

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

**EDİRNE MERKEZDEKİ HASTANELERİN ÇOCUK  
SERVİSLERİNE GASTROENTERİT TANISIYLA  
YATIRILAN 0 – 3 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARA  
ANNELERİNİN EVDE YAPTIKLARI  
UYGULAMALAR, BİLGİ VE ÖZYETERLİK  
DÜZEYLERİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Ayça DERİNDERE KUŞKU**

EDİRNE-2011

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

**EDİRNE MERKEZDEKİ HASTANELERİN ÇOCUK  
SERVİSLERİNE GASTROENTERİT TANISIYLA  
YATIRILAN 0 – 3 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARA  
ANNELERİNİN EVDE YAPTIKLARI  
UYGULAMALAR, BİLGİ VE ÖZYETERLİK  
DÜZEYLERİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Ayça DERİNDERE KUŞKU**


**Tez No:**

EDİRNE-2011

T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

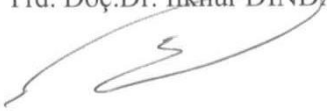
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç.Dr. İlknur DİNDAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Ayça DERİNDERE KUŞKU tarafından tez başlığı “Edirne Merkezindeki Hastanelerin Çocuk Servislerine Gastroenterit Tanısıyla Yatırılan 0-3 Yaş Grubu Çocuklara Annelerinin Evde Yaptıkları Uygulamalar, Bilgi ve Özyeterlik Düzeyleri” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 27/10/2011 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.



İmza  
Unvanı Adı Soyadı  
Doç.Dr. Necdet SÜT

İmza

Unvanı Adı Soyadı  
Yrd. Doç.Dr. İlknur DİNDAR



İmza

Unvanı Adı Soyadı  
Yrd. Doç.Dr.Melahat AKGÜN KOSTAK



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK  
Enstitü Müdürü

## **TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans eğitim sürecinin her aşamasında değerli fikirleri ile büyük bir özveri ve içtenlikle yardım ve desteğini esirgemeyen değerli Hocam Yrd. Doç. Dr. İlknur Dindar'a, tezimin istatistiksel analizlerindeki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Necdet Süt'e, çalışmanın her aşamasında sevgi ve sabır dolu davranışları ile her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen sevgili annem, eşim ve kardeşlerime, arkadaşlarıma, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı içtenlikle teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	i
GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
Tanım.....	5
Risk Faktörleri.....	5
Sınırlandırma.....	6
Etiyolojik Ajanlar.....	8
Patogenez.....	15
Patofizyoloji.....	17
İshalde Klinik Bulgular ve Tanı.....	19
İshal Komplikasyonları.....	25
Tedavi.....	26
Hemşirelik bakımı.....	35
Persistan İshalli Çocuğa Yaklaşım.....	38
Dizanterili Çocuğa Yaklaşım.....	38
Kronik İshalli Çocuğa Yaklaşım.....	39
Koruma ve Kontrol.....	40
Özyeterlik.....	45
GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
BULGULAR.....	54
TARTIŞMA.....	90
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
ÖZET.....	104
SUMMARY.....	106
KAYNAKLAR.....	108
TABLolar LİSTESİ.....	118
ÖZGEÇMİŞ.....	121
EKLER LİSTESİ.....	122

## KISALTMALAR

<b>AIEC</b>	: Enteroinvaziv Escherichia. Coli
<b>AŞTE</b>	: Ağız Şeker Tuz Eriyiği
<b>ATP</b>	: Adenotrifosfat
<b>Ca</b>	: Kalsiyum
<b>CDD</b>	: Control of Diarrhoeal Diseases (İshalli Hastalıklar Kontrolü)
<b>Cl</b>	: Klor
<b>DDA</b>	: Düşük Doğum Ağırlıklı
<b>DNA</b>	: Deoksribonükleik asit
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>E.coli</b>	: Escherichia Coli
<b>EAEC</b>	: Enteroagregativ Escherichia Coli
<b>EKG</b>	: Elektrokardiografi
<b>EPEC</b>	: Enteropatojenik Escherichia Coli)
<b>ETEC</b>	: Enterotoksijenik Escherichia Coli
<b>HCO3</b>	: Bikarbonat
<b>HRV</b>	: Monovalan Rotavirus
<b>IGA</b>	: İmmünglobülin A
<b>IM</b>	: İntramüsküler
<b>IV</b>	: İntravenöz
<b>İL</b>	: İnterlökin
<b>K</b>	: Potasyum
<b>Me</b>	: Maliyet Etkin
<b>mEq</b>	: Miliequvalan
<b>Mg</b>	: Magnezyum
<b>ml</b>	: Mililitre
<b>mMol</b>	: Milimol
<b>Na</b>	: Sodyum
<b>NG</b>	: Nazogastrik
<b>ORS</b>	: Oral Rehidratasyon Sıvısı
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>PRV</b>	: Pentavalan Reassortant Rotavirus
<b>SC</b>	: Subkutan

- Sd** : Standart Değer
- SPSS** : Statistical Package for Social Science
- SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu
- STEC** : Shiga Toksin İçeren Escherichia Coli
- UHY** : Ulusal Hastalık Yükü
- UNİCEF** :United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler  
Uluslararası ocuklara Yardım Fonu
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- Zn** : Çinko

## GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk dönemi morbidite ve mortalite hızlarının yüksek olduğu sağlık açısından riskli bir dönemdir. Beş yaş altı ölümleri ilk 60 ay içinde olan çocuk ölümleridir. Günümüzde uluslararası kıyaslamalarda en fazla kullanılan ölçüttür. Bu ölçüt ülkenin gelişmişlik düzeyi ile sıkı bir ilişki gösterir (1).

Dünyada her dakika beş yaşından küçük 20 çocuk ölmektedir. Bu, günde 30 bin, yılda 11 milyon çocuk ölümü demektir. Çocuk ölümlerinin yüzde 70'inden fazlası korunulabilen ya da tedavi edilebilen hastalıklara bağlıdır. Bunların arasında ishaller hastalıklar, bütün dünyada sağlık kurumlarına başvurunun en sık nedenlerindedir. Yılda yaklaşık 2–3 milyar olgunun gastroenterite yakalandığı kabul edilmektedir. Dünya genelinde beş yaş altındaki çocukların yılda ortalama 3,2 kez ishal oldukları bildirilmiştir. Her yıl beş yaş altı çocuklarda 1,3 milyar ishal epizodu görülmektedir. Bu çocukların 3 milyonu ölmektedir. Avrupa'da üç yaş altındaki çocuklarda ishal insidansı yılda çocuk başına 0,5 ile 1,9 arasında değişmektedir. İshal global olarak beş yaş altı çocukların ölümlerinin yüzde 15-30'undan sorumludur. 6–11 ay arası pik yapmaktadır (2,3).

Bu ölümlerin çoğu, aşırı fakirlik, hızlı şehirleşme, standartların altındaki kalabalık ev yaşantısı, yetersiz su miktarı, yetersiz besin hijyeni, yetersiz eğitim, ciddi sağlık bakımı yetersizliği bulunan “gelişmekte olan ülkelerde” meydana gelmektedir. Ayrıca yeni tanımlanan pek çok mikroorganizma da hem normal sağlıklı popülasyonda, hem de immün sistem hastalığı olan kişilerde gastroenterit etkeni olmaktadır (4,5).

Gelişmekte olan ülkelerde ishale bağlı ölümlerin en önemli nedeni dışkı ile kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konmamasıdır. Bunun yanında, bu ülkelerde yaşayan çocuklarda sık geçirilen ishaller hastalıklar malnütrisyonla zemin hazırlamakta ve bu durum



enfeksiyonların sıklaşmasına, daha ağır olmasına ve uzun sürmesine yol açmaktadır. Sonuçta bu ülkelerde ishale bağlı ölümlerden dehidratasyon yanında malnütrisyon da sorumlu olmaktadır (6,7).

2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre ülkemizde her yıl canlı doğan 1000 bebekten 17'si bir yaşını tamamlamadan, 24'ü beş yaşından önce ölmektedir. Ölüm nedenlerine bakıldığında halen önlenabilir ölüm nedenleri olan perinatal ölümler, alt solunum yolu enfeksiyonları, konjenital anomaliler, ishal ve menenjitler ilk beş sırada yer almaktadır. Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışmasında belirtildiği üzere ishale seyreden hastalıklar %1,5 oranı ile ulusal düzey ölüm nedenlerinde onikinci sıradadır. İshale seyreden hastalıklar 0-14 yaş grubunda % 8,4 oranı ile toplamda dördüncü ölüm nedenidir (8,9).

Ülkemizde özellikle kırsal kesimlerde daha fazla olmak üzere önemli bir sağlık sorununu oluşturan gastroenteritler; proksimal ince barsakların non-inflamatuvar infeksiyonlarından, kolonun inflamatuvar infeksiyonlarına kadar, çeşitli faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ishal veya bulantı-kusma semptomlarının oluşturduğu bir sendrom; mide barsak sisteminin iltihabı olarak tanımlanabilir. Bazen mikropların kendileri mide barsak sisteminde direkt hasara neden olarak gastroenterit oluştururken bazen de mikropların ürettiği toksinler gastroenterite neden olmaktadır (9,10).

Öncelikle, 0-6 yaş döneminin, çocukların en hızlı geliştiği dönem olduğu düşünüldüğünde, bu dönemde bir çocuğun yeterli beslenmesi ve gelişimini destekleyecek bir ortamda bulunmasının ne denli önemli olduğu görülmektedir. İçinde buldukları şartlar değerlendirildiğinde, gelişimi en fazla tehdit altında olan ailelerin çocuklarına erken çocukluk bakım hizmetlerinin verilmesinde anne ve babaların özyeterlilik durumlarının önemi de ortaya çıkmaktadır (9,11).

Özyeterlilik bireyin becerileriyle değil, yetenekleri kapsamında neler yapabildiğini değerlendirmesiyle ilişkilidir Daha basit bir ifadeyle özyeterlilik, özgüvenin duruma özel formunu temsil eder. Bireyin kişisel yapabilirliklerine yönelik yargıları; aktivitelerinin seçimini, bu aktiviteleri yerine getirmek için ne kadar çaba harcayacağını, zorluklarla ne düzeyde mücadele edeceğini, düşünme kalıplarını ve duygusal tepkilerini belirlemede önemlidir. Özyeterlilik aynı zamanda bireyin engellerle karşılaştığında mücadele etme ve elverişsiz durumlarla yüzleşebilmek için gerekli olan direnç sahip olma gibi özelliklerde de belirleyici rol oynar. Yüksek düzeyde özyeterliliğe sahip olan bireyler, düşük düzeyde özyeterliliğe sahip olanlara göre daha fazla çaba harcar ve problemlerle yüzleştiklerinde daha uzun süre mücadele ederler (12,13).

Anne-babalık becerilerinde özyeterlik, anne-babalık görevleri konusunda sahip olunan güven ve anne ve babaların çocuklarının gelişimlerini pozitif bir şekilde etkileme becerilerini algılanmaları olarak tanımlanabilir. Pek çok anne ve baba, anne-babalık deneyimlerini eğlenceli ve mutluluk verici tecrübeler olarak görmektedirler, fakat anne-babalık gençlik ya da orta yetişkinlik döneminde, pek çok ek zorlu sosyal, fiziksel, duygusal ve zihinsel rol getirmektedir. Bilindiği üzere anne ve baba olmak, bir bireyin düzenli olarak yıllar boyunca beslenme, bakım ile koruma gibi sorumluluklarını alma ve sürdürmeyi de gerektirmektedir. Böylece anne, baba ve çocuk etkileşimi, çocuk gelişimi ve bakımı konusundaki bilgi düzeyleri de önem kazanmaktadır (12,13).

Bu araştırma, Trakya üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Servislerine gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş grubu çocukların annelerinin bilgi düzeyleri, evde yaptıkları uygulamaları ve annelerin analık görevlerinde özyeterliliklerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

İshal, bebek ve çocuklarda en sık görülen hastalıklardan biridir. İshalli hastalıklar dünyanın her yanında yaygın olmakla birlikte, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ishal özellikle küçük çocuklar için son derecede önemli bir sağlık sorunu ve önde gelen bir ölüm nedenidir. Her gün 5 binden, her yıl ise 1.7 milyondan fazla çocuk daha beş yaşına gelmeden ishalli hastalıklar yüzünden ölmektedir. İshal, çocuklar arasında görülen ölümlerin en yaygın ikinci nedenidir ve beş yaşından küçük toplam çocuk ölümlerinin %18'i ishale bağlıdır (14,15).

Küresel olarak ishalli hastalıklar kontrolü için 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından İshalli Hastalıklar Kontrol (Control of Diarrhoeal Diseases; CDD) programı oluşturulmuştur. CDD programının temel amacı beş yaşın altındaki çocuklarda ishalli hastalıkların ve ishale bağlı etkilerinin (özellikle malnütrisyonu) azaltılmasıdır (8,16,17).

Tüm gelişmekte olan ülkeler için CDD programları dört hedef belirlemiştir;

1. Dehidrasyonu önlemek; evde bulunan sıvılarla ishalin uygun tedavisini sağlamak
2. Oral Rehidratasyon Sıvısı (ORS) kullanarak ishale bağlı dehidratasyonu önlemek
3. İshal ve sonrasında uygun beslenmek
4. Ciddi dehidrate olgular için damar içi sıvıların ve kolera, shigella gibi olgularda antibiyotiklerin seçilerek kullanılması (8,16).

Tavsiye edilen tedavi ağızdan sıvı tedavisi veya beslenmenin sürdürülmesiyle birlikte çocuğa ek sıvı verilmesi 1995 ile 2005 yılları arasında giderek daha geniş bir kesimi kapsasa bile, gelişmekte olan ülkelerde ishale yakalanan çocukların halen yalnızca üçte biri uygun tedavi görmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki hastaneye yatışların %10'u, gelişmekte olan ülkelerdeki hastaneye yatışların %30'u ishalli hastalıklardan olmaktadır (7,18,19).

Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) Çalışması'nda ishaller hastalıkların insidansı binde 294,5, prevalansı ise binde 29,7 olarak hesaplanmıştır. İshaller seyreden hastalıklar % 1,5 oranı ile ulusal düzey ölüm nedenlerinde on ikinci sıradadır. İshaller seyreden hastalıklar 0-14 yaş grubunda %8,4 oranı ile toplamda dördüncü ölüm nedenidir. Kentsel alanda %1,2 ile on üçüncü sırada yer alırken kırsal alanda %1,9 ile onuncu ölüm nedenidir. (8,20).

## **TANIM**

İshallerin tanımı güçtür; genellikle barsak alışkanlığındaki değişikliği ifade eder. İshal en basit tanımıyla sindirim kanalında sıvı ve elektrolit transportunun bozulmasına bağlı dışkı sayısının artması ve kıvamının sulu olmasıyla karakterize bir semptom; dışkının normalden sulu ve (6 aydan büyük çocuklarda) günde en az üç kez yapılması durumudur. DSÖ ishalleri 24 saatte üçten fazla sulu dışkılama veya sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde ise her zamankinden daha sık ve sulu dışkılama olarak tanımlamaktadır. Sık, ancak normal kıvamda dışkılama ishal olarak kabul edilemez. İshal, dışkı miktarında ve sıklığında artma ve kıvamında azalma olarak da tanımlanabilir. (21,22).

Normal günlük dışkı ağırlığı 200g'dır ve bunun %60-85'ini su oluşturur. Dışkının suyu arttıkça ağırlığı da artar ve yumuşar. Bazıları normalin altında dışkı ağırlığına sahip oldukları halde dışkının yumuşak kıvamı nedeni ile diyareden yakınabilirler. Kişinin yakın zamanda antibiyotik kullanımı, antiasit tedaviler ve immün sistemi baskılayıcı hastalıkları ve ilaçlar ishale yatkınlığını artırmaktadır. Dışkının ağırlığını, alınan diyetdeki posa miktarı (posalı diyet ile beslenenlerde artmıştır), cinsiyet (kadınlarda daha azdır), egzersiz, stres, kullanılan ilaçlar etkiler. Normal dışkılama sıklığı günde en fazla 3, haftada en az 3 arasında değişir. Günde 3'ten fazla dışkılama sayısı anormaldir ve diyare tanımının bir komponentidir (23,24,25).

## **RİSK FAKTÖRLERİ**

Yapılan çeşitli çalışmalarda gerek gelişmekte olan ülkelerde gerekse gelişmiş ülkelerde ishal için benzer risk faktörleri bulunmuştur. Bebeklik döneminde ishal sıklığı altıncı aydan sonra artış göstermektedir. Bu artış anne sütünün azalması, gastrik asidin düşük olması, ek gıdalara başlanması sonucunda kontamine gıdaları alma sıklığının artmış olmasından kaynaklanmaktadır. Günümüzde anne sütü ile beslenmenin ishal morbiditesi ve mortalitesini azalttığı bilinmektedir. Anne sütünün içeriği nedeniyle çocuğun büyüme ve gelişmesine olumlu etkisinin katkısı büyüktür (16,26,27).

Düşük doğum ağırlığı (DDA) (2500 gram altı) özellikle gelişmekte olan ülkelerde ishal mortalitesini arttıran faktördür. Hastalık daha ağır seyredebilir. Ayrıca DDA'lı bebeklerde ishal daha uzun sürmektedir (16,27).

Sağlıklı su temin edilmemesi ya da içme suyunun üzerinin açık tutulması ishal sıklığını arttırmaktadır. Dışkı ve idrarın sağlıklı uzaklaştırılmaması, kişisel hijyen, besin hijyeni ve yerel hijyen koşullarına uyulmaması da ishallerin artmasını sağlayan faktörler arasındadır (16,27).

Çocukluk döneminde malnütrisyon ile en fazla ilişkili enfeksiyon hastalığı ishaldir. Malnütrisyonlu ve sık enfeksiyon hastalıkları geçiren çocuklarda ishallerin artmasını sağlayan faktörler arasındadır (16,27).

Ayrıca hava sıcaklığının yüksek olduğu mevsimler, gecekonduda yaşama, A vitamini yetersizliği olanlar, immün yetersizliği olanlar, bağışıklama hizmetlerinin yeterli verilmediği toplumlarda ishallerin artmasını sağlayan faktörler arasındadır (27).

