edilmiştir. Bu hızlar persistan ishal için %0,5 ve %6,8 olarak tespit edilmiştir. İçme suyu saklama şekline göre yaz döneminde persistan ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İçme suyu üstü kapalı (sağlıklı) şekilde saklanan çocuklarda yaz döneminde ishal sıklığı anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). 1996 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada, bakteriyolojik su analiz sonuçlarına göre, şebeke sularının %73,1'inin, tulumba sularının ise %26,9'unun kullanıma uygun olduğu, sadece şebeke suyu kullananlarda akut ishal morbidite hızının %2,6, hem şebeke hem de kuyu suyu kullananlarda ise %4,1 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir [67].

İçme suyu dezenfekte olan çocukların %2,9'unda ve dezenfekte olmayan çocukların %3,1'inde kış döneminde ishal saptanmıştır. İçme suyu dezenfekte olan çocukların %1,1'inde ve dezenfekte olmayan çocukların %5'inde yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. Görüldüğü gibi içme suyu dezenfekte olanlarda persistan ishal sıklığı anlamlı olmasa da daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$). Sivas'ta 1991'de yapılan diğer bir araştırmada ise, suların klorlandığı Haziran-Temmuz aylarında köylerdeki ishal morbiditesinin, kontrol grubundaki köylerden %52,9 oranında düşük olduğu belirlenmiştir [67].

Kişisel hijyen kapsamında sabun kullanma, uzadığında tırnak kesme ve kirlendiğinde elbise değiştirme alışkanlıkları ishal sıklığını düşüren önemli faktörlerden olduğu çalışmalarla ortaya konulmuştur. Çalışma bölgemiz ve Afganistan genelinde kişisel temizlik ve hijyen alışkanlığı çok düşüktür. Annesi sabun kullanma alışkanlığı iyi olan çocukların %17,9'unda ve orta olanların %21,6'sında yaz döneminde ishal saptanmıştır. Benzer bir şekilde annesi günde birden fazla kez sabun kullanan çocukların %17,9'unda, günde bir kez kullananların %21,6'sında ve haftada birden az kullananların %22,2'sinde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Annesi günde birden fazla kez sabun kullanan çocukların %3,1'inde, haftada bir kez kullananların %4,7'sinde ve haftada birden az kullananların %4,5'inde kış döneminde ishal saptanmıştır. Yine altı su ve sabun ile temizlenen çocukların %16,8'inde, sadece su ile temizlenenlerin %22'sinde, tuvalet kağıdı veya bez ile temizlenenlerin %17,9'unda yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde %1,2, %11,1 ve %3,5 olarak tespit edilmiştir. Çocuğun altını temizleme şekline göre kış döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Altı su ve sabun ile temizlenen çocuklarda kış döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). Görüldüğü gibi yemekten önce, tuvaletten ve çocuk altını temizledikten sonra el

yıkama ishal ataklarını önleyebilen veya en azından azaltabilen ucuz ve basit müdahaleler olarak ortaya çıkmaktadır. Tırnaklarını uzadığında kesen annelerin çocuklarının %2,2'sinde; çok fazla uzadığında kesenlerin %9,4'ünde kış döneminde ishal saptanmıştır. Tırnakları uzadığında kesilen çocukların %3'ünde; çok fazla uzadığında kesilen çocukların %3,6'sında kış döneminde ishal saptanmıştır. Elbiseleri kirlendiğinde değiştirilen çocukların %16,7'sinde; çok fazla kirlendiğinde değiştirilenlerin %21,1'inde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu sıklıklar kış döneminde ishal için sırasıyla %1 ve %9,2 olarak saptanmıştır. Çocuk elbise değiştirme sıklığına göre çocukta kış döneminde ishal olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elbisesi çok fazla kirlendiğinde değiştirilen çocuklarda kış döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Tırnak altı ve kirli elbise mikropların barındığı ortamı oluşturarak ishale yakalanma riskini arttırmaktadır. Anne ve çocuğun tırnaklarının zamanında kesilmesi ve elbiselerinin çok kirlenmeden değiştirilmesi ishal sıklığını düşürmüştür.

Anne sütünün antienfeksiyöz özelliği nedeniyle, özellikle gastroentestinal enfeksiyonlarda doğrudan koruyucu olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. İki yaşına kadar emzirilen çocukların %17,4'ünde; iki yaşına kadar emzirilmeyen çocukların %21,4'ünde yaz döneminde ishal saptanmıştır. 6 ay ve daha önce ek gıdaya başlayan çocukların %16'sında; 6 aydan büyük iken başlayanların %22,4'ünde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Kış döneminde bu hızlar sırasıyla %2,1 ve %5,8 olarak saptanmıştır. Emzirme süresine göre ishal olma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yıldız'ın araştırmasında yalnız anne sütü ile beslenen 0-6 aylık bebeklerde ishal görülme sıklığı (%13,8) yapay ve karışık beslenenlere (%26) oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Hindistan ve Kanada'da süt çocukları üzerinde, Karadeniz'de ilk bir yaş grubunda olan süt çocuklarında ve Hacettepe üniversitesinde altıncı ayını tamamlayan süt çocuklarında yapılan çalışmalarda, anne sütü ile beslenen bebeklerde ishal görülme sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır [72]. Bizim bulgularımız da bu sonuçlara uygunluk göstermektedir.

Beslenme çocuğun büyüme ve gelişmesini sağlarken aynı zamanda enfeksiyonlara karşı direncini artırarak hastalanmamasını ve hastalandığında da çabuk iyileşmesini sağlamaktadır. A vitamini yetmezliği, çocukta diyare morbiditesini artıran önemli bir nedendir. Çinko; et ve süt ürünlerinden fakir diyetle beslenenlerde eksikliği görülen bir elementtir. Hindistan Yeni Delhi'de yapılan bir çalışmada diyare epizodu boyunca 20mg elemental çinko verilmesinin diyare epizodunu %25 azalttığı gösterilmiştir. İleride çinko ve A vitamininin çocukluk diyaresinin önlenmesi ve sağaltımında kullanım alanının

artacağı öngörülmektedir [65]. Çalışmamız bulgularına göre yeterli beslenmekte olan çocukların %0,6'sında; yetersiz beslenmekte olanların %7,2'sinde kış döneminde ishal saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani yeterli beslenmekte olan çocuklarda kış döneminde ishal sıklığı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Annenin ishal ile ilgili bilgisi, tutumu, davranışları, kullandığı geleneksel yöntemler vs. ishal sıklığını etkileyen önemli faktörler olduğu çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Çalışmamızda çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %19,8'inde, az bilgili olanların %15,9'unda ve bilgisiz olanların %21,6'sında yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde ishal için sırasıyla %1,3, %2,5 ve %10 olarak bulunmuştur. Çocuk hastalanma sebebi hakkında bilgili olan annelerin çocuklarının %1,1'inde ve az bilgili olanların %4'ünde persistan ishal saptanmıştır. İshalli çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %16,2'sinde, az bilgili olanların %19,5'inde ve bilgisiz olanların %15,2'sinde yaz döneminde ishal saptanmıştır. Yine ishalli çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarında ishal görülmezken; az bilgili olanların %5,1'inde ve bilgisiz olanların %2,3'ünde kış döneminde ishal saptanmıştır. İshalli çocuğuna uygulama konusunda bilgili olan annelerin çocuklarının %3'ünde ve az bilgili olanların %3,1'inde yaz döneminde persistan ishal saptanmıştır. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmayan annelerin çocuklarının %20,7'sinde; başvuranların %16'sında yaz döneminde ishal saptanmıştır. Bu hızlar kış döneminde ishal için sırasıyla %1, %4,4 ve yaz döneminde persistan ishal için %1,7, %3,2 olarak bulunmuştur. Yukarıdaki farklar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, annenin tutum ve davranışları ishal sıklığını önemli ölçüde etkilediği görülmektedir.

İshal etkileyen faktörleri için çapraz tablolarda (Ki-Kare testleri) yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı ve $p<0,20$ değeri saptanan değişkenler; çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizinde kurulan model ile değerlendirilmiştir.

Model incelendiğinde yaz döneminde ishal olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Babası lise ve altı okul mezunu olan çocukların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre daha az ve babası okuryazar olmayanların yüksekokul-üniversite mezunu olanlara göre yaklaşık 1,5 kat fazla anlamlı şekilde etkilendiği tespit edilmiştir. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 5 kişiden fazla olan çocukların anlamlı şekilde daha az etkilendiği saptanmıştır. Tuvalet koşulu sağlıklı olanların sağlıklı olanlara göre anlamlı şekilde yaklaşık 3 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuğun yaşı, babanın öğrenim

durumu, hanede yaşayan toplam kişi sayısı ve tuvalet koşulu yaz döneminde ishal üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Model incelendiğinde kış döneminde ishal olma açısından; elbisesi çok fazla kirlendiğinde değiştirilen çocukların normal kirlendiğinde değiştirilenlere göre anlamlı şekilde 14 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Yetersiz beslenen çocukların yeterli beslenenlere göre anlamlı şekilde 13 kat fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Geleneksel tedavi yöntemlerine başvuran annelerin çocuklarının başvurmayanlara göre yaklaşık 8 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuk elbise değiştirme sıklığı ve çocuğun şu anki beslenme şekli kış döneminde ishal üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Model incelendiğinde yaz döneminde persistan ishal olma açısından; yaşı daha küçük olan çocukların anlamlı şekilde daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Aylık hane halkı toplam geliri 150 Amerikan doları ve altı olan çocukların 150 Amerikan doları üzeri olanlara göre anlamlı şekilde daha az etkilendiği tespit edilmiştir. Biberon ve emzik kullanan çocukların kullanmayanlara göre yaklaşık 4 kat fazla etkilendiği tespit edilmiştir. İçme suyu üstü açık kapta saklanan çocukların üstü kapalı kapta saklananlara göre anlamlı şekilde 23 kat fazla etkilendiği saptanmıştır. Sonuç olarak model değerlendirildiğinde çocuğun yaşı, aylık hane halkı toplam geliri ve içme suyu saklama şekli yaz döneminde persistan ishal üzerine en etkili faktörler olarak bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Afganistan Cevzican ili Şibirgan ilçesinde 0-59 aylık çocuklarda ASYE ve ishalli hastalıkların görülme sıklığı, etkileyen faktörler ve ebeveyn yaklaşımlarını konu eden çalışmamızın; araştırmaya katılan çocuklar ve ailelerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemek, ASYE ve ishal ile ilişkin ebeveyn yaklaşımlarını tespit etmek, ASYE ve ishalin görülme sıklığını belirlemek, ASYE ve ishal etkileyen faktörlerini tespit etmek olan dört amacı doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya 304 çocuk anneleri ile beraber katılmıştır. Çocukların yaş ortalaması $2,50 \pm 1,66$ ve ortancası 3 (minimum: 0; maksimum: 5)'tir. Araştırmaya katılan çocukların %53'ü erkek ve %47'si kızdır. Annelerin %67,8'i okuryazar değil, %3,3'ü ilkokul mezunu, %5,6'sı ortaokul mezunu, %6,6'sı lise mezunu ve 16,8'i yüksekokul-üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %73,4'ü para getiren bir işte çalışmıyor iken %26,7'si para getiren bir işte çalışmaktadır. Babaların %50'si okuryazar değil, %6,6'sı ilkokul mezunu, %3'ü ortaokul mezunu, %17,1'i lise mezunu ve 23,4'ü yüksekokul-üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Babaların %7,9'u para getiren bir işte çalışmıyor iken %92,1'i para getiren bir işte çalışmaktadır. Çocukların %52,3'ünün 150\$ ve altı, %47,7'sinin 150\$ üzeri aylık hane halkı toplam geliri olduğu tespit edilmiştir. Çocukların %22'sinin 3-5 kişi, %40,8'inin 6-8 kişi, %37,2'sinin 9 ve üzeri kişi hanede yaşayan toplam kişi sayısı olduğu saptanmıştır