## **SINIFLANDIRILMASI**

Akut başlayan ve 14 günden kısa süren (çoğunlukla 7 gün içinde sonlanan) ishal akut ishal olarak tanımlanmaktadır. Dışkıda kan yoktur ve bu vakalarda ölüm dehidratasyondan kaynaklanmaktadır. Akut ishallerin büyük ölçüde enfeksiyöz nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bunların yanı sıra akut ishallerin enfeksiyon dışı nedenlere bağlı olarak gelişmesi de mümkündür. Metabolik bozukluklar; çölyak ve benzeri hastalıklar, nutrisyonel nedenler; hiperosmoler süt formülleri, antibiyotik etkisi, neoplastik hastalıklar, gibi değişik nedenlerle oluşan gastroenterit vakaları sporadik olgular olarak karşımıza çıkabileceği gibi, değişik büyüklükteki insan topluluklarını ilgilendiren salgınlar şeklinde de görülebilirler (19,22,28).

Dizanteri kanlı dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Barsakta mukozal hasar ve bakterial invazyon vardır. En sık etken Shigella'dır. Ayrıca Campylobacter Jejuni, daha nadir olarak da enteroinvazif E. coli veya Salmonella etkindir. Entamoeba histolytica da dizanteriye yol açabilir (10,22).

Bir aydan uzun süren ishal ise kronik ishal olarak tanımlanmaktadır. Bu vakalarda çoğunlukla altta yatan bir hastalık bulunmaktadır. İnce barsak mukoza bozuklukları; çölyak hastalığı, ince barsak lümen içeriği bozuklukları; pankreas salgısı eksikliği, ince barsakta anatomik bozukluklar; kısa barsak sendromu gibi hastalıklar kronik ishale neden olabilir. Kronik ishal haftalarca veya aylarca aralıklı veya devamlı sürebilir. Kronik ishal ayrıca ilaçlara, kemoterapiye, enteral beslenmeye bağlı olarak da gelişebilir. Uzun süren açlıktan sonra da görülebilir (22,23,29).

Akut başlayan ve on dört günden uzun süren ishal persistan ishal olarak tanımlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde beş yaş altı çocuklarda ishallerin %3-20' si persistan ishal olarak seyretmektedir. En sık etken mikroorganizmalar; Enteroadherent E. coli, Cryptosporidium, Shigella, Aeromonas, Giardia ve Salmonella'dır (10,16).

DSÖ ishali hastalıkları 3 gruba ayırmıştır (Tablo 1) (27,28) :

**Tablo 1. İshali hastalıkların sınıflandırılması**

<b>Akut ishal (&lt;14 gün)</b>	Sulu ishaller	Enterotoksinler (Kolera toksini)	
		Enteroadhezif, agregatif, adherent E. Coli	
		Sitotoksinler (EPEC, shiga toksini)	
		Virüsler (Rota v., Adeno v., Norwalk v.)	
		Parazitler (Giardia, kriptosporidium)	
		Bilinmeyen mekanizmalar (Anaerop bakteriler, Giardia)	
	Dizanterik ishal	Invazif bakteriler (Salmonella, Kampilobakter, EIEC)	
		Parazitler (E. histolitica)	
		Mukoid ishal	
		Antibiyotiğe bağlı ishal	
	Parenteral ishal		
	Turist ishali		
<b>Persistan ishal (14-30 gün)</b>			
<b>Kronik ishal (30 gün&lt;)</b>	Osmotik ishal		
	Sekretuar ishal		
	Kompleks ishal		

**EPEC:** Enteropatojenik E. coli; **EIEC:** Enteroinvazif E. coli

## **ETİYOLOJİK AJANLAR**

Çocukluk yaşlarında ortaya çıkan ishallerin en önemli nedeni barsak enfeksiyonlarıdır. Bunların yanı sıra besin zehirlenmeleri, beslenme bozuklukları, sistemik enfeksiyonlar, antibiyotikler ve allerjik nedenler ishallerin nedeni olurlar. Bununla birlikte ishallerin büyük bir kısmı etyolojiyi araştırmaya ve bir takım tahliller yapmaya gerek kalmayacak şekilde kısa sürede kendi kendine geçen hastalıklardır. İshal etkeni olabilen mikroorganizmalar virüsler, bakteriler, protozoonlardan oluşan geniş bir yelpaze oluştururlar. Bazen mikropların kendileri mide barsak sisteminde direkt hasara neden olarak gastroenterit oluştururken bazen de mikropların ürettiği toksinler gastroenterite neden olmaktadır (6,28).

### **Beslenme Bozuklukları**

Özellikle süt çocuklarında gerek nicelik gerekse de nitelik olarak yapılan beslenme hataları ishalle sonuçlanabilir. Çocuğun aşırı beslenmesi ya da yaşına uygun olmayan besinlerin verilmesi ishale yol açabilir. Yeni bir besine geçildiği zaman da geçici birtakım gastrointestinal bozukluklar görülebilir (26).

### **Besin Zehirlenmeleri**

Besin zehirlenmesine neden olan en sık etkenler Salmonella türleri, Bacillus cereus, Staphylococcus aureus, ve Clostridium perfringens'tir. Eğer bir bakteri ya da onun toksinleri ile veya kimyasal bir madde ile bulaşmış bir besinin yenmesinden hemen sonra bulantı, kusma, ishal, ateş gibi gastrointestinal semptomlar ortaya çıkarsa bir besin zehirlenmesinden söz edilebilir. Bu durumda genellikle aynı yemeği yiyen ya da aynı suyu içen birden fazla kişi benzer belirtileri gösterir. Hastalık bir epidemi yapmaz. Bazen parazitler ve virüsler de besin zehirlenmesinin nedeni olabilirler (6,28,30).

### **Sistemik İnfeksiyonlar**

Sistemik enfeksiyonlar hastalığın belirgin komponenti olarak ishal içerebilirler. Sistemik enfeksiyonlarda görülen ishallerin bir nedeni, gastrointestinal mukozada enterosit invazyonu veya hepatit, listeriyoz ve lejyonellozda olduğu gibi gastrointestinal mukozanın bir giriş kapısı olmasıdır. Alternatif olarak, interlökinler veya bradikinin gibi inflamatuvar mediyatörlerin salgılanması sonucu ishal oluşabilir (31).

## **Antibiyotiklere Bağlı İshaller**

Antimikrobiyal ilaçların kullanılması sırasında akut ishallere sıkça rastlanır. İshal tanımından farklı olarak antibiyotik kullanımından sonra günde üçten fazla dışkılama, antibiyotiğe bağlı ishal olarak tanımlanabilir. Antibiyotikler normal barsak florasının işlev ve içeriğini değiştirerek, patojen mikroorganizmaların çoğalmalarına yol açarak, barsak mukozası üzerine allerjik ve toksik etki ederek barsak motilitesini değiştirerek ishale neden olurlar (10,29).

## **İnfeksiyöz Etkenlere Bağlı İshaller**

**a) Viral ishaller:** Çocuklarda viral nedenli ishallere sık rastlanır. Dışkının kan ve lökosit içermemesi öncelikle viral bir ishali düşündürmelidir. Gastroenteritlerin büyük kısmından da virüsler sorumludur. Gastroenteritlerin yenidoğan ve küçük çocuklarda sporadik olgular şeklinde görülen klinik formunda major patojenin virüsler olduğu belirtilmektedir (28,32,33).

1. Rotavirüs: Tüm dünyada özellikle beş yaş altındaki ishallerde en sıkgörülen etiyolojik ajandır. Gastroenteritlerin yaklaşık %20'sinde etken Rotavirus'tür. Yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalar, Rotavirus etkenli gastroenterit insidansının % 19-48 arasında olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Rotavirüslerin neden olduğu ishallerin %20-33 arasında bir sıklığa sahip olduğu bildirilmektedir. Gastroenteritin viral etkenlerinin (ör; rotavirüs, adenovirüs) belirlenebilmesi, özellikle kliniğinin ağır seyrettiği süt çocuklarında tedavi yaklaşımında yardımcı olup, gereksiz yere antibiyotik kullanımını da engelleyecek ve prognozu etkileyecektir (32,33,34).

Zarfsız, bir virüs olup 1973'de tanımlanmıştır. Tüm dünyada yılda 140 milyon rotavirüs gastroenteriti olgusu olduğu ve özellikle süt çocukluğu döneminde yılda yaklaşık 1 milyon çocuğun bu nedenle kaybedildiği bildirilmektedir. Rotavirüs ishalleri açısından gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında bir fark yoktur. Türkiye'nin diğer bölgelerinden yapılan çalışmalarda rotavirüs görülme oranı % 10-30 arasında bildirilmiştir. Rotavirüsler ılıman iklimi olan bölgelerde ve genellikle sonbahar ilkbahar arasında ortaya çıkmakta ve çocuk ishallerinin büyük çoğunluğuna neden olmaktadır. Rotavirüsler fekal-oral yolla bulaşır ve aile içi küçük epidemilere ve nosokomial ishallere neden olabilirler. Solunum sistemi ile bulaşma olasılığı da düşünülmektedir. Kuluçka dönemi 12 saat ile 4 gün arasındadır. Özellikle 6-24 ay arasındaki yaş grubu için ishal nedeniyle hastaneye yatışların en önemli nedenidir (30,33,35,36).



Anneden geçen antikorlar 3–6 ay kadar süre ile rotavirüs ishallerine karşı korunma sağlar. Bazen asemptomatik ya da sıklıkla hafif seyirli bir gidiş göstermekle birlikte süt çocuklarında ateş, kusma ve bol sulu ve kokusuz ishal ile birdenbire başlamaktadır. Sonucunda dehidratasyona yol açabilir. İshal genellikle 5–7 gün sürer ve suludur; sıklıkla kan ve mukus içermez. Bazen bu sindirim sistemi belirtilerine solunum yolları enfeksiyonu bulguları da eşlik edebilir. Rotavirüs gastroenteritinde villüslerde emilimden sorumlu tepe enterositlerinin virüsle invazyonu ve dökülmesi ile bu yetenekleri kısıtlı olan kript tipi hücrelerin onların yerine geçmeleri sonucu, glikoza bağlı Na emiliminin bozulduğu ve Na-K ATP aktivitesinin azaldığı, böylelikle sulu dışkıların oluştuğu bildirilmektedir. Tanı rotavirüs antijeninin gösterilmesi ile konur (30,34).

Korunmada anne sütünün de rolü olduğu bilinmektedir. Ellerin iyi yıkanması ve bebeklerin bezlerinin değiştirilirken hijyene dikkat edilmesi, alınabilecek belli başlı önlemlerdir. Ayrıca rotavirüse karşı etkinlikleri değişik derecelerde olan aşılar geliştirilmiştir ve bu konuda yoğun çalışmalar vardır (10,29).

2. Enterik adenovirüsler: Bebekler ve çocuklardaki gastroenteritlerin rotavirüslerden sonra diğer sık görülen nedenlerinden biri de adenovirüslerdir. Adenovirüs ishalleri viral nedenli akut gastroenteritler arasında ikinci sırada gelmektedirler. Adenovirüsler çift zincirli, zarfsız DNA virüsleridir. Adenovirüsler üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında ve sonrasında dışkıda bulunabilirler ancak sadece serotip 40 ve 41, daha nadir olarak da serotip 31, gastroenterite neden olur. Başlıca 4 yaşın altındakileri etkiler. Ülkemizde yapılan çalışmalarda adenovirus sıklığı %7,8-10 arasında bildirilmiştir. Patogenezi, epidemiyolojisi ve klinik bulguları rotavirüsünkine benzer. Enterik adenovirüs inkübasyon süresi (8–10 gün) ve ishal süresi (14 güne dek), rotavirüse göre genellikle daha uzundur (32,33,37).

3. Norwalk ve Norwalk benzeri virüsler: Rotaviruslardan sonra, akut infantil gastroenteritin ikinci en önemli sebebi noroviruslardır. Küçük çocuklar ve yaşlılar için tehlikeli olan norovirusün mide bulantısı, kusma ve ishale neden olduğu, ateşi çok arttırmadığı bilinmektedir. Norovirüsler “küçük, yuvarlak yapılı virüsler” (Small Round-Structured Viruses; SRSV) veya “Norwalk-benzeri virüsler” olarak da bilinirler. Norovirüslere “kış kusma hastalığı” da denir. Çünkü insanlar bu virüse genellikle kışın yakalanır. Ancak yılın herhangi bir zamanında da görülebilirler. Hastalığın salgınlar halinde yayılması özellikle hastane, bakım evi ve okul gibi kapalı alanlarda sık rastlanan bir durumdur. Bunun nedeni norovirusün kişiden kişiye çok kolay bulaşması ve virüsün kontamine olmuş yerlerde birkaç güne kadar hayatta kalabilmesidir. Norovirüs enfekte kişiye veya virüsle kontamine olmuş yüzey veya nesnelere temas edildiğinde ya da kontamine olmuş

yiyecekler ve su tüketildiğinde bulaşabilir. Pek çok farklı norovirüs türü vardır ve infeksiyonun birkaç defa meydana gelmesi de mümkündür. Hastalandıktan sonra virüse karşı bağışıklığın sadece 14 hafta devam etmesidir. Ancak düzenli olarak norovirüs aşısı olmak daha sonraki infeksiyonlara karşı koruma sağlayabilir (29,35,38).

4. Astrovirüsler: İlk kez 1975’de tanımlanan astrovirüs gastroenteritlerine oldukça sık rastlanır. Beş değişik antijenik tipi vardır. Bir-üç yaşındaki çocuklar en fazla etkilenen gruptur. Fekal-oral yolla bulaşır. Neden olduğu semptomlar ve hastaların yaş grubu rotavirüs gastroenteritine benzemekle birlikte, dehidratasyona daha az neden olurlar. Astrovirüslere bağlı ishaller tüm yıl boyunca görülebilirse de, kış ve ilkbahar aylarında hastalık daha sıktır. 3-4 günlük bir kuluçka dönemini izleyen 2–3 gün boyunca sulu ishal, kusma, ateş, baş ve karın ağrısı şeklinde semptomlar görülür. İshal genellikle 2-3 gün sürer, ancak 7-14 gün devam ettiği gözlenen vakalar da vardır (10,29).

5. Calicivirüsler: Calicivirüslerin prototipi olan Norwalk virüsü elektron mikroskobu ile dışkıda görülmesi güç olan, küçük, yuvarlak bir virüstür. İmmün elektron mikroskopi ile dışkıda saptanması kolaydır. Hastalık genellikle epidemiler yapar. Kalabalık topluluk halinde bulunan yerlerde, bakımevlerinde, aile içinde çabuk yayılır. Yüzme havuzu veya yiyeceklerden kaynaklanan salgınlar yapabilirler. Nazokomiyal yayılım olabilir. Hastalık bütün mevsimlerde görülebilir. Bulaşma fekal-oral yolla olur. Çocuklarda kusma, ishal ve bazen ateş ve üst solunum yolu semptomları ile giden, 48-72 saatlik bir inkübasyon döneminden sonra 1-11 gün süren bir hastalık yaparlar. Kesin tanı dışkıda virüs veya antijenlerinin, serumda antikor titresinde dört kat artışın gösterilmesi ile konur (10,29).

**b) Bakteriyel ishaller:** Bakteriler normalde gastrointestinal kanalın büyük bölümünde bulunarak gastrintestinal florayı oluşturmaktadırlar. Bunların büyük çoğunluğu Bacteroides, Clostridia, Peptosteptococci ve Peptococci gibi anaerob, çok az bir kısmı ise E. Coli, Klebsiella, Proteus ve Enterokoklar gibi aerobik bakterilerdir. Hijyen koşullarının, temiz içme suyu kaynaklarının, kanalizasyon sisteminin ve genelde halkın sosyoekonomik düzeyinin yetersizliği, bakteriyel ishaller zemin hazırlamaktadır (29,39).

1. Escherichia coli: İshalleri daha çok gelişmekte olan ülkelerdeki küçük çocuklarda görülür ya da erişkinlerde turist ishali olarak karşımıza çıkar. Hastalık oluşturma mekanizmalarına göre 5 gruba ayrılır (ETEC, EPEC, EAEC, EHEC, EIEC). ETEC ani gelişen sulu ishal, kramp şeklinde karın ağrısı ile karakterizedir. İshalin süresi nadiren 48 saati aşar. Genellikle 3-5 günde kendiliğinden iyileşir, ancak bebeklerde dehidratasyona yol açabilir (40,41).

Enteroinvazif *E. coli* (EIEC), inkübasyon süresi 16-48 saattir. Titreme ile yükselen ateş, kramp tarzı karın ağrısı, tenesmus olur. Başlangıçta sulu sonra kanlı mukuslu ishal görülür. Kusma seyrekdir. Hastalık kendi kendini sınırlar. Klinik olarak şigellaya benzer (28,40,41).

Enteropatojenik *E. coli* (EPEC), özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan bebeklerde ve süt çocuklarında hem sporadik hem de epidemik ishallerine neden olur. Hastalığın inkübasyon periyodu 8-60 saattir (10,28,41).

Enterohemorajik *E. coli* (EHEC), genellikle ateş olmaksızın kanlı ishale ve hemolitik üremik sendroma yol açar. Bu gruptaki *E. coli*'lerin major virulans özelliği ürettikleri hücre hasarına yol açan toksinlerdir. Sıklıkla besinlerle bulaşırsa da insandan insana bulaşabilir. EHEC ishallerinde inkübasyon periyodu 3-4 gündür, 10 güne kadar uzayabilir. Sulu ishal ve asemptomatik infeksiyona neden olabilir de en sıklıkla kanlı ishal gelişir. Bulantı, kusma, karın ağrısı, sulu ishal sonrasında kanlı gaita ve hemorajik kolit gelişebilir (10,28,29,41).

Enteroadheran *E. coli* (EAEC) son yıllarda bulunan bir patojendir ve özellikleri iyi bilinmemektedir. Genellikle hafif seyirli persistan ishallerine yol açtıkları kabul edilir. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle bebek ve çocuklarda akut ve kronik ishale ve erişkinlerde seyahat ishallerine neden olur. Hastalığın inkübasyon periyodu bilinmemektedir. EAEC ishallerinde ateş, kusma ve gaitada kan görülür (28,29,41).

2. *Vibrio cholerae*: Kolera sağlıklı bir insanı saatler içinde dehidratasyona uğratarak şoka yol açacak kadar fazla miktarda sıvı kaybına neden olan, ishallerine yol açan bir hastalıktır. *Vibrio cholerae* dünyanın Hindistan ve Bangladeş gibi belli yörelerinde endemik olarak bulunan, kimi zaman da ciddi epidemilere hatta pandemilere neden olabilir. Bu çiğ ya da az pismiş kabuklu deniz canlıları yenmesinden kaynaklanmaktadır (29,42).