Çocuğunun hastalanma sebebi hakkında annelerin %12,2'si bilgisiz, %57,9'u az bilgili ve %29,9'u bilgili; ASYE ve ishalin önemi hakkında annelerin %94,1'i bilgili, %5,9'u bilgisiz olarak tespit edilmiştir. ASYE ve ishalin bulaşıcılığı konusunda annelerin %32,9'u bilgisiz, %67,1'i bilgili; ASYE ve ishalin en önemli tedavi girişimi konusunda annelerin %3,6'sı bilgisiz, %48'i az bilgili ve %48,4'ü bilgili; ASYE ve ishalden çocuklarını koruma uygulamaları hakkında annelerin %7,9'u bilgisiz, %37,2'si az bilgili ve %54,9'u bilgili olarak belirlenmiştir. Çocuğunu besleme ve emzirme faydaları hakkında annelerin %32,2'si bilgisiz, %50,3'ü az bilgili ve %17,4'ü bilgili; hasta çocuğunu besleme konusunda annelerin %6,9'u bilgisiz, %65,1'i az bilgili ve %28'i bilgili olarak tespit edilmiştir. Annelerin, %61,8'i geleneksel yöntemlere başvurmaz iken, %38,2'si bir veya birkaç yöntemle başvurdukları; ASYE veya ishali olan çocuğunu annelerin %38,8'i zamanında doktora götürürken, %61,2'si geç götürdükleri saptanmıştır. ASYE'li çocuğuna

uygulama konusunda annelerin %25,3'ü bilgisiz, %53,9'u az bilgili ve %20,7'si bilgili; ASYE'ye iyi gelen yiyecekler hakkında annelerin %40,1'i az bilgili ve %59,9'u bilgili olarak tespit edilmiştir. İshalli çocuğa uygulama konusunda annelerin %15,1'i bilgisiz, %52,3'ü az bilgili ve %32,6'sı bilgili; ishalli çocuğa su verme konusunda annelerin %0,7'si bilgisiz, %99,3'ü bilgili olarak saptanmıştır.

AÜSYE görülme sıklığı yaz döneminde %25,3, kış döneminde %54,9 olarak saptanmıştır. AASYE (pnömoni) görülme sıklığı yaz döneminde %1, kış döneminde %5,7 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan çocuklarda her iki dönemde (yaz ve kış dönemleri) ağır pnömoni saptanmamıştır. İshal görülme sıklığı yaz döneminde %17,8, kış döneminde %3 olarak saptanmıştır. Persistan ishal görülme sıklığı yaz döneminde %2,6 olarak, kış döneminde saptanmamıştır. Yaz dönemi hafif dehidratasyon dışında (%1,3) her iki dönemde hafif, orta ve ağır dehidratasyon saptanmamıştır.

Yaz döneminde AÜSYE üzerine en etkili iki faktör çocuğun yaşı ve annenin; çocuğu besleme ve emzirme faydası hakkında bilgi durumu olarak saptanmıştır. Kış döneminde AÜSYE üzerine en etkili faktörler yerleşim birimi, annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin para getiren işte çalışma durumu, evdeki oda sayısı, anne banyo sıklığı ve annenin ASYE'li çocuğuna uygulama bilgi durumu olarak bulunmuştur. Kış döneminde AASYE üzerine en etkili faktörler çocuğun yaşı, biberon ve emzik kullanma durumu, annenin ASYE'li çocuğuna uygulama bilgi durumu ve başvuru geleneksel tedavi yöntemleri olarak tespit edilmiştir. Yaz döneminde ishal üzerine en etkili faktörler çocuğun yaşı, babanın öğrenim durumu, hanede yaşayan toplam kişi sayısı ve tuvalet koşulu olarak saptanmıştır. Kış döneminde ishal üzerine en etkili faktörler çocuk elbise değiştirme sıklığı ve çocuğun şu anki beslenme şekli olarak bulunmuştur. Yaz döneminde persistan ishal üzerine en etkili faktörler çocuğun yaşı, aylık hane halkı toplam geliri ve içme suyu saklama şekli olarak saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarını göz önünde bulundurarak Afganistan sağlık yöneticilerine, sağlık hizmeti sunanlara, ebeveynlere ve ilgililere şu önerilerde bulunulabilir:

1. Okul öncesi yaştan (0-5 yaş) sağlık açısından en önemli yaş olduğu ve bu yaşlarda olan çocuklara bakım ve yaklaşımların nasıl olması gerektiği konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.