Bulaşma kirli su ve su ürünleri ile ya da çiğ yenen sebze ve meyvelerle olur. 1-3 günlük kısa bir kuluçka dönemini izleyerek çok sayıda, bol sulu, ağrısız, kokusuz ve pirinç suyu görünümünde ishal ve bunun hemen ardından bulantı olmaksızın kusma ortaya çıkarak hızla sıvı ve elektrolit kaybına yol açarlar. Deri, çamaşırıcı kadın elini andırarak gibi buruşuktur. Genellikle ateş yüksek değildir, hatta hipotermi görülebilir. Tanı, patojenin dışkıdan izole edilmesi ile konur (10,28,29).

3. *Shigella*: Basilli dizanteri etkeni olan *Shigella*'lar belli başlı 4 serogrupta toplanan kapsülsüz gram negatif çomaklardır: *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii* ve *S. sonnei* *Shigella*'lar, kolon mukozasının invazyonu ve enterotoksin (Shigatoksin) üretimi mekanizmaları ile barsak hasarına yol açarlar. Protein sentezini bozan, sekretuar ve sitotoksik özellikleri olan shigatoksin *S. dysenteriae* tarafından salgılanır; diğer türler toksin üretmezler ya

da az üretirler. Toksinin nörotoksik özelliğinin olması nedeniyle çocuklarda konvülsiyonlar sıkça görülür (10,29,42).

Etken barsak mukozasında epitel hücrelerine girer. Kalın barsakta ülserlere neden olabilir. invazyon için 100-200 civarında bakteri yeterlidir. Shigella bakterileri sadece insanda patojendirler. Bulaşma fekal oral yolla olur. Kalabalık ve toplu yaşam koşulları, kötü hijyen koşulları, temiz olmayan su kaynakları enfeksiyona zemin hazırlar. Hastalığın inkübasyon periyodu 1-4 gündür, 7 güne kadar uzayabilir. Shigella enfeksiyonları her yaşta görülebilirse de yaşamın ilk ayları içinde nadirdir. Shigella enfeksiyonları en fazla 6 ay – 4 yaş grubu çocuklarda görülür. Karakteristik olarak şiddetli karın ağrısı, yüksek ateş, kusma, iştahsızlık görülür. Dışkılama sayısı günde 10-20'yi bazen 40'ı bulabilir. Küçük çocuklarda karın ağrısı oldukça şiddetlidir, aşırı ıkınmaktan dolayı rektal prolapsus gelişebilir. Hastalığın başlangıcında gaita sulu ve bol miktarda olabilir. Giderek sık ve az miktarda kanlı, mukuslu gaita görülür Dışkıda makroskopik olarak kan ve muküs, mikroskop altında da bol lökosit saptanır. Kültürde etkenin üretilmesi ile tanı konur (10,28,29).

4. Salmonella: Salmonella'lar gram negatif basillerdir; S. typhi, S. enteritidis ve S. choleraesuis türleri ve pek çok serotipi vardır. Salmonella'lar insanda tifo, septisemi ve asemptomatik enfeksiyon ile taşıyıcılığın yanısıra, sıklıkla akut gastroenterite de yol açar. S. typhi diğer türlerin aksine sadece insana özgü bir patojendir. Salmonella'lar etkilerini barsak duvarını invaze ederek ve bakteriyemiye neden olarak gösterirler. Salmonella gastroenteritleri, daha çok besin zehirlenmeleri tipindedirler. Yumurta, tavuk, süt ve kabuklu deniz ürünleri bulaşmada rol oynayan başlıca besinlerdir. Ev hayvanlarından insanlara bulaşma olabilir. Salmonella enfeksiyonlarının en çok görülen formudur. Salmonella gastroenteriti her yaşta görülebilirse de en çok yaşamın ilk yılı içerisinde görülür. Salmonella gastroenteritinin şiddeti hafiften ağıra kadar değişir. 6-72 saatlik (ortalama 24 saat) bir inkübasyon periyodundan sonra bulantı, kusma, kramp tarzı karın ağrısı, abdominal hassasiyet, hafif ateş (38,5°C-39°C) ve sulu ishal görülür. Ateş ve aşırı yorgunluk belirgin olabilir. Gaita genellikle kanlı değildir. Gizli kan pozitifdir. Kanlı ishal genellikle küçük çocuklarda görülür, erişkinlerde nadirdir. Sağlıklı çocuklarda semptomlar genellikle 2-7 gün içinde kendiliğinden düzelir. Vakaların bir kısmında hastalık bir hafta veya daha uzun süre devam edebilir. Salmonella gastroenteriti saptanan çocuklarda antibiyotik tedavisi rutin olarak uygulanmamalıdır (10,28,29).

5. Yersinia: Yersinia enterocolitica nonhemolitik, aerobik ve gram negatif bir çomaktır. Her yaş grubunda enfeksiyona neden olabilir. Çocuklarda erişkinlere göre daha sık rastlanır Enfeksiyonun başta pişirilmemiş domuz ürünleri ve pastörize edilmemiş süt olmak

üzere, kontamine yiyecekler yenmesi ya da kontamine su içilmesi ile hayvanlarla doğrudan ya da dolaylı temasla, eritrosit süspansiyonu transfüzyonları ile ve olasılıkla fekal-oral yolla, insandan insana bulaşmayla geçtiği düşünülmektedir. *Yersinia enterocolitica* daha serin iklimlerde daha sık izole edilmektedir ve kış aylarında yazıya göre daha sık görülür. Kuluçka süresi genellikle 4-6 gün olmak üzere, 1-14 gündür. Şiddetli karın ağrısı, ateş, kusma ve batın duyarlılığı, ishali çok belirgin olmadığı durumlarda akut appendisit düşündürür. Dışkıda çoğu zaman lökositler, kan ve mukus bulunur. Büyük çocuklarda terminal ileitis ve mezenterik lenfadenitis tablosu kliniğe egemen olabilir. Kolonoskopide Crohn hastalığını düşündüren ülserler görülür. Bazen ishaller aylarca uzayabilir. Sepsis bulguları ve/veya artrit ve eritema nodosum *Yersinia gastroenteritine* eşlik edebilir. Klinik olarak *Yersinia*'dan kuşkulandığında laboratuvar çalışanları uyarılarak özel kültür ortamları kullanılmalıdır. Dışkı kültürleri, gastrointestinal sistem belirtilerinin türünden bağımsız olarak, genellikle hastalığın ilk iki haftasında pozitiftir (10,28,29).

6. *Campylobacter*: *Campylobacter* türleri tüm dünyada akut bakteriyel ishallerin en önemli nedenlerindedir. Rezervuarı ev ve yaban hayvanlarıdır. Kontamine besinlerin yenmesi ya da su ve sütün içilmesi ile bulaşma olur. Barsak duvarını invazyona uğratarak ishal yapar. *Campylobacter* 1-7 günlük bir kuluçka döneminden sonra sulu ya da kanlı bir ishale neden olabileceği gibi, seyrek olarak asemptomatik bir enfeksiyona da yol açabilir. İshalin yanı sıra, karın ağrısı ve ateş gibi yakınmalar vardır. Bazen miyalji, baş ağrısı olabilir veya akut batını düşündürecek bulgular gelişebilir. Hastaların çoğu bir haftadan kısa bir sürede iyileşirse de, vakaların %20'sinde ya nüks görülür ya da uzun ya da ağır bir hastalık tablosu olur. Dışkı shigellozu anımsatacak şekilde kan, muküs ve fekal lökositler içerir. Tedavi edilmeyen hastalar 2-3 hafta süreyle basil saçarlar. Kesin tanısı dışkıda üretilmesi ile konur (28,29).

### **c) Protozoa İshalleri**

1. *Giardia lamblia*: İnsanlarda sık olarak ishal ve malabsorbsiyon etkeni olan *Giardia*, epidemik ve sporadik enfeksiyon şekilleriyle çok sayıda insanda enfeksiyon oluşturmaktadır. *Giardia* direkt temasla ya da kontamine sularla bulaşabilen ve çok az sayıda parazit bile enfeksiyona neden olabilir. Türkiye'de çok sık rastlanır. Çocuk bakım evlerinde epidemilere yol açabilir. Kuluçka süresi genellikle 1-4 haftadır. *Giardia lamblia* ince barsakta çoğalarak seyrek olarak invazyona neden olur. Akut ishalden çok sıklıkla persistan ishale yol açar. Süt çocuklarında ve immun yetersizliklerde, özellikle de izole IgA eksikliklerinde giardiazise bağlı kronik ishaller görülebilir. Dışkı sayısı az, ama bol miktarda ve kötü kokuludur. Karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve abdominal distansiyon giardiazisi düşündüren yakınmalar

olabilir. Kilo kaybı ve malabsorpsiyon gelişebilir. Dışkıda genellikle kan ve lökosit bulunmaz. Tanı dışkıda kistlerin, ya da ince barsakta trofozoitlerin görülmesi ile konur; ancak kuşkulandığında en az üç dışkı örneği incelenmelidir. ELISA ile dışkıda antijen araştırılabilir (10,29,43,44).

2. *Entamoeba histolytica*: Türkiye’de özellikle Güneydoğu bölgesinde sık görülen ve amipli dizanteriye neden olan bu parazit sıklıkla kontamine su ve gıdalarla bulaşmakla birlikte, kişiden kişiye direkt bulaşma da olabilir. Başlıca konağı insandır, ancak köpek ve maymunda da hastalık yapabilir. Bulaşma fekal-oral yolla olur. Kuluçka süresi, çoğunlukla 1 ile 4 hafta arasında olmak üzere, birkaç günden aylar ya da yıllara dek değişkenlik gösterir. Çoğu kez asemptomatik ya da hafif bir infeksiyona yol açarsa da, bazen kanlı ishal ve ateşle seyreden dizanteri ishali ortaya çıkabilir. Dışkıda trofozoitlerin görülmesi ya da serolojik testlerle tanı konabilir (10,29,43,44).

3. *Cryptosporidium*: Çocuklarda oldukça sık diareye neden olan bu parazit, daha çok süt çocuklarında ve immun yetersizliği olanlarda ağır ishal nedeni olurken, diğer çocuklarda çoğunlukla subklinik olarak seyreden bir infeksiyona yol açar. Sık olarak hayvanlardan insanlara bulaşma söz konusudur. Direkt temasla ya da infekte su ve besinlerle de bulaşabilir. İnce barsakta ookistlerden serbest kalan sporozoitler intestinal epitele girerek fırçamsı kenar fonksiyonunu bozarlar ve villus atrofisine, sonuçta da malabsorpsiyona neden olurlar. Sulu sekretuar, kan ve lökosit içermeyen bir dışkı söz konusudur. Karın ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı olabilir. immun yetersizliği ya da HIV infeksiyonu olanlarda daha ağır ve uzun süreli bir gidiş görülür (29,43,44).

## **PATOGENEZ**

İshalin patogeneğinde değişik mekanizmalar rol alır. İshallerde etken mikroorganizmalar, değişik virulans faktörleriyle konak savunma mekanizmalarını aşmaya çalışır. İshallere karşı savunmada en önemli konak faktörleri şunlardır (6,25,45):

### **Mide Asidi**

Midenin asit pH’da olması pek çok patojene karşı koruyucu engel oluşturur. Asit pH, *Salmonella*, *E. coli*, *Shigella* ve değişik helmantik infeksiyonlara engel olur. Mide ameliyatı geçirenler, aklorhidri olanlar ( $H_2$  reseptör blokeri ve diğer anti-asit maddelerin kullanımı) infeksiyöz ishallere daha eğilimlidir. Rotavirus, *Giardia lamblia* ve *Entamoeba histolytica* kistleri gibi bazı etkenler mide asidine dayanıklıdır. Ayrıca süt veya yağ miktarı yüksek besinler infeksiyon etkenini mide asidinden gizler (25,45).

### **Safra Tuzları**

Duodenumda safra tuzları mikroorganizmaların yüzeyini bozarak çoğunu inhibe eder. E. coli gibi Enterobacteriaceae üyeleri safra tuzlarına dayanıklıdır (25,45).

### **Normal Flora**

Normalde kalın bağırsakta %99'u anaerob olan bir bakteri florası vardır. Flora bakterilerinin metabolizmasıyla oluşan lokal pH veya redok potansiyeli değişiklikleri ve bazı bakterilerce oluşturulan hidrojen sülfür ve kısa zincirli yağ asitleri patojen mikroorganizmaları inhibe edip bağırsakların hastalandırıcı mikroorganizmalara karşı direncini sağlar. Flora bakterileri potansiyel bağırsak patojenlerinin yerleşimini önler (kolonizasyon direnci). Antibiyotiklerle floranın azalması patojenlerin kolayca kolonize olmasına neden olur. Flora bakterilerinin az oluşu (bebekler, antibiyotik kullananlar, vb.) hastalandırıcı bakterilerin yerleşmesini kolaylaştırır. Oral streptomisin verilip yerleşik bağırsak şorasının etkisi kaldırılınca antibiyotik kullanmamış normal kişilere göre, çok az sayıda S. typhi daha kolay şekilde tifoya neden olur (25,45).

Bağırsak hareketleri: Normal peristaltik hareketler üst ince bağırsakları temizlemede önemlidir. Opiatlar, atropin, difenoksilat gibi hareket azaltıcı ilaçlar, bazı yapı anormallikleri, şeker hastalığı, skleroderma gibi değişik hastalıklarda oluşan hareket azlığı üst ince bağırsakta aşırı bakteri üremesine ve emilim bozukluğuna neden olur. Ayrıca hareket durdurucu ilaçlar, Shigella ve Salmonella infeksiyonlarında mikropların kana geçmesine zemin hazırlayabilmektedir (25,45).

### **Bağışıklık**

Barsak lenfoid dokusu hücreleri, salgısal IgA gibi bağışıklık faktörleriyle patojenlere karşı korunur. Koproantikorların V. cholerae'nın bağırsak mukozasına tutulumunu engellemesi, IgA eksikliğinde nükseden giardiyaz, AIDS'lilerde Cryptosporidium, Cyclospora, Isospora belli, Mycobacterium avium-intracelulare ishallerine sık rastlaması bağışıklığın ishale karşı savunmadaki önemini gösterir (25,45).

### **Yaş**

Yenidoğan, süt çocukluğu ve yaşlılık dönemlerinde mide asidi azlığı, koruyucu şoranın ve bağışıklık sisteminin yetersizliği sonucu infeksiyöz ishaller daha kolay gelişir (25,45).

## PATOFİZYOLOJİ

Emilemeyen karbonhidratlar ve yağlar ince barsak lümeninde ozmotik basıncı artırarak pasif diffüzyonla emilen suyun lümeninde toplanmasına neden olurlar. Kolonun emme kapasitesinin üzerinde su kolona geçer ve dışkı volümü artar, yumuşar veya sıvılaşır. Emilmemiş karbonhidratlar kolon bakterilerinin etkisi ile kısa zincirli yağ asitlerine çevrilirler. Bunlar kolon ozmolaritesini arttırıp su emilimini engellerler. Emilmemiş ve kolona ulaşmış yağ asitleri (hidroksi yağ asitleri) kolon mukozasında sekresyonu stimüle ederler. Emilemeden kolona geçen fazla safra tuzları kolon mukozasında sekretuar etki gösterirler. Açığa çıkan maddeler sekresyonu artırarak diyareye neden olurlar (46,47).

### İshal Mekanizmaları

İshal 5 farklı mekanizma ile oluşabilir. Bunlar; ozmotik ishaller, sekretuar ishaller, inflamatuvar ishaller, motilite bozukluğuna bağlı ishaller, emilim yüzeyinin azalmasına bağlı ishaller (31).

**a) Ozmotik ishaller:** Lümen içi ozmolaritenin artması sonucu suyun emilememesi ve kolona absorbe etme kapasitesinin üzerinde su geçmesiyle (kolon normalde 1- 1.5L su absorbe eder, gerektiğinde bunun 4 katını absorbe edebilme kapasitesi vardır) oluşan diyarelere ozmotik diyare denir. Diarenin nedeni barsakta absorbe edilemeyen solütlerin (laktuloz, polietilen glikol v.b.) ya da monosakkaridler ve aminoasitler gibi küçük moleküllerin artmasıdır. Dışkı osmolalitesi -  $2 \times (\text{Na}+\text{K}) + 100$  mmol/l'tir. Bu durum sadece bazı düşük molekül ağırlıklı solütlerin emiliminde bozukluk olduğunda değil, aynı zamanda kısa barsak sendromunda ve mukoza hastalıklarında da söz konusudur. Barsak lümeninde emilmemiş maddelerin varlığı sonucu oluşan hipertonic ortam özellikle duodenum ve jejunumdan su çekilmesine neden olur. Kolonun normal ve kompensatuvar emme kapasitesi lümenindeki artmış suyu emmek için yetersiz kalınca ishal ortaya çıkar. Enfeksiyöz ajanlar arasında Giardia, Cryptosporidium gibi protozoonlar barsak epitel hücrelerinin fırçası kenarlarını harap ederek malabsorbsiyon tablosuna ve sonuçta ozmotik ishale neden olabilirler. Osmotik ishallerde de dışkı sulu olup lökosit içermez (23,29,46).

**b) Sekretuar ishaller:** Dışkı su miktarının artmasında primer olay elektrolit transport değişikliklerine bağlı ise (artması veya azalması) sekretuar diyare oluşur. Bu durum, epitel elektrolit transportunun veya bunları düzenleyen sistemlerin toksin, ilaç, hormon, sitokin, yağ veya safra asitleriyle etkilenmesi sonucu gelişir. Barsak sıvı sekresyonu iki iyonun, klor ve bikarbonatın aktif sekresyonu ile düzenlenir. Bu durumda barsak villüslerinde eksojen (laksatidler, prostaglandinler, bakteriyal toksinler v.b.) ya da endojen (hormonlar, barsak



kaynaklı peptidler, bakteri entero toksinleri) faktörler nedeniyle su ve elektrolit sekresyonu anormal derecede artmıştır. Klor sekresyonu, enterositlerin vasküler yüzeyinde bulunan Na-K ATP aracılığıyla Na'u hücre dışına atarak, K'u hücre içine alması, bu şekilde oluşan Na farkı nedeniyle lümen ve vasküler yüzeyden Na ve Cl'un hücre içine girmesi ve hücre içi artmış Cl'un Ca bağımlı kanal aracılığıyla lümen içine salınımı ile olur. Bikarbonat sekresyonu, jejunumda benzer şekilde sağlanan Na farkı ile Na hücre içine girerken, hidrojen salınımı sağlanır. İleum ve kolonda ise klor bikarbonat değişimi ile alkalizasyon gerçekleşir. Bu salgılardaki değişiklikler ishal nedeni olabilir. Sekretuar ishal nedenleri arasında V. cholera, E. coli, S. aureus, C. perfringens, B. cereus gibi bakterilerin toksinleri sayılabilir. İshal bol suludur ve genellikle lökosit içermez.(23,29,46).

**c) İnflamatuvar ishaller:** İnflamatuvar ishallerde dışkıda lökosit veya ürünleri laktoferrin, kalprotektin artmıştır. İnflamasyon sonucu barsak mukoza hasarı ve mukozal hücre kaybı nedeniyle ortaya çıkar. Mikroorganizmaların inisyel kolonizasyonu, hücreye yapışma veya epitelyal invazyonundan sonra epitelyumdan ve subepitelyal miyofibroblastlardan interlökin 8 (İL-8) gibi değişik sitokinler salgılanmaya başlar. İL-8 sakin fagositleri aktive ederek fagositlerin toplanmasına sebep olur. İL-8 veya lümenal mikroorganizmalardan salgılanan kemotaktik peptidler barsak lümeninde yeterli konsantrasyona ulaştıklarında, nötrofiller epitelyumu geçerek kripta apseleri oluştururlar. Fagositlerden salınan prostoglandinler, lökotrienler, platelet aktive edici faktörler ve hidrojen peroksit gibi mediatörler enterositler üzerine etki ederek ve enterik sinirleri uyararak intestinal sekresyonu indüklerler. Enfeksiyon olduğunda immünglobulin E ve immünglobulin G antikolar reseptörleri ile etkileşirler ve sonuçta histamin, adozin, prostaglandinler ve lökotrienler gibi mast hücre inflamatuvar mediatörlerinin patlayıcı tarzda salınımı gerçekleşir. Villüslerdeki atrofik değişiklikleri kompanse edebilmek için kriptalarda hiperplazi gelişir. Tam olgunlaşmamış hücreler villüs hücrelerinin yerini aldığı için emilim bozukluğu ortaya çıkar. Malabsorbsiyon sonucu ozmotik ishal ve sekretuar ishale birlikte protein kaybı ve eksudasyonun da katkıda bulunduğu bir tablo ortaya çıkar (23,29,46).

**d) Barsak motilitesindeki bozukluklara bağlı ishaller:** Hipomotilite, normalde göreceli olarak steril olan üst ince barsakta intestinal mikroşoranın proliferasyonuna yol açabilir. Hiperomotilite ise barsaktan sıvının geçiş zamanını kısaltarak emilimin azalmasına neden olabilir. Barsak motilitesinin artması besin maddelerinin barsak lümeninde kalış süresini, dolayısıyla emilim süresini kısalttığı için malabsorbsiyon ve ishale neden olur. Bu mekanizmanın etkili olduğu durumlar vagotomi, kolesistektomi, gastrektomi, hipertroidi ve diyabetik nöropatilerdir (10,29).

e) **Anatomik veya fonksiyonel yüzey alanının azalmasına bağlı ishaller:** Barsak rezeksiyonları, fistüller ve mukozal hastalıklar emilim yüzeyinin azalmasına ve barsaktan geçiş süresinin kısılmasına bağlı olarak malabsorbsiyon ve ishale yol açarlar. Dışkı suludur (10,29).

## **İSHALLERDE KLİNİK BULGULAR VE TANI**

Anamnez ve sistemik muayene ishalleri her hastada zorunludur. Anamnez ve fizik muayene sonrasında hastanın izlenmesine karar verilirse laboratuvar incelemelerine, mikrobiyolojik çalışmalara başvurulur. Tanı için genel laboratuvar incelemeler yanında mikrobiyolojik araştırmalara başvurulur (6,45,47).

### **Klinik Belirtiler**

Klinik bulgular etkene ve konakçıya göre değişkenlik gösterir. Bazı infeksiyonlar asemptomatik olabilir. İshal, kusma, karın ağrısı gibi sindirim sistemi belirtilerine sıklıkla ateş: >38,5°C, halsizlik, huzursuzluk ve konvülsiyon gibi sistemik belirtiler de eşlik eder. Bazen kusma ön plandadır, ishal sonradan gelişebilir, bazen de kusma olmadan yalnız ishal klinik tablodan sorumludur. İshal nedeniyle vücuttan sıvı kaybı sonucu dehidratasyon ve intravasküler hacim yetersizliği gelişir. Buna bağlı olarak kan basıncında azalma, taşikardi ve doku hipoksisi oluşur. Doku hipoksisi nedeniyle laktik asit miktarı artar. Ayrıca çocukta kusma, abdominal kramplar ve palpasyonda abdominal hassasiyet vardır (45,47,48).

Dehidratasyon ilerledikçe oligüri, yüksek idrar dansitesi, deri turgorunda azalma, oral müköz membranlarda kuruluk ve fontanelde çökme görülür. İshale bağlı sıvı ve elektrolit kaybı sonucu şok, metabolik asidoz ve akut böbrek yetmezliği gelişir. Böbreklerin normal olarak attığı metabolitler ve hidrojen iyonları vücutta birikmeye başlar. Akut böbrek yetmezliği ile birlikte anüri, hiperkalemi, asidoz, plazma hacminde artma ve kardiyopulmoner yüklenme ortaya çıkabilir. Ağır durumlarda asidoz, şok ve koma sonucu ölümler olabilir. Sindirim sisteminde inflamasyon yapan bakteriler kolonda perforasyona, toksik megakolona, mesenterik adenit, protein kaybettiren enteropati ve kronik barsak hastalığı gibi barsak içi komplikasyonlara neden olabilirler. Diğer taraftan direkt yayılımıyla vulvovajinit, üriner sistem infeksiyonu, keratokonjunktivit, uzak yayılımla endokardit, arterit, osteomyelit, artrit, menejit, pnömoni, hepatit, peritonit, koriyoamniyonit, yumuşak doku infeksiyonu, kerato-konjunktivit ve septik tromboflebite neden olabilir. İshal etkenlerinin bazılarında özgü olarak gelişen ve immun sistemle ilgili hastalıklar ise genelde ishal düzeldikten sonra ortaya çıkarlar.

Akut infeksiyon kaynaklı ishallerde etkenlere göre klinik tablolarda bazı farklılıklar gözlenebilir (31,45,47,48).

**a) Rotavirus gastroenteriti:** Çocukluk çağında ağır gastroenterite neden olan etkenlerin başında yer alır. Enfeksiyon her yaş grubunda görülse de 2 yaş altındaki çocuklar en çok etkilenir. Kış aylarında daha sık görülür. Ateş ve günde 2 defadan fazla kusma en önemli belirtileridir. Bu nedenle dehidratasyon ağırlaşır. Belirtiler 2-8 gün kadar sürer (45,47,48).

**b) Salmonella gastroenteriti:** 12-72 saatlik kuluçka döneminden sonra ani başlayanishal, ateş, karın ağrısı ve karında duyarlılıkla karakterizedir. Dışkı suludur, lökosit ve nadiren kan içerir. Kanda lökosit sayısı genellikle normaldir. Belirtiler 3-5 gün içinde düzelse de bakterilerin dışkı ile atılımı birkaç hafta sürebilir (45,47,48).

**c) Shigellosis:** Genellikle 4 yaş altındaki çocuklarda yaz sonu, sonbahar başında görülür. 12-72 saatlik kuluçka dönemini izleyerek ateş, bulantı, kusma, kramp şeklinde karın ağrıları başlar. Sık ve az miktarda yapılan dışkı kan ve mukus içerir. Shigella toksininin nörotoksik etkisiyle ateşli nöbet görülebilir (45,47,48).

**d) Escherichia coli'ye bağlı gastroenteritler:** 5 ayrı grupta toplanabilen E. coli'ler farklı klinik tablolara neden olurlar: Shiga toksin içeren E. coli (STEC): Bulantı, kusma, şiddetli karın ağrıları ve sulu ishale başlar. Kanlı ishal ve hemorajik kolit gelişebilir. Olguların yaklaşık %10'unda hemolitik üremik sendroma neden olur. Enterotoksijenik E. coli (ETEC): Süt çocukları ve küçük çocuklar daha fazla etkilenir. Kan ve mukus içermeyen sulu ishale yol açar. Yolcu ishallerinden de sorumludur. Enteroinvaziv E. coli (EIEC): Dışkıda kan ve mukusun bulunduğu dizanteri tablosuna veya sulu ishale neden olur. Süt çocuklarında sık görülmez. Enteropatojenik E. coli (EPEC) Özellikle süt çocuklarında görülür. Genellikle kan ve mukus içermeyen yeşil renkli, sık ve az miktarda dışkılama belirgindir. Enteroagregativ E. coli (EAEC): Küçük çocuklarda akut veya kronik ishale neden olabilir. Dışkıda kan bulunabilir (45,47,48).

**e) Giardia lamblia'ya bağlı gastroenterit:** Farklı şekillerde ortaya çıkabilir: Belirtisiz seyredebilir. Ani başlayan sulu, kötü kokulu ishal, bulantı, kusma, karında şişkinlik ve iştahsızlığa neden olabilir. Dışkıda kan ve mukus yoktur. Bazı hastalarda ise aylar süren ve artıp azalmalarla seyreden karın ağrısı, karında şişlik, kronik ishal ve emilim bozukluğuna neden olabilir (45,47,48).

**f) Entamoeba histolytica'ya bağlı gastroenterit:** Belirtisiz seyredebilir; giderek artan kolik şeklinde karın ağrısı ve bağırsak hareketlerinde artmaya neden olabilir (intestinal

amibiazis); ya da ateş, dehidratasyon, elektrolit bozukluğu gibi bulguların eşlik ettiği, kanlı ve mukuslu ishalle seyreden amipli dizanteriye neden olabilir (45,47,48).

İshalli bir çocuk getirildiğinde yapılması gereken öncelikle dehidratasyonu olup olmadığının belirlenmesidir. Bu amaçla vücut ağırlığında kayıp olup olmadığı saptanır, yaşam bulguları ve bilinç durumu değerlendirilir. Bundan sonra ayrıntılı öykü ve geniş fizik muayeneye sıra gelir. İshalin süresi, dışkının sıklığı, rengi, miktarı, kan ve mukus içerip içermediği sorgulanır. Ayrıntılı fizik muayenede özellikle dikkat edilmesi gereken noktalar ateş, genel görünüm, cilt rengi, turgor, tonus, malnütrüsyon belirtileri, kapiller doluş zamanı, karında hassasiyet ve bağırsak sesleridir (45,47,48).

### **Tanı**

Öyküde çocuğun aldığı ilaçlar ve eşlik eden semptomlara ilişkin bilgi alınır. İshalin başlangıcı ve süresi, ateş ya da diğer semptomların varlığı, kusma sıklığı, gaytanın sıklığı ve özelliği, idrar miktarı ve son yenen besinler öğrenilir (47).

Gayta renk, hacim, yoğunluk, pH, kan, müküs, lökosit, ve glikoz yönünden incelenir. İshalde gayta pH'sı asidiktir. Gaytada glikoz miktarı klinitest tabletle belirlenebilir. Eğer glikoz miktarı düşükse enfeksiyöz olmayan ishal için daha ileri inceleme yapılır. Gaytada lökositlerin bulunması, ishalin belirli bakteriyel nedenlerini ayırt eder. İshalin parazit nedeniyle gelişme olasılığı varsa gayta parazit yönünden test edilir (45,48).

İshallerde laboratuvar incelemesi ishal etkeninin saptanması ve tedavinin yönlendirilmesi için yapılmalıdır. Fakat ishal ataklarının büyük çoğunluğu kısa sürede kendiliğinden iyileşen hastalıklar olduğundan her zaman gerekli değildir. İnfeksiyöz ishallerin tanısı epidemiyolojik bilgiler, klinik sendrom ve laboratuvar testlerine dayanır. Seçilmiş olgularda etyolojik etkenin saptanması antibakteriyel tedavi için yol göstericidir. Bakteriyel ishalleri viral ishallerden kliniklerine göre ayırmak zordur. İshallerde dışkı mutlaka görülmeli, kolit bulguları olan kan, müküs araştırılmalı ve mikroskopik incelemeyle lökosit ve gerektiğinde yumurta, kist ve parazit araştırılmalıdır. Dışkıda lökosit saptanması ishal etkeni, etkenin anatomik lokalizasyonunu ve mukozal intamasyonun varlığını gösterir. İnvazif ve sitotoksik etkenler olan *Shigella*, *Salmonella*, *C. jejuni*, invazif *E. coli*, enterohemorrajik *E. coli*, *C. difficile*, *Yersinia enterocolitica*, *V. parahaemolyticus*'ta dışkıda lökosit görülür. Fakat olgularının hepsinde dışkıda lökosit saptanabilen bakteriyel inflamatuvar bir hastalık yoktur. Dışkıda lökosit görülmesinin pozitif belirleyici değeri %59, negatif belirleyici değeri ise %97'dir. Dışkıda mononükleer hücrelerin saptanması ise *Salmonella*'yı düşündürür. Diğer taraftan ani başlangıç, kusmanın olmaması, günde dört defadan fazla dışkı yapma gibi

kriterlerin tümünün olması bakteriyel etyolojiyi düşündürür. Fakat bu değerlendirmenin sensitivitesi %86, spesifisitesi %60, pozitif belirleyici değeri %27, negatif belirleyici değeri ise dışkıda lökosit bulunmasının negatif değerine oldukça yakın olarak %96'dır. Bu nedenle negatif sonuçlarla bakteriyel etyolojiden uzaklaşmak daha doğrudur (31,40,45,48).

Dışkının özellikleri ve dışkılama süresi, tanıya yardımcı önemli faktörlerdendir.

**a) Dışkının özellikleri:** İnce barsak tipi ise, sıklığı az, miktarı bol ve sulu dışkılama; kalın barsak tipi ise, kramplı karın ağrısı, kanlı, mukuslu, tenezmli, sık sık, az dışkılama; kolon kanseri, amipli dizanteri, ülseratif kolit ve Crohn hastalıklarında kronik, kanlı dışkılama; malabsorbsiyon sendromlarında, kötü kokulu, yağlı dışkılama; fonksiyonel barsak hastalıklarında, fazla miktarda mukus içeren dışkılama görülür (45,49,50).

**b) Dışkılamamanın süresi:** 10 günden uzun süren infeksiyöz ishaller daha çok Entamoeba histolytica, Giardia intestinalis, Cryptosporidium gibi paraziter infeksiyonlara ya da Mycobacterium infeksiyonlarına bağlı olabilir (45,49,50).

### **Fizik inceleme**

İshalli hastada genel durum gözden geçirilir; dehidratasyonun derecesi ve ishalin ciddiyeti hakkında bilgi sağlayıcı muayene bulguları araştırılır. Nabız, kan basıncı, solunum durumuna (taşipne+ hiperventilasyon varsa metabolik asidoza işaret eden Kusmaul solunumu var demektir) bakılıp kaydedilir; hastanın karın muayenesi ve diğer sistem muayeneleri yapılır. İshal komplikasyonlarının bulguları fizik muayenede dikkatle araştırılır (25,27,45).

Genel tehlike belirtilerini kontrol ederken, çocuğun letarjik ya da bilinci kapalı olup olmadığına bakılır. Eğer çocuk letarjik ya da bilinci kapalı ise bir tehlike belirtisi var demektir. Çocuk her dokunulduğunda ya da kucağa alındığında huzursuz ve irritabl ise ya da bu durum süreklilik gösteriyorsa, o zaman huzursuzluk ve irritabl belirtisi vardır. Eğer bir bebek ya da çocuk annesini emerken sakinse ancak memeden ayrılınca huzursuz ve irritabl ise, yine huzursuz ve irritabl hissi var demektir. Çocuk yalnızca sağlık kurumunda bulunmaktan dolayı huzursuz ve korkmuş olabilir. Bu çocuklar genellikle sakinleştirilebilirler. Bu tür çocuklarda huzursuzluk ve irritabl belirtisinden söz edilmez (27,50,51).

Dehydrate bir çocuğun göz küreleri çökük görülebilir. Göz kürelerinin çökük görülüp görülmediğine karar verilmelidir. Daha sonra anneye gözlerin her zamankinden daha çökük olup olmadığını sorulur. Ağır malnütrisyonu olan ve gözle görülür zayıflığı olan çocukların (yani marasmuslu çocukların), dehydrate olmasalar bile göz küreleri sürekli çökük görülebilir.

Gözle görülür zayıflığı olan bir çocukta göz küresi çöküklüğü güvenilir bir bulgu olmamakla birlikte, yine de bunu dehidratasyonu sınıflarken kullanılır (27,50,51).

Anneden çocuğa bir bardak ya da kaşıkla su vermesini istenir. Çocuğu içerken izlenir. Eğer çocuğa sıvı verildiğinde ağzına alamıyor veya yutamıyor ise içemiyor demektir. Çocuk letarjik ya da bilinci kapalıysa içemeyecektir. Eğer çocuk bitkinse ve yardımsız içemiyorsa, az içiyor demektir. Böyle bir çocuk, ancak sıvı ağzına konduğunda yutabilir. Eğer çocuk sıvıyı içmeyi belirgin biçimde istiyorsa, iştahla içiyor, susamış belirtisi vardır. Su verirken çocuğun bardak ya da kaşığa uzanıp uzanmadığına bakılır. Su elinden alındığında çocuğun daha fazla içmek istediği için huzursuz olup olmadığına bakılır. Eğer çocuk yalnızca içmek istediğinde içiyor, daha fazla içmek istemiyorsa, “iştahla içiyor, susamış” belirtisi yoktur (27,50,51).

Anneye çocuğu muayene masasına yatırması söylenir. Çocuğun sırtının düz ve kollarının yanlarda olması ve bacaklarının düz olması gerekmektedir. Anneye çocuğu kucağında düz bir biçimde tutmasını da söylenebilir (27,50,51).