2. Toplumun sosyokültürel ve ekonomik düzeyinin yükseltilmesi çalışmalarına paralel olarak, özellikle kadınların eğitim düzeyleri yükseltilmelidir. Kadınlara gelir sağlayıcı/gelir artırıcı iş olanakları sunulmalıdır.
3. Çocukların doğru beslenmelerinin önemi konusunda aileler ve toplum bilinçlendirilmelidir. Gıda ve beslenme politikaları ile ilgilenen ayrı bir bakanlık devlet bünyesinde kurulması düşünülebilir.
4. Toplum ve ailelerin sosyokültürel düzeyini yükseltme çalışmaları kapsamında kişisel temizlik ve hijyen eğitimleri ve bilinçlendirme çalışmaları düzenlenmelidir.
5. Çevre sağlığı hizmetleri, aile planlaması eğitimleri, sistemli atık bertaraf etme çalışmaları, kanalizasyon ve altyapı sistemlerinin oluşturulması hizmetleri tam anlamda devlet tarafından verilmelidir.
6. Temiz içme suyu kaynakları ve suyu temiz saklama şekilleri geliştirilmeli; bu konuda toplum bilinçlendirilmelidir. Havuz ve ırmak suyunun temiz olmadığı anlatılmalıdır.
7. Afganistan genelinde tuvalet sistemi anlayışı değişmelidir. Modern ve sağlıklı tuvalet sistemine geçilmesi için bir müdahale programı gerekli görülmektedir.
8. Afganistan genelinde hijyen sorunları nedeniyle biberon ve emzik kullanımı ve hijyeni konusunda annelere eğitim verilmelidir.
9. Basın-yayın kuruluşları, camiler ve eğitim kurumlarında genel sağlık eğitimi ve ASYE ve ishal ile ilgili bilgilerin verilmesi faydalı olacaktır.
10. Afganistan'da konu ile ilgili daha kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar yapılması uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. UNDP. (2004). *Afghanistan National Human Development Report, 2004*, ss. 145
2. Millennium Development Goals. (2005). *Islamic Republic of Afghanistan, Country Report, 2005*, ss. 39-44
3. WHO/UNICEF. (2009). *Global action plan for prevention and control of pneumonia and diarrhea (GAPP)*, 2009, ss. 102-109
4. WHO/UNICEF. (2004). *Management of pneumonia in community settings Joint Statement*, ss. 72
5. WHO. (2011). *Caring for newborns and children in the community; caring for the sick child*, ss. 11
6. WHO/UNICEF. (2009). *Diarrhea: why children are still dying and what can be done*, ss. 85
7. Global Task Force on Cholera Control. (November 2010). *First steps for managing an outbreak of acute diarrhea*, ss. 12
8. Global Task Force on Cholera Control. (November 2010). *Acute diarrhoeal diseases in complex emergencies: critical steps*. ss. 7
9. İnternet: Global Water Supply and Sanitation Assessment. WHO. (2000). Geneva, Web: <http://www.who.int> 12 Aralık 2016'da alınmıştır.
10. İnternet: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), WHO. (2008). Web: <http://www.who.int> 12 Aralık 2016'da alınmıştır.
11. İnternet: World Health Report, 2010. WHO. (2011). Web: <http://www.who.int> 12 Aralık 2016'da alınmıştır.
12. İnternet: Annual Reports of MoPH (2006, 2007, 2010, 2012) MoPH. Web: <http://moph.gov.tr> 13 Aralık 2016'da alınmıştır.
13. MoPH. (2012). *Operational guideline for prevention and control of ARI in Afghanistan*, ss. 6-25
14. CDC. (2011). *Pneumonia among children in developing countries, Technical information, Disease listing, 2011*. ss. 18
15. MoPH. *HMIS database (2010-2012)*, Afghanistan, Cevzican sürviyans kayıtlarından 2015'te alınmıştır.
16. MoPH/WHO. (2010-2014). *DEWS Afghanistan, Annual reports*, Cevzican sürviyans kayıtlarından 2015'te alınmıştır.
17. İnternet: Measurement and Health Information. WHO. (April 2011). Web: <http://www.who.int> 12 Aralık 2016'da alınmıştır.
18. İnternet: Country Cooperation Strategy for WHO and Afghanistan, 2009-2013. WHO. (2013). Web: <http://www.who.int> 8 Mart 2016'da alınmıştır.

19. İnternet: World Health Statistics. WHO. (2010). Web: <http://www.who.int> 12 aralık 2016'da alınmıştır.
20. İnternet: Cough and Cold Remedy for ARI Treatment. WHO. (2001). Web: <http://www.who.int> 25 Aralık 2015'da alınmıştır.
21. İnternet: Manual for The Health Care of Children in Humanitarian Emergencies. WHO. (2008). Web: <http://www.who.int> 25 Aralık 2015'da alınmıştır.
22. İnternet: Recommendations for Common Childhood Conditions. WHO. (2012). Web: <http://www.who.int> 25 Aralık 2015'da alınmıştır.
23. İnternet: Communicable Disease Control in Emergencies, A field manual, 2005. WHO. (2005). Web: <http://www.who.int> 25 Aralık 2015'da alınmıştır.
24. WHO. (1999). *Guidelines for Epidemic Preparedness and Response to ARI Outbreaks*, ss. 67-68
25. MoPH. (2008) *National Strategic Plan for Control of Diarrheal Diseases in Afghanistan April 2008-March 2013*. ss. 4-15
26. İnternet: Child and Adolescent Health. MoPH (2009). Web: <http://moph.gov.tr> 13 Aralık 2016'da alınmıştır.
27. WHO. (2007). *Combating water born diseases at the household level, The International Network to Promote Household Water Treatment and Storage*. ss. 29
28. Trung Vu Nguyen, Phung Le Van, Chinh Le Huy, et al. (2006) *Etiology and epidemiology of diarrhea in children in Hanoi, Vietnam. International Journal of Infectious diseases*, ss. 144
29. UNICEF. (2005), *Afghanistan. Multi Indicator Cluster survey (MICS), 1997, 2000 and 2003*, ss. 71, 17, 112
30. Melissa Opryszko, RS., Majeed, SW., Burnham G. (2008). *Safe water Systems Project Final Report, September 28th , 2007. A randomized control study in a rural population in Wardak province, Afghanistan*. ss. 69
31. UNICEF. (2006). *Best estimate for social indicators for children in Afghanistan 1990-2005*. ss. 29
32. MoPH. (2005). *National Nutrition survey, 2004*. ss. 45-46
33. MoPH. (December 2005). *Best estimates of social indicators for children in Afghanistan, 1990-2005, compiled for Islamic Republic of Afghanistan*. ss. 102
34. Assefa F, Jabarkhil MZ, Salma P, Spiegel P. (2002). *Malnutrition and Mortality in Kohistan District, Afghanistan, April 2001*. ss. 61-62
35. İnternet: Case of Death, Data and Statistics. WHO. (2003). Web: <http://www.who.int> 25 Aralık 2015'da alınmıştır.
36. MoPH. (2008). Hospital HMIS, April-March 2006 & April-September 2007, Cevzican sürviyans kayıtlarından 2015'te alınmıştır.

37. USAID, WHO, UNICEF, (2005). *Diarrhea treatment guideline for clinical based health workers*, ss. 82-83
38. İnternet: Afghanistan Country Information, 12 September 2000. WHO. (2001). Web: <http://www.who.int> 30 Aralık 2015’da alınmıştır.
39. İnternet: Afghanistan Country Information, 26 July 2001. WHO. (2001). Web: <http://www.who.int> 30 Aralık 2015’da alınmıştır.
40. Afghan Institute of Public Health. (2008). *Weekly morbidity & mortality report, Issue 06, February 2011*, ss. 74
41. MoPH. *Afghanistan Health Survey, 2006*, ss. 128
42. MoPH/UNICEF. (2006). *Evaluation mission of diarrheal disease reduction campaign carried out by the Ministry of Public Health and UNICEF, Kabul city, October, 2005*. ss. 117
43. WHO/UNICEF. (2007). *Joint reporting from on immunization for the period of January to December 2006*, ss. 65
44. UNICEF, Afghanistan. (2007). *Report on Rapid Assessment of Latrine Use Pattern in Schools, November 2007*, ss. 288-289
45. MoPH. (2008). *National Action Plan of Improved Diarrhea Case Management*, ss.3-6
46. Jawzjan Provincial Development Committee. (2014). *Jawzjan Provincial Development Plan for 2014*, ss. 5, 15, 60-61
47. Jawzjan Provincial Development Committee. (2013). *Jawzjan Provincial Development Plan for 2013*, ss. 13
48. Independent Directorate of Local Governance. (2011). *Jawzjan in 2011*, ss. 4
49. Independent Directorate of Local Governance. (2009). *Jawzjan in 2007-2008*, ss. 58, 66-79
50. Central Statistics Organization. *Afghanistan Statistic Yearbook 2011-2012*, ss. 117, 183
51. Central Statistics Organization. *Estimated Population of Afghanistan 2013-2014*, ss. 33
52. MoPH. (2013). *Afghanistan Provincial Health Profile- Situational Analysis of Provincial Health Services*, ss. 65-112.
53. MoPH. *HMIS Database (2013-2014)*, Afganistan, Cevzican sürviyans kayıtlarından 2015’te alınmıştır.
54. AKŞİT, S. (2002). Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları-1. *Sted 2002, Cilt 11(4)*, ss.134
55. AKŞİT, S. (2002). Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları-2. *Sted 2002, Cilt 11(5)*, ss. 181-183.
56. Güler, Ç., Akın, L. (2012). *Halk Sağlığı Temel bilgiler*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. ss. 1360-1365

57. Kaymakoglu, S. *İshaller, içinde: Büyüköztürk K. (ed) (2007). İç Hastalıkları*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, ss. 855-863.
58. Neyzi, O., Ertugrul T. (2002). *Akut ishaller, In:Pediatrı 2*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, ss. 775-782.
59. Pekus, M.(çeviri). (1987). *İshal, In: The Merck Manual Teshis/Tedavi El Kitabı, Cilt:1*, İstanbul: Merk Yayıncılık, ss. 577-578.
60. Uzunismail, H. (2007). *Kronik Diyare, In: Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A.Cerrahpasa iç Hastalıkları*, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, ss 816-818.
61. Gülden, K., Gökmen H. (2000). *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. Ankara: Hatiboglu Yayınları, ss. 325-358.
62. Etiler, N., Aktekin, MR. (2000). Bebeklik döneminde alt solunum yolu enfeksiyonu sıklığı ve etkileyen faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 7(3), ss. 208.
63. Afganistan Merkez İstatistik Kurumu. (2017). *Afghanistan living conditions survey 2016-2017*, ss. 48-69.
64. Bellos et al. (2010). The burden of acute respiratory infections in crisis-affected populations: a systematic review. *Conflict and Health* 2010, 4(3), ss. 1
65. Çakmur, H. (2013). Çocuklukta enfeksiyöz diyare ve dehidratasyon. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(2), ss. 96-100.
66. Maarij, A. (2005). *Afghan nomads' perceptions of diarrhea*, Yüksek Lisans Tezi, Amsterdam: ss. 54
67. Türk, G. (2015). *0-5 Yaşında ishal çocuğı olan annelerin ishal konusundaki bilgi, tutum ve davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, ss. 36-55.
68. Özçırpıcı, B. (2000). *Beş yaş altı çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığı ve otutilan konutun koşulları ile ilişkisi*, Uzmanlık Tezi, Gaziantep, ss. 29-75.
69. Peker, E. (2012). *Annelerin akut solunum yolu enfeksiyonları ile ilgili bilgi tutum ve davranışları*, Uzmanlık Tezi, Çanakkale, ss. 39-49.
70. Öztürk, A. (1992). *Halcılar sağık ocağı bölgesinde 0-4 yaş grubu çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonlarının görölme sıklığı ve etkileyen faktörler*, Uzmanlık Tezi, Kayseri, ss. 51-80.
71. Sezgin, SŞ. (1989). *Sivas Eskikarahisar ve Kayapınar köylerinde 0-4 yaşlarında çocuğı olan annelerin ishale ilişkin bilgi, tutum ve geleneksel uygulamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, ss. 24-48.
72. Yıldız, H. (1989). *Eskişehir Anadolu üniversitesi tıp faköltesi çocuk sağığı ve hastalıkları polikiliniğıne başvuran 0-5 yaş arası çocuklarda ishal ve solunum yolu enfeksiyonu olgularının değerdendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, ss. 71-88.

EKLER

EK-1. Anket Formu

Araştırma Projesinin Adı: Afganistan Cevzican İli Şibirgan İlçesinde 0-59 Aylık Çocuklarda Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ve İshalli Hastalıkların Görülme Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Ebeveyn Yaklaşımları

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı: Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

Yardımcı Araştırmacının Adı Soyadı: Dr. Quayash ABDUL SAMAD

Değerli anne ve babalar;

Benim adım Dr. Quayash Abdul Samad. Sizin çocuğunuzun yaşlarında olan çocuklarda Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu ve İshalli hastalıklar olup olmadığına dair bir araştırma yapıyoruz. Amacımız, bu iki hastalığın sıklığını ve etkileyen faktörlerini tespit ederek boyutunu ve önemini yetkililere ve ailelere göstermektir.

Sizin çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmasını istiyoruz. Çocuğunuzdan istenen tek şey tarafımızdan muayene olunması ve sizden isteğimiz aşağıdaki anket sorularını cevaplamanızdır.

Bu araştırma kapsamında kışın Şubat ayında tekrar gelerek çocuğunuzun bir daha muayene edeceğiz. Araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz ancak sizin ve çocuğunuzun adını ve muayene sonuçlarını kimseye açıklamayacağız.