Çocuğun karın derisi üzerinde, göbekte ön aksiler çizginin ortası bulunur. Turgor tonus bakmak için baş ve işaret parmağı kullanılır. Parmak uçları kullanılmaz, çünkü bu ağrıya yol açabilir. Deri katlantısı oluşturmak için eli öyle yerleştirilmelidir ki oluşan kat çocuğun vücuduna paralel ve dik olmalıdır. Tüm deri ve derialtı dokusu sıkıca kavranmalıdır. Deri bir saniye kadar tutulup, sonra bırakılır. Deri bırakıldığında deri katlantısının nasıl kaybolduğuna bakılır (çok yavaş, yavaş, hemen) (27,50,51).

Eğer bıraktıktan sonra deri katlantısı uzunca bir süre normal durumuna dönmüyorsa, bunun çok yavaş olduğu düşünülür. Deri katlantısı çok yavaş kaybolan bir çocuk, 1 saat kadar önce yavaş olarak değerlendirilmiş olabilir. Eğer bir çocukta deri katlantısı çok yavaş kayboluyorsa, bu aynı zamanda deri katlantısı yavaş kayboluyor da demektir. Marasmuslu (ağır malnütrisyon) bir çocukta, çocuk dehidrate olmadığı halde deri katlantısı çok yavaş kaybolabilir. Fazla kilolu bir çocukta ya da ödemli bir çocukta, dehidratasyon olsa bile deri katlantısı hemen kaybolabilir. Bu çocuklarda deri katlantısının kaybolması çok güvenilir olmasa da, yine de dehidratasyonun sınıflaması için kullanılır (27,50,51).

İshalli hastada genel durum, sıvı ve elektrolit kaybıyla yakından ilişkilidir: yani dehidratasyonun varlığı ve derecesi genel durumu belirler. Dehidratasyon sodyum seviyesine veya ağırlık derecesine göre sınıflandırılabilir. İshalli hastada gelişen su ve sodyum kaybına göre hiponateremik, isonatermik ve hipernatremik dehidratasyon ayrımı yapılabilir. İshallerde genellikle isonatermik (%50) dehidratsyon görülür; bu durumda ilk sıvı kaybı hücre dışı sıvıda olduğundan susuzluk hissi, deri turgorunda azalma, mukozalarda kuruluk, deri turgorunun azalması, kan basıncının düşmesi bulguları belirir. Hiponatremik dehidratasyon,

çay, pirinç suyu gibi sodyumsuz sıvıların fazla alımı sonucu gelişir; esas sıvı kaybı hücre dışı kısmında olduğundan isonatremik dehidratasyon bulgularına benzer belirtiler oluşur. Hipernatremik dehidratasyon, sodyumu fazla sıvı ve besin alınırsa meydana gelir; hücre dışı sıvı hacmi iyi korunur, hücre içi sıvı kaybı oluşur. Sonuçta deri turgoru fazla bozulmaz, ama deri hamur kıvamını alır ve hasta aşırı susuzluk hisseder; kan basıncı fazla düşmez, terleme azalır, vücut ısısı yükselir (27,50,51,52).

Dehidratasyon kaybedilen vücut ağırlığına göre 3'e ayrılır:

1. Hafif derecede dehidratasyonda vücut ağırlığının %5'inden azı kaybedilmiştir. Yakınmalar asgari düzeyde olup, ağız kuruluğu, azalmış aksiller terleme, idrar atımında azalma saptanır; taşikardi ve hipotansiyon bulguları yoktur.

2. Orta derecede dehidratasyonda vücut ağırlığının %5–10 kadarı kaybedilmiştir. Klinik bulgular, hastanın yaşına bağlı olarak belirgin olmaya başlar. Orta derecede dehidratasyon çocuklarda susama hissi, huzursuzluk, ağlarken gözyaşı bulunmaması, çökük gözler ve çökük fontanel ile karakterizedir.

3. İleri derecede dehidratasyonda vücut ağırlığının %10'undan fazlası kaybedilmiştir. Bu aşamada orta derece dehidratasyon belirtilerinin iyice şiddetlenmiş olmasına ek olarak şuur bozulması, idrar azalması, soğuk ve nemli ekstremiteler, hızlı ve zayıf nabızlar, hipotansiyon ve periferel siyanoz gibi hipovolemik şok belirtileri vardır. Bu aşamada yeterli rehidrasyon yapılmazsa ölüm söz konusu olabilir. İnce veya kalın bağırsak tutulumuna göre klinik bulgular arasında bazı farklar görülür ve ishalde saptanan diğer bazı klinik bulgular belirli etkenlere işaret eder. Dehidratasyon tedavisinin başarısı ise öncelikle dehidratasyonun klinik ve laboratuvar bulgularının iyi değerlendirilmesine bağlıdır (Tablo 2) (25,27,45,50,51).

**Tablo 2. Dehidratasyon derecesinin belirlenmesi (25,27,45,50,51).**

BULGU	DEHİDRATE DEĞİL	DEHİDRATE	AĞIR DEHİDRATE
<b>Genel Durum</b>	İyi, Hareketli	Huzursuz	Letarjik hipotonik veya bilinç kapalı
<b>Gözler</b>	Normal	Çökük	Çok Çökük
<b>Göz Yaşı</b>	Var	Azalmış	Yok
<b>Ağız ve Dil</b>	Islak – Nemli	Kuru	Çok Kuru
<b>Susama Hissi</b>	Yok, Normal İçiyor	Susamış İstekle İçiyor	Su İçemiyor
<b>Turgor- Tonus</b>	Normal	Bozuk	Çok Bozuk
<b>Tedavi Şekli</b>	Evde İshal Tedavisi	ORS Tedavisi	Hastanede İ.V. Tedavi

Dehidratasyon tedavisinin ilk basamağı sıvı kaybı miktarını belirlemektir. Bunu belirlemenin en hassas yöntemi ise dehidratasyon öncesi ve hastalık sırasındaki tartı farkıdır ve vücut ağırlığındaki kaybın yüzdesi ile gösterilir. Total vücut sıvısının total vücut tartısına oranı yaş büyüdükçe ve yağ dokusu fazlalaştıkça azalır. Bu nedenle büyük çocuklarda kg başına olan sıvı kaybı daha az olmasına rağmen dehidratasyon belirtileri daha şiddetlidir. Örneğın total vücut sıvısının %14'ünün azalabilmesi için süt çocukların 10 mL/kg, zayıf büyük çocukların ise 60 mL/kg sıvı kaybetmesi gerekir (27,50,52).

Dehidratasyonlarda hastalık öncesi tartı genellikle bilinmediğinden dehidratasyonun derecelendirilmesi klinik belirtilere göre yapılır (27,50,52).

### **Genel laboratuvar incelemeleri**

Hematokrit, lökosit sayısı (Salmonella ve Shigella infeksiyonlarında yükselebilir; dehidratasyona bağı yalancı yükselmelere dikkat edilmelidir), lökosit formülü, BUN, kreatinin, elektrolitler genel olarak yeterlidir. Uzamış ishal olgularında eritrosit sedimentasyon hızı, CRP, açlık kan şekeri, serum proteinleri, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tahlili istenir. Laktoz intoleransı kuşkusunda dışkıda reduktan madde bakılır; gereğinde dışkıda yağ tayini, malabsorpsiyon testleri yapılır (25,45,53).

Dehidratasyonda laboratuvar incelemeleri: Hafif şiddetteki dehidratasyonlarda laboratuvar incelemelerine genellikle gerek yoktur. Hastanede yatacak ağırlıktaki dehidratasyonlarda ise laboratuvar bulguları tanı ve takipte bize değerli bilgiler verebilir. Bir kez yapılan laboratuvar incelemesi fazla yararlı değildir; hatta zaman zaman bizi yanıltabilir. Seri halde yapılan incelemeler ise oldukça yararlıdır (52,53)

### **İSHAL KOMPLİKASYONLARI**

İshal seyrinde genel ve etkene özgül komplikasyonlar oluşabilir.

#### **Genel Komplikasyonlar**

Dehidratasyon, metabolik asidoz, elektrolit düzensizlikleridir. Elektrolit (Na, K, Mg ve Cl) ve sıvı kaybı sonucu dehidratasyon (sekretuvar ishallerde daha belirgin) ve kollaps meydana gelir. Kollaps çok küçük çocuklar, yaşlılar ve koleradaki gibi çok ciddi ishali olanlarda hızla gelişir. HCO<sub>3</sub> kaybı sonucu metabolik asidoz meydana gelir. İshalli bir hastada Kussmaul solunumu varsa metabolik asidoz akla gelmelidir. Serum Na yoğunluğu ishali tipine göre değişir. Hipokalemi (hipopotassemi), ciddi veya kronik ishaller veya dışkı aşırı mukus içerirse oluşabilir. Serum potasyumu 3 meq/L'nin altına inince yorgunluk,



miyalji, alt ekstremitelerde güçsüzlük başlar. İleri devrede hipoventilasyon, paralizi, paralitık ileus oluşabilir. Barsak sesleri alınamıyorsa paralitık ileus olasılığı akla gelmelidir (25,45).

Hipopotasemide *S. typhi*, *Y. enterocolitica* ve *C. fetus* distal ince barsağa yerleşip penetrasyon yaparlar ve dışkıda mononükleer lökositler görülür (25).

EKG değişiklikleri de (T dalgası negatifliği, belirgin U dalgası, ST segmenti çökmesi) saptanır. Uzun süreli ishallerde oluşun hipomagnezemi tetaniye neden olabilir (25,45).

### **Etkene Özel Komplikasyonlar:**

- 1.) Kolon dilatasyonu: Ciddi şigelloz, *C. difficile* ishali, *Campylobacter* ishali,
- 2.) Kolon perforasyonu: Ciddi şigelloz, *C. difficile* koliti, yersinioz,
- 3.) Bakteremi/sepsis: *Salmonella* infeksiyonları, yersinioz, *C. fetus* infeksiyonları, ciddi şigelloz,
- 4.) Hemolitik üremik sendrom: Özellikle EHEC (O157:H7) ishalinde ilk 7 günde ve şigelloz (*S. dysenteriae* tip1) olgularının iyileşme devrinden sonra (1. haftanın sonu) görülen bir komplikasyondur. Akut hemolitik anemi, akut böbrek yetmezliği, yaygın damar içi pıhtılaşmayla seyreden hemolitik remik sendrom önemli komplikasyonlardan biridir ve özellikle çok genç ve yaşlılarda görülür.
- 5.) Reaktif artrit: *Yersinia* ve diğer bazı ishal yapan bakterilerden (*S. şexneri*) sonra, HLA B27 (+)'lerde Reiter sendromu (artrit, üretrit, konjunktivit) oluşabilir.
- 6.) Konvulziyon: *C. jejuni*, *S. şexneri* infeksiyonlarında (nadir) görülebilir.
- 7.) Guillain-Barre sendromu: *C. jejuni* infeksiyonları sonrasında görülebilir (25,45).

### **TEDAVİ**

Gelişmiş ülkelerde ishale bağlı ölümler dışkıyla kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konmaması nedeniyle gelişen akut dehidratasyona bağlıdır. Gelişmekte olan ülkelerde ise sık geçirilen ve uzun süren ishal atakları malnütrisyonla neden olmakta, malnütrisyonlu çocuklarda ishal daha sık ve daha ağır seyretmekte, sonuç olarak gelişmekte olan ülkelerde ishale bağlı ölümler akut dehidratasyon dışında malnütrisyonla bağlı olmaktadır. Bu nedenle değişik yaşlardaki hastaların değişik nedenlere bağlı ishallerinin hepsinde aynı derecede etkili olan, içindeki maddeler her yerde ucuza ve kolaylıkla bulunabilen, hazırlanması ve uygulanması kolay olan ağızdan sıvı tedavi formülleri geliştirilmiştir. Bu tedavi şekli etkili ve ekonomik olmasının yanında hastayı gereksiz yere uygulanacak intravenöz sıvı tedavisinin komplikasyonlarından koruduğu için de önemlidir (17,42,54).

İshalli bir hastada tedavi planı oluşturulurken dikkat edilmesi gereken noktalar :

1. Dehidratasyonun şiddetinin derecelendirilmesi
2. Kanlı, müküslü dışkı özelliği varsa dizanteri açısından incelenmesi
3. İshalin persistan ishal yönünden değerlendirilmesi
4. Çocuğun beslenme şekli değerlendirilir, varsa malnutrisyon tipi belirlenir
5. Altta yatan başka hastalık araştırılır (42).

1978 yılında DSÖ ORS formülünü standardize etmiştir ve o zamandan itibaren az miktarda değişiklikler ile özellikle gelişmekte olan ülkelerde başarı ile kullanılmaktadır. DSÖ gelişmekte olan ülkelerde ishal mortalite ve morbiditesini azaltmak amacıyla 1980 yılında “İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı”nı başlatmıştır. DSÖ 1993 yılında ağızdan sıvı tedavisi tanımını değiştirmiştir. Yeni tanımlamada çocuğa artan miktarda sıvı ve gerektiği durumlarda şeker-tuz karışımı verilmesi, bunun yanında beslenmenin devam ettirilmesi belirtilmiştir (17,54).

### **ORS Tedavisi**

ORS tedavisi uygulanana kadar alışlagelmiş ishal tedavisi vardı. Bu tedavinin uygulanış şeklinde ve yöntemlerindeki dezavantajlar nedeniyle kullanımını yitirmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Alışlagelmiş ishal tedavisinin uygulanış şekli ve dezavantajları (54,55).**

<b>TEDAVİ</b>	<b>DEZAVANTAJ</b>
A. IV Rehidratasyon	Hastane infeksiyon riski Hastanın yatması gerekir Gereksiz tetkikler Emosyonel travma
B. Yiyecek Kısıtlanması	Kilo kaybı Malnütrisyonu eğilim
C. Rutin antibiyotik, antidiyareyik	Genellikle etkisiz Toksik megakolon Taşıyıcılık riski
D. Maliyet	Maliyet artar

Günümüzde DSÖ tarafından önerilen ishal tedavisi;

- ORS tedavisi (olguların %95'i faydalanır)
- IV tedavisi (olguların %5'i faydalanır)
- Beslenmeye devam
- Sınırlı antibiyotik tedavisi (tifo, kolera, dizanteri)
- Antidiyareyikler kesinlikle kullanılmamalıdır (17,54,55).

### **1. ORS'un uygun olmadığı durumlar:**

- a) Şok, bilinci kapalı ya da bozuk olduğu durumlar
- b) Ağır elektrolit bozukluklarında ya da asidoz
- c) Oligüri ya da anüri varlığında
- d) Sürekli ve inatçı kusmalarda
- e) Glukoz-glaktoz malarbsorpsiyonunda
- f) Paralitik ileus veya şiddetli abdominal distansiyon
- g) Su içemeyen hastalar (4,17,55).

### **2. ORS'nin etkisiz olduğu durumlar:**

- a) Dışkı ile fazla sıvı kaybı (15 ml/kg/ saatten fazla sıvı kaybı)
- b) Şiddetli ve tekrarlayan kusmalar; ORS nazogastrik sonda ile uygulanmalı veya intravenöz tedaviye geçilmelidir (4,17).
- c) Glukoz absorpsiyonunun bozulduğu durumlar; ORS verilince dışkılama artar, bu durumda intravenöz tedaviye geçilmelidir (4,17).

### **3. ORS tedavisinin intravenöz tedaviden üstünlükleri:**

ORS tedavisi akut sulu ishal olgularının %95'inde dehidratasyonun önlenmesi ve tedavisinde başarılı olmaktadır. Hafif ve orta derecede dehidratasyonu olan hastalarda endikasyon uygun konulmuşsa IV tedaviye göre birçok avantajı vardır:

- a) ORS tedavisinde elektrolit absorpsiyonu daha yavaş ve düzenli olmaktadır.
- b) ORS ucuzdur.
- c) ORS sıvısının steril olmasına gerek yoktur, sepsis, tromboflebit, hepatit gibi komplikasyonlar görülmez.
- d) Elektrolit düzeylerinin ölçülemediği durumlarda da güvenle kullanılabilir.
- e) ORS tedavisinde ihtiyaca göre çocuk alacağı sıvı miktarını kendi belirler, IV tedavisinde oluşabilecek aşırı sıvı yüklenmesi veya sıvı yetersizliği görülmez.
- f) IV tedavisi hastane ve yakın izlem için personel gerektirirken, ORS tedavisinde annenin ilgisi yeterli olabilir (4).

### **Sıvı Tedavisi**

Çocukta sıvı tedavisi planlanırken 3 aşama göz önüne alınır;

1. Dehidratasyonun ORS veya IV yolla düzeltilmesi,

2. Potansiyel dehidratasyonun önlenmesi,

3. Anne sütü veya elektrolit içermeyen sıvılarla günlük idame sıvı ihtiyacının karşılanması (17,42).

Dehidratasyon bulgusu olmayan çocuklar verilen sıvı miktarı artırılarak ve beslenmelerine devam edilerek evde tedavi edilebilirler. Ayran, taze hazırlanmış meyve suları (elma suyu, vb), çorbalar (tercihan pirinç suyu ile hazırlanmış) ve su evde korkusuzca verilebilecek sıvılardır. İki yaşın altındaki çocuklara her ishali dışkılamadan sonra 1/2-1 çay bardağı (50-100 mL), daha büyük çocuklara 1/2-1 su bardağı (100-200 mL), daha fazla içmek isteyenlere ise istedikleri kadar sıvı verilmesi dehidratasyonun engellenmesini sağlayacaktır (17,42,55).

Anne sütü alan bebeklerin daha sık olarak emzirmeye devam edilmesi gereklidir. Anne sütü almayan bebeklerin ise normalde aldıkları süt veya mamalarla, öğün sayısı artırılarak, beslenmelerine devam edilmesi önerilir. Mamaların sulandırılması gerekmez. Laktozu azaltılmış veya laktozsuz mamaların, aşağıda bahsedilecek özel durumlar haricinde, kullanılması gerekli değildir. Daha büyük çocukların normalde aldıkları gıdalar ile ve öğün sayısı artırılarak beslenmelerine devam edilmelidir. Yarı katı veya katı gıdalarla beslenen bebeklere ve çocuklara sindirimi kolay ve enerjiden zengin, protein içeren gıdalar (iyi pişmiş et, balık, yoğurt, peynir, sebze püreleri, muz...) verilmelidir. Hiperozmolaritenin önlenmesi için şeker yerine nişastalı yiyecekler (tahıllı gıdalar) tercih edilmelidir (17,54,55).