Eğer çocuğunuz ile birlikte bu çalışmaya dahil olursanız çalışmamızın başarısına katkı sağlamış olacaksınız. Kendiniz ve çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıya çocuğunuzun adını ve baba adını yazarak parmak izinizi veya imzanızı atınız.

Çocuğun adı:

Velinin adı:

Yerleşim Birimi adı:

Sokak adı:

Adresi:

İmza:

Tarih:

EK-1. (devam) Anket Formu

Anket No:

Çocuğun Adı Soyadı			
Çocuğun Cinsiyeti			
Çocuğun Doğum Tarihi	 / /		
Çocuğun Yaşı			

1. Yaşayan kardeş sayısı kaçtır?
0) 0 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 5) 5⁺
2. Ölen kardeş sayısı kaçtır?
0) 0 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4⁺
3. Annenin yaşı kaç?
1) 15-19 2) 20-24 3) 25-34 4) 35⁺
4. Annenin öğrenim durumu nedir?
1) Okuryazar değil 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu
4) Lise mezunu 5) Yüksekokul-Üniversite mezunu
5. Anne para getiren bir işte çalışıyor mu?
0) Hayır 1) Evet 2) Bazen
6. Annenin mesleği nedir?
1) Ev Hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Öğrenci 5) Emekli 6) Diğer
7. Babanın yaşı kaç?
1) 16-20 2) 21-25 3) 26-35 4) 36⁺
8. Babanın öğrenim durumu nedir?
1) Okuryazar değil 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu
4) Lise mezunu 5) Yüksekokul-Üniversite mezunu
9. Baba para getiren bir işte çalışıyor mu?
0) Hayır 1) Evet 2) Bazen
10. Babanın mesleği nedir?
1) Esnaf 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Memur
5) Öğrenci 6) Emekli 7) Diğer
11. Aylık toplam hane halkı geliriniz ne kadardır?
1) 100 \$'dan daha az 2) 100 \$ –150 \$ 3) 150 \$ –200 \$
4) 200–300 \$ 5) 300-500 \$ 6) 500 \$'dan daha fazla
12. Hanenizde kaç kişi yaşıyor?
1) 3 2) 4 3) 5 4) 6 5) 7 6) 8 7) 9 8) 10⁺
13. Çocuğunuzun bilinen ne hastalığı var?
0) Bilinen hastalığı yok 1) HIV 2) Sıtma 3) Malnütrisyon 4) Diğer
14. Evdeki oda sayısı kaçtır? (salon dahil)
1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 5) 5⁺
15. Evin ısıtması nasıl yapılıyor?
1) Sandali 2) Odun sobası 3) Kömür sobası
4) Elektrikli soba 5) Doğalgaz

EK-1. (devam) Anket Formu**16. Evin soğutması nasıl yapılıyor?**

- 0) Soğutma sistemi yok 2) Sulu klima 3) Elektrikli klima
4) Vantilatör 5) Dikenlik

17. Evin içinde ne gibi işler yapılıyor?

- 0) Sadece yaşanıyor 2) Halı dokunuyor 3) Hayvan besleniyor
4) Terzilik işleri yapılıyor 5) Mahalle çocuklarına eğitim veriliyor 6) Diğer

18. Evde sigara kullanan biri var mı?

- 0) Hayır 1) Evet 2) Bazen

19. Evinizde hangi hayvanlar yaşıyor?

- 0) Hayvan yaşamıyor 1) Köpek 2) İnek 3) Koyun
4) Keçi 5) Tavuk

20. Eviniz rutubetli midir?

- 0) Hayır 1) Evet 2) Kısmen 3) Bilmiyorum

21. Genel ev koşullarınız nasıl?

- 1) Evimiz çok soğuk 2) Evimiz çok sıcak 3) Evimizin havalandırma sistemi kötü
4) Evimizde toz var 5) Evimizde duman var 6) Evimiz normal

22. Evinizi ne sıklıkta havalandırıyorsunuz?

- 0) Hiç havalandırmıyoruz 1) Her gün 2) Haftada 2-3 kez
3) Haftada 1 kez 4) Daha seyrek

23. Mutfak koşulları nasıldır?

- 1) Ev içinde sağlıklı 2) Ev içinde sağlıklı
3) Ev dışında sağlıklı 4) Ev dışında sağlıklı

24. Gıdayı nereden elde ediyorsunuz?

- 1) Hayvanlarımızdan 2) Pazardan
3) Tarlamızdan 4) Genelde evde yapıyoruz

25. Gıdayı nerede saklıyorsunuz?

- 1) Buz dolabında 2) Sepetin altında 3) Açık havada
4) Mutfakta 5) Diğer

26. Çocuğunuza biberon veya emzik kullanıyor musunuz?

- 0) Hayır 1) Evet 2) Bazen

27. Tuvalet koşulları nasıldır?

- 1) Ev içinde kanalizasyona bağlı 2) Ev içinde kanalizasyona bağlı değil
3) Ev dışında sağlıklı 4) Ev dışında sağlıklı

28. Çöpleri nerede ve nasıl biriktiriyorsunuz?

- 1) Biriktirmeden sokağa atıyoruz 2) Yakıyoruz
3) Ev dışında üstü kapalı biriktiriyoruz 4) Ev içinde üstü kapalı biriktiriyoruz
5) Ev dışında üstü açık biriktiriyoruz 6) Ev içinde üstü açık biriktiriyoruz

29. Ne zamanlar sabon kullanıyorsunuz?

- 1) Yemekten önce ve sonra 2) Tuvaletten sonra 3) Sabahları
4) Çocuğumu emzirirken ve beslerken 5) Çocuğumun altını temizledikten sonra

EK-1. (devam) Anket Formu

30. Ne sıklıkta sabun kullanıyorsunuz?

- | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------|
| 0) Hiç kullanmıyorum | 1) Günde birden fazla defa | 2) Günde bir defa |
| 3) Haftada bir defa | 4) Çok az | |

31. Çocuğunuzun altını temizlemek için neler yaparsınız?

- | | | |
|----------------------------|---|---------------------|
| 1) Su ile yıkarım | 2) Su ve sabon ile yıkarım | 3) Banyo yaptırırım |
| 4) Islak mendil kullanırım | 5) Tuvalet kağıdı veya bez ile temizlerim | |

32. Ne sıklıkta banyo yaparsınız?

- | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 1) Her gün | 2) Haftada iki defa | 3) Haftada bir defa |
| 4) İki haftada bir defa | 5) Ayda bir defa | |

33. Ne sıklıkta çocuğunuzu banyo yaptırırsınız?

- | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 1) Her gün | 2) Haftada iki defa | 3) Haftada bir defa |
| 4) İki haftada bir defa | 5) Ayda bir defa | |

34. Ne sıklıkta dişlerinizi fırçalarsınız?

- | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------|
| 0) Hiç fırçalamam | 1) Her gün | 2) Haftada iki defa |
| 3) Haftada bir defa | 4) İki haftada bir defa | |

35. Ne sıklıkta çocuğunuzun dişlerini fırçalarsınız?

- | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------|
| 0) Hiç fırçalamam | 1) Her gün | 2) Haftada iki defa |
| 3) Haftada bir defa | 4) İki haftada bir defa | |

36. Ne sıklıkta tırnaklarınızı kesersiniz?

- | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------|
| 0) Hiç kesmem | 1) Uzadığında | 2) Haftada iki defa |
| 3) Haftada bir defa | 4) Çok fazla uzadığında | |

37. Ne sıklıkta çocuğunuzun tırnaklarını kesersiniz?

- | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------|
| 0) Hiç kesmem | 1) Uzadığında | 2) Haftada iki defa |
| 3) Haftada bir defa | 4) Çok fazla uzadığında | |

38. Ne sıklıkta çocuğunuzun elbiselerini değiştirirsiniz?

- | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 1) Her gün | 2) Haftada iki defa | 3) Haftada bir defa |
| 4) İki haftada bir defa | 5) Kirlendiğinde | |

39. İçme suyu nereden sağlanıyor?

- | | | |
|---------------|---|---------------|
| 1) Kuyu | 2) Ev içi çeşme | 3) Irmak suyu |
| 4) Havuz suyu | 5) Üstü kapalı sağlıklı su satın alıyoruz | 6) Diğer |

40. İçme suyunu nerede saklıyorsunuz?

- | | | |
|----------|------------------|--------------------|
| 1) Varil | 2) Bidon | 3) Üstü kapalı kap |
| 4) Kova | 5) Üstü açık kap | 6) Diğer |

41. İçme suyunu dezenfekte etmek için hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 0) Dezenfekte etmiyoruz | 2) Kaynatma |
| 3) Klorlama | 4) Güneşte bekletme |

42. Temizlik suyu nereden sağlanıyor?

- | | | | |
|---------------|---|------------------|---------------|
| 1) Kuyu | 2) Ev içi çeşme | 3) Ev dışı çeşme | 4) Irmak suyu |
| 5) Havuz suyu | 6) Üstü kapalı sağlıklı su satın alıyoruz | 7) Diğer | |

43. Yemek pişirmede suyu nereden sağlıyorsunuz?

- | | | | |
|---------------|---|------------------|---------------|
| 1) Kuyu | 2) Ev içi çeşme | 3) Ev dışı çeşme | 4) Irmak suyu |
| 5) Havuz suyu | 6) Üstü kapalı sağlıklı su satın alıyoruz | 7) Diğer | |

EK-1. (devam) Anket Formu

44. Çocuğunuzu kaç yaşına kadar emzirdiniz?
 0) Hiç emzirmedim 2) İki ay 3) Altı ay
 4) Bir yaşına kadar 5) İki yaşına kadar
45. Çocuğunuza ek gıdaya ne zaman başladınız?
 0) Bilmiyorum 1) 4 aylıkta 2) 6 aylıkta 3) 8 aylıkta 4) Bir yaşında
46. Çocuğun şu anki beslenme şekli nasıldır?
 1) Yalnız anne sütü alıyor 2) Karışık ve yapay besleniyor 3) Tek çeşit besleniyor
 4) Kötü besleniyor 5) Orta besleniyor 6) İyi besleniyor
 7) Emziriyorum ve ek gıda veriyorum
47. Çocuğu iyi beslemenin ve emzirmenin faydaları nelerdir?
 0) Bilmiyorum 1) Hastalıklara karşı direnci artar 2) Çabuk hastalanmaz
 3) Hastalandığında çabuk iyileşir 4) Karnı doyar 5) Hızlı gelişir ve büyür
48. Hasta çocuğunuzu nasıl beslersiniz?
 0) Bilmiyorum 1) Daha az beslerim
 2) Daha çok beslerim 3) Daha az meyve ve sebze veririm
 4) Daha fazla meyve ve sebze veririm 5) Bol sulu yemekler veririm
49. Sizce çocuğunuzun hastalanma sebebi ne olabilir?
 0) Bilmiyorum 1) Allah tarafından 2) Temizliğe dikkat etmeme
 3) İyi beslenmeme 4) Sağlıksız su içme
50. Çocuğunuzda öksürük, ateş, burun veya kulak akıntısı, hırıltılı solunum veya ishal olursa kaç gün sonra doktora götürürsünüz?
 0) Hiç doktora götürmem 1) Hemen götürürüm 2) Bir gün sonra
 3) Bir hafta sonra 4) Durumu ağırlaştığında
51. Bu hastalıklar bulaşıcı mıdır?
 0) Hayır 1) Evet 2) Bilmiyorum
52. Çocuğunuzda öksürük, ateş, burun veya kulak akıntısı, hırıltılı solunum veya ishal olursa olduğunda başkalarına geçmemesi için neler yaparsınız?
 0) Hiçbir farklı şey yapmam 1) Çocuğun odasını ayırırım
 2) Çocuğun kullandığı eşyayı ayırırım 3) Diğer çocuklarla temasını azaltırım
 4) Temizliğine daha fazla dikkat ederim
53. Çocuğunuzda öksürük, ateş, burun veya kulak akıntısı veya hırıltılı solunum olursa ne yaparsınız?
 1) Doktora götürürüm 2) Hocaya götürürüm 3) Daha iyi beslerim
 4) Eczaneden ilaç alırım 5) Hiçbir şey yapmadan iyileşmesini beklerim
 6) Temizliğe daha dikkat ederim 7) Evde dinlenmesini sağlarım
54. Sizce nezle, grip ve pnömoniye iyi gelen yiyecekler nelerdir?
 0) Hiçbir yiyecek 2) Bütün yiyecekler 3) Sulu yiyecekler
 4) Meyve ve sebzeler 5) Diğer
55. Çocuğunuz ishal olduğunda ne yaparsınız?
 1) Doktora götürürüm 2) Hocaya götürürüm 3) Daha iyi beslerim
 4) Eczaneden ilaç alırım 5) Hiçbir şey yapmadan iyileşmesini beklerim
 6) Temizliğe daha dikkat ederim 7) Evde dinlenmesini sağlarım

EK-1. (devam) Anket Formu

56. İshalli çocuğa su verilir mi?