Akut gastroenteritlerde yağ emiliminde çok belirgin bir azalma olmaz. Yağsız veya yağı azaltılmış diyetler alınan kalorinin azalmasına yol açar. Diyette bulunan yağlar ayrıca mide boşalmasını yavaşlattığı için ishalin azalmasına yardımcı olabilir. Çeşitli nedenlerle ishal kronikleştiğinde steatore gelişebilir. Bu durumda emilim için safra tuzlarına gereksinim göstermeyen orta zincirli yağları içeren diyet gerekebilir (17,54,55).

İshali çocukta kusmayı engellemek için besinler az miktarda ancak daha sık aralıklarla verilmeli, ishal düzeldikten sonra kayıpların yerine konabilmesi ve malnütrisyonun önlenmesi için birkaç hafta ek bir öğün verilmelidir (17,54,55).

Çocuğun durumu 1–2 gün içinde düzelmeyorsa veya aşağıdaki bulgular gelişmişse tekrar gelmesi önerilmelidir;

- Çok fazla dışkılama,
- Tekrarlayan kusma,
- Yemek yiyememe, su içememe,
- Yüksek ateş,
- Dışkıda kan görülmesi (22).

### **Çinko Tedavisi**

Çinko (Zn) desteği, ishal süresini kısaltma ve şiddetini azaltmada önemli bir yer almaktadır. Zn desteği büyümeyi ve iştahı iyileştirir. Aynı zamanda, Zn çocuğun diğer ishali hastalık atakları ve pnömoni ile savaşmasına 2–3 ay süre ile de yardımcı olur. Bu nedenle Zn desteği şu anda tüm ishali çocuklara (akut, persisten, kronik ishali varsa) tavsiye edilmektedir (50,55,56).

Doz: 6 aylık ve daha küçük çocuklarda 10 mg/gün, daha büyüklerde 20mg/gün, 10–14 gün süre ile verilmelidir. Tabletler çözünebilir tablet ya da şurup şeklinde verilmelidir. Verilirken temiz su ya da ORS ya da anne sütü ile beraber verilmelidir (50,56).

Anneye anne sütünde ya da temiz suda nasıl çözeceğini göstererek ilk tableti poliklinikte uygulanır. Çocuk yeteri kadar büyükse tabletleri çiğneyerek alabilir. Zn desteği 10–14 gün süreli ve çocuğun yaşına göre ve önerilen uygun dozda olmalıdır. İshal birkaç gün içinde dursa dahi çocuğun 10–14 gün boyunca çinko desteği alması önerilir (50,56).

Zn desteğinin tek yan etkisi zaman zaman kusmadır. İshali hastalık döneminde kusma sık görülür. Bazen çocuklar Zn desteği aldıktan sonra da kusabilir. Kusma çok şiddetli olmadığı sürece bu çinko desteği vermeyi engellememelidir (50).

Zn desteği ishali şiddetini ve süresini azaltmada en iyi yol olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, ishali hastalıkların kontrolünde sıvı desteği önemlidir ve Zn desteği asla ORS' nin yerini alamaz (50,55,56).

### **Tedavinin Planlanması**

İshali bir çocuğu değerlendirmek için, dehidratasyon sınıflaması yapıldıktan sonra tedavi planlarından uygun olanları seçilmelidir (42,50).

Plan A: İshalin evde tedavisi

Plan B: Hafif ve Orta dehidratasyonun tedavisi

### Plan C: Ağır dehidratasyonun hızlı tedavisi

Her üç plan da ishal nedeniyle yitirilen su ve tuzları yerine koymayı hedefler. Çocuğu hem rehidrate etmek, hem de dehidratasyonu engellemek için en iyi yol, oral rehidrasyon tuzlarıyla hazırlanan çözeltilerden (ORS) vermektir. İV sıvı yalnızca ağır dehidratasyon olgularında kullanılmalıdır (42,50).

Tedavide antibiyotik kullanılması gereken ishaller bölgede kolera ile birlikte ağır dehidratasyon ve dizanteri durumlarıdır (42,50).

Antibiyotikler çoğu ishal olgularının tedavisinde etkin değildir. Ender olarak yarar sağlar, bazen de durumu daha da ağırlaştırabilir. Gereksiz antibiyotik kullanımı bazı patojenlerin direncini arttırabilir. Ayrıca antibiyotiklerin yüksek bir maliyeti de vardır. Etkisiz tedaviler için yüksek miktarda paralar harcanır. Bu nedenle antibiyotikler rutin olarak kullanmamalıdır. İshalli olgulardan yalnızca bölgede kolera ile birlikte ağır dehidratasyon ve dizanteri durumlarında antibiyotik kullanılır (42,50).

Çocuk ve bebeklere hiçbir zaman antidiyareik verilmemelidir. Tedaviyi ender olarak sağlarlar ve bazıları da tehlikelidir. Tehlikeli olanlar motiliteyi durduran ilaçlar (örneğin kodein, opium tentürü, difenoksilat, loperamid) ve kusmaya karşı olanlardır. Bu zararlı ilaçların bazıları barsakların paralizi olmasına yol açarken, bazıları da çocuğun aşırı uyumasına yol açabilir. Bazıları da özellikle küçük bebeklerde ölüme yol açabilir (42,50).

Diğer antidiyareik ilaçlar, tehlikeli olmamakla birlikte ishal tedavisinde etkili de değildir. Bunlar kaolin, attapulgit, simectite ve aktif kömür gibi absorbanları da içerir. Antidiyareik ilaç kullanımı ORS tedavisini geciktirir (42,50).

**Plan A ve ORS: İshalin evde tedavisi:** Ek sıvı çocuğun normal gereksiniminden daha fazla sıvı anlamına gelmektedir (42,50).

Plan A önemli bir tedavi planıdır. Sağlık kurumuna ishal nedeniyle başvuran ve dehidratasyonu olmayan çocuklara Plan A uygulanır. Dehidratasyonu olan çocuklar Plan B ve C ile rehidrate edildikten sonra Plan A'ya alınırlar. Sonuçta ishali olan tüm çocuklara Plan A uygulanır (42,50).

1. ORS' nin hazırlanması: ORS preparatları piyasada toz paketler şeklinde bulunur. 1 litre kaynatılmış soğutulmuş su içine 1 paket atılıp eritilerek ORS hazırlanmış olur. Bu solüsyon soğuk veya ılık olarak içilebilir ve en fazla 24 saat içinde tüketilmelidir. Bu formül kaynatılmış soğutulmuş 5 bardak suya 2 çorba kaşığı şeker, 1 çay kaşığı tuz, 1 çay kaşığı yemek karbonatı katılarak evde hazırlanabilir (4,17).

2. Optimal sıvı elektrolit emilimi için ORS bileşim ilkeleri: Dünya Sağlık Örgütü ORS bileşiminin etkisini optimal şartlarda tutabilmek için yapılan çalışmaları değerlendirmiş

ve bir sıvı ve elektrolit bileşimi formülü geliştirmiştir. Optimal etki için önerilen bu formülün özellikleri aşağıdaki maddelerle belirtilmiştir (Tablo 4) (4,42,55).

a) Osmolaritesi plazmaya yakın olmalıdır,

- Glukoz Konsantrasyonu 20–30 gr/L (56–140 mmol/L)
- Sodyum 90 m Eq/L
- Potasyum 20 mEq/L

b) Asidozu önlemek için sitrat veya bikarbonat 30–40 mmol/L olmalıdır

c) Glukoz konsantrasyonu bildirilen rakamdan fazla olursa osmotik diare, düşük olursa sıvı-tuz emiliminde azalma gibi yan etkiler görülmektedir (4,42).

Bazı ülkelerde glukoz yerine haşlanmış pirinç suyu denenmiş ve 50–80 gr/L pirinç unu konsantrasyonu dışkı çıkışında azalma, sıvı ve elektrolit emiliminde artma sağlamış ve ORS tedavisine alternatif olabileceği bildirilmiştir (4,42).

Aminoasitler kullanılarak hazırlanan ORS'in glukoz ile hazırlanan ORS'ye üstünlük göstermediği saptanmış ve aminoasitlerin pahalı olması nedeniyle kullanımı önerilmemiştir (42).

**Tablo 4. Bir Litre Suda Eritilecek ORS Birleşimi İçindeki Maddeler (4,42,55).**

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>MİKTARI gr/L</b>	<b>İYONLAR</b>	<b>KONSANTRASYON mmol/L</b>
Sodyum klorid	3,5	Sodyum	90
Potasyum klorid	1,5	Potasyum	20
Trisodyum Sitrat	2,9	Klor	80
Sodyum Bikarbonat	2,5	Sitrat, Bikarbonat	10, 30
Glukoz (Anhidroz)	20	Glukoz	111
		Total Osmolarite	311 m osm/L

#### **Plan B: Hafif ve orta dehidratasyonun tedavisi:**

Plan B, yani orta dehidratasyonu olan ishalleri bir çocuğun tedavisini ifade eder. Plan B'de kurumdaki 4 saatlik başlangıç tedavisi bulunmaktadır. Orta dehidratasyonu olan bir çocuğun acilen hastaneye sevk edilmesi gerekmektedir (42,50).

Öte yandan, eğer çocukta orta dehidratasyon varsa ve başka sorunlar nedeniyle tedavi edilmesi gerekiyorsa, önce dehidratasyon tedavisinin başlatılması daha sonra diğer tedavilerin uygulanması gerekmektedir (42,50).

Dört saat sonra çocuk dehidratasyon yönünden yeniden değerlendirilir ve sınıflandırılır. Eğer dehidratasyon bulguları kaybolmuşsa, çocuğa artık Plan A uygulanacaktır. Eğer halen dehidratasyon varsa, Plan B yinelenmelidir. Değerlendirmede ağır dehidratasyon saptanmışsa, Plan C'ye geçilmelidir (50).

Çocuğun yaşı ya da ağırlığı, dehidratasyon derecesi ve rehidrasyon sırasındaki dışkılama sayısı, gereken ORS miktarını etkileyecektir. Çocuk genellikle gereksinim duyduğu kadar içecektir. Eğer çocuk hesaplanandan çok ya da az isterse, istediği kadar içmesine izin verilmelidir (42,50).

**İlk 4 saatlik plan:** Çocuk ORS tedavisi için 4–6 saat süre ile gözleme alınmalı ve ORS tedavisi başlanmalıdır.

Hafif dehidratasyonda uygulanacak ORS miktarı 50 ml/kg, orta derece dehidratasyonda 100 ml/kg'dır. Hastanın ağırlığını 75 ile çarparak da ortalama bir değer bulunabilir (75 mg/kg).

Hesaplanan sıvı miktarı <300 ml/saat olmak üzere hastaya uygulanır.

Anne emzirmeye devam etmelidir.

Emmeyen 6 aylıktan küçük bebeklere bu dönemde ayrıca 100-200 ml su verilmelidir.

Çocuk kusarsa 10 dakika bekleyip yeniden ORS uygulanmalı, fakat 2–3 dakikada bir çay kaşığı gibi daha yavaş teknikler ile uygulanmalıdır.

Çocuğa ORS tedavisinin ilk 4 saatinde yiyecek verilmemelidir (42,50).

**4 saatten sonraki plan:** Plan B' deki 4 saatlik tedaviden sonra değerlendirme yapılır ve dehidratasyon yeniden sınıflandırılır (42,50).

Eğer çocuğun göz kapakları şiş ise, bu aşırı hidrasyon belirtisidir. Bu bir tehlike belirtisi ya da hipernatremi belirtisi değildir. Bunun anlamı yalnızca çocuğun rehidrate olduğu ve o an için artık ORS' ye gereksinimi kalmadığıdır. Hiç dehidratasyon yoksa dehidratasyon gelişmemiş ishal tedavisi uygulanmalıdır. Çocuğa kaynamış su ya da anne sütü verilmelidir. Göz kapaklarını şişliği geçince anne Plan A' ya göre ORS vermelidir (42,50).

Bir miktar dehidratasyon bulgusu devam ediyorsa hafif ve orta dehidratasyon tedavisi tekrarlanıp yeniden değerlendirilmelidir. Plan B yeniden uygulanır. Yemek, süt ya da meyve suyu verilebilir. Çocuk beslendikten sonra 4 saatlik Plan B tedavisi tekrarlanır. Her 3–4 saatte



bir yemek, süt ya da meyve suyu verilir. Emzirilen çocuklar sık aralıklarla emzirilmeye devam edilmelidir (42,50).

### **Plan C: Ağır dehidratasyonun hızlı tedavisi**

Ağır dehidratasyonlu bir bebekte kaybedilen su ve tuzların hızla yerine konması gerekir. Bu amaçla genellikle intravenöz sıvılar kullanılır (42,50).

Oral sıvı tedavisinin etkin olamadığı şok ve bilinç bulanıklığı, asidoz, ağır elektrolit bozuklukları, uzamış oligüri veya anüri, sürekli ve inatçı kusmalar, karın şişliği ve ağır infeksiyonların varlığında sıvı ve elektrolit ihtiyaçları intravenöz olarak sağlanmalıdır (42,57).

Dehidratasyon tedavisine başlamadan önce verilecek sıvının miktarı, bileşimi ve verilme hızı belirlenmelidir (42,57).

IV sıvılar ya da nazogastrik tüple rehidrasyon yalnızca ağır dehidratasyonu olan çocuklar için önerilir (42,50).

Eğer IV ya da NG (nazogastrik) sıvı verilemiyorsa ve çocuk ağızdan alamıyorsa, çocuğu IV ya da NG tedavi uygulayabilecek en yakın kurum ya da hastaneye gönderilir (50).

Ağır dehidratasyon için IV tedavi uygulandıktan sonra da, çocuğa kısa bir zaman diliminde yüksek miktarda sıvı verilmesi gerekmektedir. Bu sıvı, vücudun büyük miktarlara ulaşan sıvı kaybını yerine koyacaktır (42,50).

Plan C'de belirtilen miktarda sıvıyla IV tedaviye hemen başlanmalıdır. Eğer çocuk ağızdan alabiliyorsa, serum hazırlanana kadar ağızdan ORS verilir. Ardından IV sıvının ilk bölümü (30ml/kg) çok hızlı (bebeklerde 60 dakika, çocuklarda 30 dakikada) verilerek kan hacminin düzeltilmesi sağlanmış ve şok nedeniyle ölüm önlenmiş olur. Sıvının ilk bölümü tamamlandıktan sonra 70ml/kg sıvı rehidrasyonu tamamlamak için daha yavaş olarak verilir (42,50).

Verilecek sıvının miktarı: Dehidrate bir hastaya verilecek sıvı miktarı; defisit, idame ve devam eden kayıplar olmak üzere 3 bölümde incelenir ;

a) Defisit (sıvı açığı) miktarı: İshal, kusma, diürez, artmış solunum sayısı ve terleme gibi nedenlerle oluşan sıvı açığı defisit olarak tanımlanır. Hastanın sıvı açığı, daha önceki tartısı bilinmiyorsa muayene sırasında tesbit edilen dehidratasyon bulgularına bakılarak tahmin edilmeye çalışılır .

b) İdame sıvısı miktarı: İdame sıvısı normal koşullarda bir insanın terleme, idrar ve dışkı yoluyla zorunlu olarak kaybettiği sıvı miktarıdır. Hastanın günlük normal sıvı ihtiyacı kalorik ya da vücut yüzeyine dayanan formüllerle hesaplanır. Vücut yüzeylerinin rölatif olarak daha geniş olması, solunum sayılarının fazla olması ve metabolizmalarının daha hızlı

olması nedeni ile düşük doğum tartılı bebeklerin sıvı ihtiyaçları miadında normal tartı ile doğan bebeklerden daha fazladır.

c) Devam eden patolojik sıvı kayıplarının miktarı: Tedaviye başladıktan sonra da hastanın sıvı kayıpları (ishal, kusma, poliüri vb.) devam edebilir. Çoğu kez tedaviye başladıktan sonra patolojik kayıplar minime iner ve bu nedenle kayıp listesine eklenmez. Fakat belirgin patolojik kayıplar ihmal edilemeyecek kadar fazla ise mutlaka sıvı tedavisine eklenmelidir (42,57).

IV tedavi sırasında çocuk 1–2 saatte bir değerlendirilir. Çocuğun yeterli miktarda IV sıvı alıp almadığı kontrol edilir. IV sıvı verirken 12 aydan küçüklere ilk bir saatten sonra izleyen 5 saatte saat başı kayıt yapılırken, 12 ay - 5 yaş arası olan çocuklarda ilk yarım saatten sonra (30 dakika) 2,5 saat boyunca saat başı zaman kaydedilir. Eğer dehidratasyon belirtileri ve ishal daha kötüleşmişse ya da düzelmeyorsa, hem sıvı verilme hızı hem de verilen sıvı miktarı artırılır. Eğer çocuk kusuyorsa, sıvı verilme hızı artırılır. Eğer bulgular düzeliyorsa, aynı hızda sıvı vermeye devam edilir (42,57).

IV sıvı verirken, çocuk ağızdan almaya başlar başlamaz, az az ORS çözeltisi vermeye başlanmalıdır. Çocuğa kilogram başına saatte yaklaşık olarak 5 ml ORS çözeltisi verilmelidir (42,50).

Dehidratasyon belirtileri bebeklerde 6 saat, çocukta ise 3 saat sonra değerlendirilir. Dehidratasyonu sınıflandırılır ve tedaviyi sürdürmek için uygun tedavi planını (Plan A, B, C) seçilir. Bir çocuk tamamen rehidrate edildikten ve dehidratasyon bulguları olmadığı saptandıktan sonra, eğer olanak varsa 6 saat daha kurumda tutulmalıdır. Bu sürede anne Plan A' ya göre çocuğa fazladan sıvı verilmeli ve beslenmesini de sürdürmelidir (42,50).