- 0) Hayır 1) Evet 2) Bilmiyorum

57. Hasta çocuğunuzu tedavi etmek için ne gibi geleneksel yöntemlere baş vurursunuz?

- 0) Hiçbir yonteme başvurmam 1) Geleneksel ilaçlar veririm
2) Hocaya okutmak için götürürüm 3) Geleneksel yemekler yediririm 4) Diğer

58. Sizce bu iki hastalığı en önemli tedavi girişimi nedir?

- 1) İlaç verme 2) Çok yiyecek ve içecek verme
3) Az yiyecek ve içecek verme 4) Dinlenme

59. Sizce bu iki hastalık ne kadar önemlidir?

- 1) Basit hastalıklardır, çabuk geçer 2) Çok önemlidir, çocuğu öldürebilir
3) Önemlidir fakat çocuğu öldürmez 4) Sık olduğu için çok önemli değil

60. Bu hastalıklardan çocuklarınızı korumak için neler yaparsınız?

- 0) Bilmiyorum 1) Az yemek yediririm 2) Temizliğe dikkat ederim
3) Çok yemek yediririm 4) Temiz su içiririm

61. Çocukların aşıları yapıldı mı?

- 0) Hayır 1) Evet 2) Bilmiyorum

62. Çocuklara hangi aşıları yapıldı?

- 0) Bilmiyorum 1) PENTA 1-2-3 2) Polio 0-1-2-3-4
3) Kızamık 4) BCG 5) TT

63. Bu hastalıklarla ilgili devletin size yapmış olduğu ne gibi hizmetler var?

- 0) Hiçbir hizmet yok 2) Bilgilendirme kampanyaları var
3) İyi hastane hizmetleri var 4) Kötü hastane hizmetleri var
5) Orta derecede hastane hizmetleri var 6) Gıda hizmetleri var
7) Çevre sağlığı hizmetleri var 8) Aşılama hizmetleri var
9) İyi BHC ve CHC hizmetleri var 10) Kötü BHC ve CHC hizmetleri var

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!

EK-2. Muayene Formu

Adı Soyadı:
Cinsiyeti:
Doğum tarihi:/...../.....

Yaşı:
Ağırlığı:
Boy:
Anket No:

1. Öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı veya tıkanması ve hafif ateş ($\text{ateş} \geq 38^{\circ}\text{C}$) (olmayadabilir) var mı? (Kulak akıntısı ve kulak zarı, farinks, larinks ve tonsillerde hiperimi olabilir.)

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: AÜSYE

2. Yedi gün devam eden, $\text{ateş} \geq 38^{\circ}\text{C}$, öksürük, solunum darlığı veya solunum zorluğu, 2 aylık 1 yaş için 50 veya daha fazla solunum, 1-5 yaş arası için 40 veya daha fazla solunum var mı? (Solunum seslerinde hırıltı (wheezing) ve kaba raller duyulabilir.)

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: Pnömoni (AASYE)

3. Göğüs ağrısı, göğüs çekintisi, stridor ve genel tehlike bulguları (içememe, emememe, kusma, konvülsiyon, letarjik, bilinci kapalı, iki aydan küçüklerde öksürük, solunum zorluğu, 60'tan fazla solunum, homurdanma (inleme), ateş veya düşük vücut ısı)

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: Ağır pnömoni

4. En az iki gün devam eden 24 saat içinde üç veya daha fazla sulu dışkı var mı? (Bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş ve bağırsak seslerinde değişiklik olabilir.)

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: İshal

5. Bu durum 14 gün devam etmiş mi?

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: Persistan ishal

6. Kuru ağız, susuzluk ve rahatsızlık var mı?

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: Hafif dehidratasyon

7. İsteyerek içme, deri katlanması yavaş kaybolması, çökük gözler var mı?

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: Orta dehidratasyon

8. Bilinç kaybı, içememe, konvülsiyon, derin çökük gözler ve fontanel, deri katlanması çok yavaş kaybolması; bu bulguların biri var mı?

0) Hayır

1) Evet

Teşhis: Ağır dehidratasyon

EK-3. Saha Çalışması Fotoğrafları

Çalışma ekibimiz; bir araştırmacı doktor, bir toplum sağlık çalışanı ve bir yardımcı kadın



Yaz döneminde katılımcı bir anneye anket uygularken

EK-3. (devam) Saha Çalışması Fotoğrafları

Yaz döneminde katılımcı bir çocuğu muayene ederken



Kış döneminde köy muhtarı ile beraber adresleri belirlerken

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ABDUL SAMAD Quayash
 Uyruğu : Afganistan
 Doğum tarihi ve yeri : 01.01.1986 Saripul
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 05078236860
 e-mail : qoyashrasekh@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD	Devam Ediyor
Lisans	Belh Üniversitesi, Tıp Fakültesi	2002-2008
Lise	Uhuvvet Lisesi	1996-2001

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2008-2009	Mezar-ı Şerif Bölgesel Hastanesi	Pratisyen Hekim
2009-2010	Mezar-ı Şerif, Özel Sektör	Eğitimci
2014-2017	Ankara	Ticari Şirket Müdürü

Yabancı Dil

Türkçe, İngilizce ve Arapça

Hobiler

Resim çizmek, Müzik dinlemek



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