## **HEMŞİRELİK BAKIMI**

### **Hemşirelik Öyküsü**

İshali olan bebek ya da çocuktan alınan hemşirelik öyküsü şu bilgileri içerir:

- Hastalıktan önceki normal vücut ağırlığı
- Sağlıklı olduğu dönemde günde genellikle kaç kez gayta yaptığı
- Gaytanın tanımı (kıvamı, sıklığı, rengi, kokusu, kan ya da müküsün varlığı)
- Hastalık sırasında günde kaç kez gayta yaptığı
- Ateş, karın ağrısı, vücut ağırlığının kaybı ya da abdominal kitlenin varlığı
- İdrar yapma sıklığı

- Dehidratasyonun derecesi
- Bilinç düzeyi (51,58,59).
- Bebek ya da çocuğun besin maddelerine karşı alerjisi olup olmadığı

Ayrıca çocuğun evde yediği süt ürünleri ve diğer besinler kontaminasyon yönünden incelenir. Evdeki hayvanlar, özellikle su kaplumbağası salmonellaya yol açan organizmaların yayılmasında sorumlu olabilir. Ev ziyareti sırasında genel hijyen düzeyi, besinlerin hazırlanma ve saklanma koşulları ve sanitasyon kolaylıkları (örneğin: akarsu ve tuvalet olanakları) incelenir (58,59).

**Hidrasyonun sağlanması:** Bebek dehidratasyon belirtileri yönünden değerlendirilir. Başlangıçta bebeğe az miktarda sıvı, ORS ya da anne sütü verilir. Bebeğin aldığı oral sıvıların miktarı yavaş yavaş artırılır ve sonra yumuşak bir diyetle (örn: muz, pirinç lapası, elma suyu) geçilir (51,58,59).

Ebeveynlere ORS'nin nasıl hazırlanacağı öğretilir. ORS'yi hazırlamadan önce eller sabun ve suyla yıkanır. Kaynatılmış soğutulmuş sudan 5 su bardağı ölçülerek temiz bir kaba boşaltılır, paketin tamamı suyun içine dökülür ve iyice karıştırılır. Çocuğa bardakla ya da kaşıkla azar azar içirilir. Eğer kusma olursa tekrar sıvı vermeden önce 10 dk beklemleri önerilir. Soruna eşlik eden kusma, dehidratasyonu artırır (44,51,58,59).

Karbonatlı meşrubatlar oral rehidratasyon için uygun solüsyonlar değildir. Çünkü bu solüsyonlardaki yüksek glikoz düzeyi, ozmotik etki yaparak ishali daha fazla şiddetlendirebilir. Bebeğin hidrasyonu düzelmezse paranteral sıvı tedavisi uygulanır (51,58,59).

**Aldığı-çıkardığı sıvıların izlenmesi:** İshalli çocukların aldığı-çıkardığı sıvıların doğru olarak kaydedilmesi önemlidir. Çocuğa verilen oral ve intravenöz sıvıların miktarı ve cinsi kaydedilir (44,51).

Tuvalet eğitimi olmayan çocuklarda idrar ve gaytayı birbirinden ayırt etmek için plastik idrar torbası kullanılır. Böylece gaytanın görünümü ve içerdiği sıvı daha doğru değerlendirilebilir. Çocuk her gayta yapışında gaytanın rengi, yoğunluğu, kokusu, kanlı ya da müküslü oluşu kaydedilir (51,58).

Gaytanın asiditesi ve içerdiği glikoz miktarı ölçülür. Gaytada glikozun pozitif olması, alınan besinlerin ne kadar az absorbe olduğunu gösterir. Çünkü besinler içerisinde en hızlı glikoz absorbe olur. Gaytada glikozu bakmak için musluk suyu ile gayta sulandırılır ve içine bir klinitest tablet atılır (51,59).

Gaytanın asit yapıda (pH:7.0 ↓) olması da glikozun absorbe edilmediğini gösterir. İshalde gayta yeşildir ve safra ile yeterince karışmamıştır. İshal iyileşince ve gayta bağırsaklarda daha uzun süre kalınca gaytanın rengi koyulaşır, asit ve glikoz içeriği azalır. Gaytada gizli kana bakılması, asit gaytanın bağırsakları ne kadar irite ettiğini gösterir (51,59).

Ayrıca yaşam belirtileri sık aralıklarla izlenir. Vücut sıcaklığı aksiller yolla ölçülmelidir, çünkü rektal stimülasyon bağırsak hareketini ve ishali arttırır. Bebeğin tedaviye yanıtını değerlendirmek için vücut ağırlığı her gün ölçülür ve aldığı-çıkardığı sıvılar kaydedilir. İdrar torbası kullanılarak ya da alt bezi tartılarak idrar miktarı izlenir. İdrar dansitesi ve pH'sı ölçülür. Ağızdaki kuruluğu azaltmak için 4 saatte bir ağız bakımı verilir. Dehidratasyon nedeniyle dudaklardaki çatlamayı önlemek için vazelin sürülür (44,51,58).

İshalli gayta asit yapıda olduğu için deriyi aşırı derecede irite eder. Deri bütünlüğünü korumak amacıyla bebek gayta yapınca hemen alt bezi değiştirilir. Perine bölgesi her gayta yaptıktan sonra yıkanır ve deriyi daha ileri iritasyondan korumak için vazelin sürülür. Böylece deri bütünlüğünde bozulma varsa, gluteal bölgenin hava alması ve iyileşmesi kolaylaşır (51,58,59).

**Yeterli beslenmenin sağlanması:** İshalde iştahsızlık, bulantı, kusma, absorpsiyon bozukluğu ve bağırsak hareketlerindeki değişiklikler sonucu besin kayıpları olur. Eğer bu besin kayıpları karşılanmazsa ağırlık kaybına yol açar ve çocuğun normal büyümesini engeller. Tekrarlayan ishal atakları olan çocukta değişik derecelerde malnütrisyon gelişir. İshalli çocuğun uygun biçimde beslenmesi ile malnütrisyon ve buna bağlı komplikasyonlar azaltılabilir (44,51,58,59).

İshal süresince çocuğun beslenmesine devam edilmesi önerilmektedir. Böylece bağırsak mukoza hücreleri devamlı yenilenir, pankreatik enzimler normal olarak salgılanır, mide asit salgısı artar, bakteri üremesi azalır ve malnütrisyon gelişmesi önlenir. İshalli bebeklerde, anne sütü emiliminin normale yakın olduğu belirlenmiştir. Katı besinlerle beslenen çocuklara pirinç lapası, patates gibi nişastalı besinler, yoğurt, ayran ve yeterli sıvı verilmesi önerilir. Çocuk hastalıktan önceki vücut ağırlığına ulaşınca kadar günde bir öğün fazla beslenerek malnütrisyon gelişmesi önlenir (58,59).

**Enterik izolasyon önlemleri:** E.coli, salmonella, shigella ve kolera enfeksiyonu olan bebek ve çocukların, diğer kişilerle temasını önlemek için enterik izolasyon uygulanır. Ebeveynlere kendilerini korumaları için enterik izolasyonun önemi anlatılır. Tırnakların kısa kesilmesi ve dikkatli el yıkama tekniğinin kullanılması, enfeksiyonun yayılmasını önler. Fekal kontaminasyonu önlemek için bebeğin alt bezi değiştirilirken eldiven kullanılması önerilir (51,58).

İzolasyon nedeniyle çocuk duyuşal uyarın yoksunluğu yaşıyabilir. Bunu önlemek için yapılan işlemler sırasında çocukla konuşulması ve ona dokunulması önemlidir. Ebeveynlere izolasyon odasına ilişkin teknikler öğretilir ve çocuğun bakımına katılmaları desteklenir (51,58,59).

**Aile Eğitimi:** İzolasyon tekniklerinin kullanılması ve bebeğin bakımı konusunda yeterli bilgi vererek anksiyeteleri azaltılabilir. Aileye, bebeğin evdeki bakımı (örn; beslenme, enfeksiyon kontrolü, komplikasyonlar) öğretilir (44,51).

Ayrıca evde besinlerin hazırlanması ve saklanması konusunda eğitim yapılır ve taburcu olmadan önce sağlık kontrollerinin önemi vurgulanır. Hemşirelere, ev ziyaretleri yaparak bebeğin ya da çocuğun durumunu aralıklı olarak değerlendirmelidirler (51,58,59).

Aile üyeleri arasında ishalin yayılmasını önlemek için aileye enfeksiyon kontrol yöntemleri öğretilir. Shigella ve amip enfeksiyonu olan çocukların ailelerinden gayta örneği alınır. Böylece klinik belirtisi olmayan enfekte bireyler tedavi edilebilir (44,51,58,59).

### **PERSİSTAN İSHALLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM**

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Ek bir hastalık varsa tedavi edilir.
- Vitamin ve mineralden zengin beslenme önerilir.
- Beşinci gün yapılan kontrolde, ishal devam ediyorsa sevk edilir (22,51).

### **DİZANTERİLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM**

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Dışkıında kan olan, iki aydan küçük tüm hastalar sevk edilir.
- Trimetoprim 8-12 mg/kg/gün dozuyla kotrimoksazol iki dozda ağızdan başlanır.
- İkinci gün kontrolünde düzelme (dışkıdaki kan miktarında azalma, ateşin düşmesi, karın ağrısının azalması, iştahın düzelmesi gibi) varsa, antibiyotik tedavisinin beş güne tamamlanması istenir.

• Kotrimoksazol ile tedaviye yanıt vermeyen, bir yaşımdan büyük çocuklarda sefuroksim aksetil 30 mg/kg/gün, iki dozda başlanır. Tedavi 5 güne tamamlanır.

- Düzelme yoksa amipli dizanteri düşünülerek metronidazol tedavisi başlanır.
- Bu tedavi ile yine düzelme yoksa sevk edilir.
- Amipli dizanteri o yörede yaygınsa metronidazol ile tedaviye hemen başlanabilir (22,44,51).

## KRONİK İSHALLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM

İnfeksiyon ajanları ile oluşan kronik diyarelerde etkene yönelik antibiyotikler uygulanır. Amebik kolitte hem doku (örn: metronidazole 500-750mgX3, 10 gün) hem de lümen amebisidlerinin (paramomycin, diloxanide furoate, iodoquinol) birlikte kullanılmaları gerekir. Clostridium difficile kolitinde metronidazole (250mgX4, 10 gün) veya tolere edemeyenlerde, çocuklarda, hamilelerde oral vancomycin (500mgX4, 10 gün) kullanılır (23,43,60,61).

İnflamatuvar barsak hastalığında 5-ASA, kortikosteroidler, tedaviye dirençli veya steroidin kesilemediği bağımlı olgularda immunsupressif ajanlar kullanılır. Crohn hastalığında ciprofoxacin ve metronidazole, atakların başlangıcında kısa bir süre kullanılabilirler. Fistüllü ve ağır Crohn olgularında 2000 yılından beri uygulanan anti TNF alfa, tedaviye yanıtız ülseratif kolit olguları için de kullanılmaya başlanmıştır (23,60,61,62).

Çölyak hastalığında ömür boyu glutenli gıdalar kesilir. Bu hastaların başlangıçta henüz villüs atrofi devam ettiği ve laktaz enzimi yetersiz olduğu için süt ve ürünlerinden kaçınılması gerekebilir. Laktoz intoleransında süt ve ürünleri kesilir. Bir grup hasta yoğurdu tolere edebilirler. Laktaz enzimi eklenmiş sütler bulunmaktadır. Kronik pankreatite bağlı diyarede pankreas enzim preparatları kullanılır (23,60,61,62).

Aşırı bakteri çoğalmasına neden olan patoloji cerrahi olarak düzeltilecek özellikte ise ortadan kaldırılır, değilse aralıklı antibiyotik tedavisi uygulanır. İntestinal lenfomanın immunoproliferative small intestinal disease (IPSID) denen, diffüz ince barsak tutulması şeklinde karşımıza çıkan ve ülkemizin de içersinde bulunduğu coğrafyada rastlanan şekilde başlangıçta prelenfomatöz devre vardır. Hasta bu evrede ise uzun süreli antibiyotik (1 yıl) tedavisi ile düzelebilir. Lenfomatöz devrede ve batı tipi intestinal lenfomada (yer yer tutar) kemoterapi gerekir (43,60,61,).

Orta zincirli yağ asitleri safra tuzları ile misel şekline girmeden lenfatikler yerine portal sisteme geçerler. Lenfatik obstrüksiyon ve disfonksiyona neden olan hastalıklarda uzun zincirli yağ asitlerinin diyare yapıcı etkisinden kaçınmak ve hastanın gereksinimi olan kaloriyi sağlayabilmek amacıyla orta zincirli yağ asitlerinden yararlanılabilir (43,60,61).

## **KORUNMA ve KONTROL**

Koruma va kontrol, hem bulaşmayı önleyecek hem de kişisel direnci arttıracak önlemleri içermektedir.

### **Bulaşmayı Önleyecek Önlemler**

Patajenlerle teması azaltarak bulaş hızını düşürmeyi amaçlayan uygulamalardır.

**Kişisel hijyen:** Dünyada el yıkama istenildiği kadar yaygın bir alışkanlık değildir. Yapılan gözlemlere göre önemli durumlarda, yiyeceklere dokunmadan önce ve tuvaleti kullandıktan sonra- ellerin sabunla yıkanması bir uygulama olarak yüzde 0 ile yüzde 34 arasında değişmektedir. Bulaşma ihtimali olan durumlarda en az 10 saniye sabunla el yıkamak ishale yakalanma olasılığını önemli ölçüde azaltmaktadır. Ayrıca, yemek hazırlamadan önce, hazırladıktan sonra, çiğ ve hazır yiyecekleri tutma arasında, yemek yemeden önce, yemek yedikten sonra, tuvalet gereksiniminin giderilmesinden önce ve sonra, bebek bezi değiştirdikten sonra, sigara içtikten sonra, kağıt mendil ve bez mendil kullandıktan sonra, evcil hayvanlarla oynadıktan sonra, diş, ağız, yüz, göz temizliği yapmadan önce, kirli, tozlu bir işi tamamladıktan sonra, dışarıdan eve ve işe geldikten sonra, hasta olan bir yakınımızı ziyaretten sonra eller yıkanmalıdır (27,53,63,64).

**Besin hijyeninin sağlanması:** Gıdaların, üretiminden tüketimine kadar bütün aşamalarında temiz olarak muhafaza edilmesine dikkat edilmeli, pastörize edilmiş süt tüketilmeli, pastörize olmayan sütler 5-7 dakika karıştırılarak kaynatıldıktan sonra tüketilmelidir. Çiğ yenen meyve ve sebzeler, akarsu (musluk) altında iyice yıkanıp, sirke içinde 10-15 dakika bekletildikten sonra tüketilmeli, doğal tat ve kokusu değişmiş bozuk gıdalar tüketilmemeli, kapağı bombeleşmiş ve kullanma süresi geçmiş konserve gibi gıdalar tüketilmemeli, botilusmus zehirlenmesi gibi felç ve ölümlere neden olan hastalıklardan korunmak için konserve gibi gıdalar, iyice kaynatıldıktan sonra tüketilmeli, çiğ yiyecekler için kullanılan mutfak gereçleri (maşa, bıçak, kesme tahtası) iyice yıkanamadığı sürece pişmiş yiyecekler için kullanılmamalıdır. Tüm mutfak tezgah, yüzey ve araç-gereçleri temiz tutulmalıdır. Donmuş yiyecekler, buzdolabının alt raflarında ya da mikro dalga fırın kullanarak çözülmelidir. Tüm çiğ yiyecekler çok iyi pişirilmelidir. Yemekler pişirdikten sonra bir saat içinde buzdolabına konmalıdır. Çapraz bulaşmayı önlemek için, çiğ yiyecekler buzdolabında pişmiş ya da hazır yiyeceklerin altına konmalıdır. Bakteri üremesini önlemek için yiyecekler 5<sup>0</sup>C derecenin altında ya da 60<sup>0</sup>C derecenin üstünde bir ısıda saklanmalıdır. Yiyecekler, iç ısıları en az 60 <sup>0</sup>C derece oluncaya kadar ısıtılmalı, bir kereden fazla tekrar

ısıtma işlemi yapılmamalıdır. Yiyecekler, böceklerden, kemirici ve diğer hayvanlardan korunulabilecek bir yerde saklanmalıdır (59,60,63,65).

**Sağlıklı su temini:** İshalin önlenmesinde suya ulaşmak, suyun kalitesinden daha önemlidir. Suyun klorlanması, su kaynaklarına hayvanların yaklaşmasını engelleyecek bariyer yapılması ve suyun filtrasyonunun sağlanması gerekir. Ayrıca, toplu yerlerde (okul, kışla vb.), içme suları için kullanımı kolay olan musluklar tercih edilmeli ve sular el değmeden içilmeli, şebeke suyu boruları, kuyu ve tulumba gibi içme ve kullanma suları, hela çukurlarından en az 30 metre uzakta olmalı, kuyu suları kimyasal ve mikrobiyolojik tahlilleri yapıldıktan sonra uygun ise kullanılmalıdır (25,27,41,51).

**Ev temizliği:** Başkalarının kan, tükürük, idrar dışkı gibi atıklar ile doğrudan temas etmemeye özen gösterilmelidir. Mikropların yayılmasını önlemek amacıyla banyo ve tuvalet sık sık temizlenmelidir. Tarak, jilet, diş fırçası, şapka, iç çamaşırı, yatak takımları gibi özel eşyalar başkaları ile paylaşılmamalıdır. Karasinek ve hamam böceği gibi mekanik taşıyıcıların üreme koşulları ortadan kaldırılmalı, mutfak ve yemek atıkları gibi ıslak çöpler ayrı torbalarda toplanmalı ve alınma saatine yakın kapalı ortam içinde dışarı çıkarılmalı, çöplük ve gübrelikler zararsız duruma getirilmeli, olabildiğince evlerden uzakta olmalıdır (59,60,63,65).

**Yurtdışı seyahatleri:** Mikroplu yiyecek ve içecekler, seyahat edenler, özellikle gelişmekte olan ülkelere gidenler için gasstroenterit mikrobunun en yaygın kaynaklarıdır. Uzak durulması gereken başlıca yiyecek ve içecek türleri pişmemiş yiyecekler, açıkta satılan içecekler ve pastörize olmamış sütlerdir. Uygun ortamlarda hazırlanmamış krema veya mayonezli salatalardan ve az pişmiş deniz ürünlerinden de uzak durulmalıdır. Genel olarak iyice ve taze pişmiş yiyecekler ve kabukları soyulabilen meyve ve sebzeler güvenlidir. İçme suyu kaynatılmalı ya da temizliğinden kuşku duyulması halinde, kimyasal işlemden geçirilmelidir. Buz kullanmaktan kaçınılmalıdır (60,61,65,66).

**Sağlık eğitimi:** Eğitimde anahtar kişi annelerdir. Bu nedenle öncelikli hedef grup olarak anneler seçilmelidir. Ancak tüm ailenin de eğitime katılımı desteklenmelidir. Emzirme, ek gıdaya başlama ve verilecek gıdalar, temiz su kullanımı, ellerin su ve sabunla yıkanması, tuvalet kullanımı, bebek dışkılarının uygun şekilde ortadan kaldırılması, gıda hazırlama, pişirme, sunma ve tüketme sırasındaki sağlık koşulları, bağışıklama gibi konuları kapsayan eğitim materyelleri hazırlanabilir (44,45,63,66).

**Sektörlerle İşbirliği:** Sağlık personeli işbirliği yaparak topluma alt yapı hizmeti veren kuruluşların hizmet niteliklerini arttırabilir. Bunların başında il ve ilçe hıfzıssıhha kuruluşlarının işletilmesi gerekir. Ayrıca yerel basın ve yayın organları, belediye, tarım, eğitim ve diyanet ile etkileşim de olmalıdır. Böylece hem kişisel hijyen için eğitim olanakları



yaratılır hem de toplumda bulaşmayı önleyecek tedbirlerin alınması hızlandırılabilir (44,45,63,66).

### **Kişisel Direnci Arttıracak Önlemler**

Sağlık durumunu geliştirecek kişisel düzeyde yapılacak uygulamalardır.

**Maternal beslenme:** Perinatal beslenmesi yeterli olan annenin, gebelik sırasında ve doğum sonrası anne sütü ile beslenmeyi teşvik edecek uygulamalar ile bebeği daha sağlıklı doğacak ve anne sütü ile yeterli beslenebilecektir (31,63,64).

**Çocukların sağlıklı beslenmesi:** Anne sütünün yeterli alınması ve zamanında ek gıda ile beslenmeye başlanması hastalık riskinde önemli düzeyde azalma sağlamaktadır (31,64).

**Probiyotiklerin Rolü:** Son yıllarda yapılan bir çok çalışmada probiyotiklerin de ishallerin önlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Probiyotiklerle ilgili çalışmalar yoğun bir şekilde devam etmektedir. Probiyotik ürünlerin sayısı katlanarak artmaktadır (48).

Probiyotikler, patojenlerin barsak epiteline bağlanmasını önleyen veya onları inhibe eden, patojen olmayan flora ile barsağın yeniden kolonize olmasına imkan veren; barsağın bariyer fonksiyonunu düzelter, bağışıklık sistemi üzerinde düzenleyici etki yapan alternatif seçeneklerdir. Probiyotikler, seyahat ilişkili ishal, floranın antibiyotik kullanımı vb nedenlerle bozulduğu ishaller (antibiyotik ilişkili ishal: C. difficile koliti, psödomembranoz enterokolit), çocuklarda rotavirus ishali ve diğer akut özgül olmayan ishallerde faydalı bulunmuştur (67).

Mayıs 2008 tarihinde probiyotikler, Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESP-GHAN) ve Avrupa Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (ESPID) tarafından hazırlanan Akut Gastroenterit Tedavisi için Kılavuzlar isimli kılavuz belgesinde geçmiştir. Bu klavuzda “Probiyotikler ishal tedavisinde etkili bir yardımcı olabilir. Ancak, birçok preparasyon etkin olmadığı için, akut ishali olan Avrupalı çocukların tedavisinde, oral rehidrasyon tedavisine bir yardımcı olarak sadece etkinliği kanıtlanmış ve uygun dozdaki probiyotik türlerinin kullanımı düşünülmektedir.” olarak açıklanmıştır (67).

**Bağışıklama:** İshale karşı henüz etkinlikle ve rutin olarak uygulanan bir bağışıklama çalışması yoktur. Ancak çocukluk çağında rotavirus aşıları etkili koruma sağlamaktadır. Uygun endikasyon durumunda tifo aşısı (oral Ty 21a attenuue aşısı, Vi kapsül polisakkarit aşısı) kullanılabilir. Viral AGE nedenlerinden sadece rotavirüs için, bakteriyel AGE nedenlerinden ise kolera, şigella, ETEC ve EPEC için aşı geliştirilmiştir. Rotavirus gibi doğrudan ishale yol açan etkenlere karşı bağışıklamanın yanısıra, diğer aşılar ile de genel immün direnç arttırılacak, bazı hastalıkların önüne geçilerek beslenme bozukluğu gelişmesi önlenecek, sık enfeksiyon hastalığı geçirilme riski azaltılacaktır (63).

1. Rotavirüs aşıları: Rotavirus aşıları zayıflatılmış insan veya reassortan (hayvan + insan genetik materyeli) virus aşılarıdır. Doğal enfeksiyonda olduğu gibi aşılanan çocuklarda da reenfeksiyonları önlemez fakat daha hafif geçirilmesini sağlar ve özellikle ağır rotavirus gastroenteritlerinden koruyucudur ( 68,69).

İlk rutine sokulan aşı İnsan-Maymun Rotavirus Reassortant Aşısı (Rotashield, Wyeth Lederle) dir. Aşı Amerika Birleşik Devletlerinde 1998 yılında onay almıştır, oral olarak 2., 4. ve 6. aylarda olmak üzere 3 doz uygulanması önerilmiştir. ABD de toplam 1.2 milyon doz aşı uygulamasından sonra 15 olguda invajinasyon gelişmesi nedeniyle piyasaya verildikten bir yıl sonra, Ekim 1999 da, ruhsatı devam etmesine rağmen kullanımdan çekilmiştir. Rotashield için invajinasyon riski 1/10.000 olarak tahmin edilmektedir (68,69).

**i. Monovalan Rotavirus aşısı:** HRV (Rotarix, Glaxo Smithkline); Canlı, insan rotavirus aşısıdır. Aşı bebek 6 haftalıkken uygulanabilir. Dört hafta ara ile toplam 2 dozda verilir. 16 haftada ikinci dozun tamamlanması tercih edilmekle beraber 24 haftaya kadar verilebilir. Aşı insan kökenli canlı bir aşı olduğundan dışkı ile aşı virüsü atılabilir. En fazla atılım aşı alındıktan sonraki 7. gündedir. Viral antijene ait partiküller birinci dozdan sonra %50, ikinci dozdan sonra %4 oranında bulunur. Ancak canlı virüs bu dışkıların ancak %17'sinde bulunmuştur. Aşı virüsü seronegatif temaslılara bulaşabilirse de bunun bir klinik önemi olmadığı düşünülmektedir. İmmunoyetersizliği olan bebeklere uygulanmamalıdır. Aşı buzdolabında 2-8 °C de saklanır. Liyofilize aşı ve sulandırıcısı buzdolabında 37 °C'nin altında sıcaklıklarda bir hafta kadar stabil kalabilir. Eğer aşı sulandırılmışsa normal ısıda ancak 24 saat stabilitesini koruyabildiğinden, bu kullanıma hazır aşı 24 saat içinde kullanılmadıysa imha edilmelidir (68,69).

**ii. Pentavalan İnsan Reassortant Rotavirus aşısı:** PRV (Rotateq, Merck); Sığır rotavirus ile insan reassortantı olan beş valanlı aşıdır. Aşının içerdiği 5 reassortant virus son yıllarda gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan ülkelere izole edilen suşların %85'inden fazlasını kapsamaktadır. PRV aşısı oral yolla 3 doz uygulanır. Aşı 2. , 4. ve 6. aylarda 3 doz şekilde uygulanır. Dozlar arasında en az 4 hafta olması gereklidir. Likit formda olan PRV aşısı 2-8 °C de saklanır. Raf ömrü 24 aydır (Tablo 5).

**Tablo 5. İki Rotavirüs Aşısının Özellikleri (68,69)**

	<b>Rota teq (PRV)</b>	<b>Rotarix (HRV)</b>
<b>Orjin</b>	Bovine/Human reassortant	Human attenüe strain
<b>İçeriği</b>	Pentavalan(WC-3bovine/insan G1-G4 tip ve WC-3/insan P tip reassortantı)	Monovalan (insan serotip G1)
<b>Doz sayısı</b>	3 doz	2doz
<b>İnvajinasyon</b>	70.301 bebekte yapılan çalışmada ilişki saptanmadı	63.325 bebekte yapılan çalışmada ilişki saptanmadı
<b>Ağır rotavirüs ishaline karşı koruyuculuk</b>	%98	%85
<b>Avantajları</b>	Güvenilir, immunitesi geniş, bağırsakta replikasyonu sınırlı	Güvenilir, tek virus suşu olması, 2 doz uygulanması
<b>Dezavantajları</b>	Kompleks aşı, 3 doz uygulama	Non P1 serotiplere karşı düşük etkinlik

2. Kolera aşılıarı: Kolera için inaktif ve canlı attenüe aşı mevcuttur. IM veya SC olarak bir hafta ara ile iki doz uygulanır. Altı ayda bir rapel yapılır, %50 koruyuculuk sağlar. Gen teknolojisini ile elde edilen canlı oral aşı denenmiş, oldukça iyi tolere edildiği ve immünitesinin iyi olduğu görülmüştür. Bu aşılarından en etkili olanları oral S.typhi/V.cholerae hibridleri ve V.cholerae 01 delesyon mutantlarıdır. V.cholerae 01 aşısında yüzey antijenleri değiştirilmeden virülans azaltılmıştır. Kolera açısından riskli bölgelerde, mide asiditesi düşük kişilere uygulanması tavsiye edilir. Sarıhumma aşısı uygulaması ile kolera aşısı arasında 3 haftalık bir zaman bulunması gerekmektedir (31,70).

c) Şigella Aşılıarı: S.sonnei / S.typhi Ty21a ve E. coli / S.sexneri 2a son yıllarda geliştirilen iki hibrid aşıdır. Ancak bu aşılarla yapılan çalışmalarda ümit verici sonuçlar alınmamıştır (70).

d) ETEC Aşılıarı: Korunma fimbria, diğer yüzey antijenleri, LT, ST ve bir küçük peptide karşı oluşan antikolarla sağlanır. Canlı-oral ve antijen aşılıarı var. ETEC gelişmekte olan ülkelerde ve turist ishallerinde başta gelen etkidir. Isı ile öldürülmüş V.cholerae bakterisi ile kolera toksininin saflaştırılmış B alt biriminden oluşan aşının ETEC için de kısmi koruma sağladığı görülmüştür. Oral iki doz aşı %50 oranında koruma sağlar (31,70).

e) EPEC Aşları: Atenuen olanlar: intiminin yapısı değiştirilerek virülans azaltılır. Non-patojenik E.coli veya S.typhi canlı vektörleri ile birlikte immünojenik EPEC proteinleri de kullanılmaktadır (70).

Sonuç olarak; bütün çocukların çocukluk ve bebeklik dönemini güvenlik ve saygınlık içinde geçirmelerini sağlayacak koruyucu bir ortam oluşturmak, hükümetlerin ve ailelerin görevi olduğu açıkça görülmektedir. Tüm dünyada milyonlarca çocuğun böyle bir korumadan yoksun olduğu da açıktır. Konuta ve toplum kaynaklarına erişimlerinin artırılması çocukların esenliğini de doğrudan etkileyecek, gerek evde gerekse toplumda çocuklara daha fazla destek olan ortamların yaratılmasına katkıda bulunacaktır (71,72).

### **ÖZYETERLİK**

Öz yeterlik (self-efficacy), kişinin bir davranıştaki performansında başarılı olduğu inancı ya da bireylerin muhtemel durumlarla başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine dair yargıları olarak tanımlanmıştır. Anne babalık becerilerinde özyeterlik, anne babalık görevlerinde güven ve çocuklarının gelişimlerini pozitif ve etkili bir şekilde etkileme becerisini algılamaları olarak da tanımlanabilir. Özyeterlik, motivasyon, zihinsel süreçler, deneyim, bireyin gerekli davranış bilgisine sahip olması ve çevre tarafından onaylanıp onaylanmaması ile ilgilidir. Algılanan öz yeterlik, bireyin bir işi başarmak için gerekli eylemleri organize etmek ve yapabilmek konusunda sahip olduğu kapasitesine dair inançlarıdır. Özyeterlik becerisi kişilerin nasıl düşündüklerini, kendilerini nasıl motive ettiklerini, nasıl hissettiklerini ve nasıl davrandıklarını belirler. Güçlü bir özyeterlik geliştirmek için öncelikle becerilerde ustalaşmak gereklidir. Başarı insanların yeterlik inançlarını güçlendirir. Özellikle başarısızlık yeterlilik gelişmeden meydana gelirse yeterlik inancını yok edebilir (73,74,75,76).

### **Ebeveyn Öz Yeterliği (Parental Self-Efficacy)**

Çocuklarının gelişimlerini pozitif ve etkili bir şekilde etkileme becerisini algılamaları ve anne babalık görevlerinde güven, anne babalık becerilerinde özyeterlik olarak tanımlanabilir. Bandura'nın özyeterlik konusunda belirlediği çerçeveye uyumlu olarak annelik ya da ebeveynlik özyeterliği birçok çalışmada farklı şekillerde tanımlanmıştır. Ebeveyn özyeterliğinin, ebeveynlerin; ebeveyn rollerini bilgili ve yeterli olarak yerine getirmelerine dair beklentilerinin derecesi, çocuklarının davranış ve gelişimleri üzerinde olumlu etki bırakabilmeye dair algıları, kendilerini ebeveynlik rollerinde yeterli görme dereceleri gibi farklı tanımları yapılmıştır. De Montigny ve Lacharite (80) alan yazındaki 60

makaleyi inceledikleri kavram analizi çalışmalarında, ebeveyn özyeterliği kavramının kullanım biçimlerine ve niteliklerine dair yaptıkları analiz ile kavramın bileşenlerini belirlemiş ve ebeveyn öz yeterliğini tanımlamışlardır. Algılanan ebeveyn özyeterliği, ebeveynin çocuğunun bakım ve yetiştirilmesiyle ilgili bir takım görevler hakkında sahip olduğu kendi kapasitesine dair yargıları ve inançlarıdır (77,78,79,80).

Özyeterliğin anne babalık becerilerinde anne babanın bakım kalitesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Yüksek ebeveyn özyeterliğiyle duyarlı, uyarıcı, cezalandırıcı olmayan bakım sağlama ve etkin ebeveynlik yönelimi gibi belirli uyumsal ebeveynlik becerileri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte yüksek ebeveyn özyeterliğinin, çevreden gelen talepler karşısında yeterlik, sorun yaratan zorlu durumlara karşı koyabilme, stres karşısında daha az olumsuz duygular yaşama ve sorunla karşılaşıldığında sebat göstermeyle ilgili öngörü sağladığı belirtilmiştir. Buna karşın düşük ebeveyn özyeterliğinin, annelik depresyonu, çocuklarda var olan problemlerli davranışlar, çocuğun anne tarafından sorunlu olarak algılanması ve ebeveynlik rollerinde etkin olmayan baş etme stratejileriyle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ayrıca düşük ebeveyn özyeterliğiyle kendinden kuşku duyma, zorluklarla karşılaşıldığında yüksek düzeyde anksiyete yaşama, bir görev sonunda başarıdan çok başarısızlık durumunda kendini sorumlu görme, sorunları tehdit olarak yorumlama ve zorlu görevlerden kaçma ile ilişkili olduğu ve bu bireylerin erken çocukluk döneminde sağlayacakları ebeveynliğin düzeyinin ön görülemez olacağı bildirilmektedir. Bandura'ya göre özyeterliğin belirli bir alana özgü etkinliklerle ilgili beceri ve davranışlarla ilgili ölçülmesi gerektiğini, genel özyeterliğin belirli bir etkinlik alanına özgü özyeterlik algısı hakkında gerçekçi bilgiler sunmayabileceğini ve bireyin özyeterliği yüksek olmasına karşın ebeveynlik özyeterliğinin aynı derecede yüksek olmayabileceğini de belirtmiştir (73,74,77,78,81,82).

Coleman ve Karraker (83) yılında yaptıkları çalışmada, annenin özyeterlik inancı ile çocuğun gelişimi arasında ve bazı çocuk davranışları (negatif davranışlar, anneden kaçınma, uysallık) arasında doğrudan ilişki bulunmuştur. Raikes ve Thompson (84) sosyal desteğin ve anne babalıkta özyeterliğin annelerin stres düzeyine etkisini incelemiş, anne babalıkta özyeterliğin yüksek olması, stres düzeyini etkilediği bulunmuştur.

Özyeterliği yüksek anne babalar çocukları ile ilgili problemlere tehdit ve korku ile değil mücadeleciler bir şekilde yaklaşır. Oysa düşük özyeterliğe sahip anne babalar problemlerle baş etmede daha çok duygusal yöntemler kullanırlar. Son 15 yılda bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur (75).

- Anne babaların kendi yeteneklerini algılamaları ile çocuğun sosyal ve zihinsel gelişimi için önemli davranışlar sergilemeleri arasında güçlü bir ilişki vardır.
- Özyeterlik zaman içinde durağan bir şekilde devam eder.
- Yüksek özyeterliğe sahip bireylerin, analitik düşünme becerisi, gerçekçi hedefler koyma, problemlere çözümcü yaklaşım sergileme becerileri de yüksektir.
- Düşük özyeterliğe sahip anne babalar çocuklarına daha fazla kötü muamelede bulunabilmektedirler.
- Özyeterlik anne babanın eğitim için çaba sarfetmesi ile pozitif ilişkilidir.
- Özyeterliği yüksek anne babalar çocuk gelişimi ile ilgi daha çok kitap okumaktadırlar ve aile eğitim programlarına katılmaktadırlar (85).

Anne babalık görevlerinde özyeterlik inancının anne babanın davranış ve tepkilerine olan etkisi oldukça karmaşıktır. Özyeterlik; annenin depresyon durumu, çocuğun davranışları, sosyal destek ve çocuğun yoksunluğu arasında önemli bir arabulucudur. Bunun anlamı psikolojik olarak risk altında olan çocuklar, anne babalarının yüksek özyeterliğe sahip olma durumunda bu risk dengelenebilmektedir. Özyeterlik; gelir, iş yükü ya da çocuk bakımı ile ilgili sorumluluklar ile kadınların psikolojik rahatlıkları arasında da arabuluculuk yapar (85).

Coleman ve Karraker, anne babalık görevlerinde özyeterliği; çocuk bakımı ve gelişimi ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmak, bu bilgileri uygulamaya koyabilme yetenek ve yeterliğine sahip olmak, çocuklarının davranışlarını ve gelişimlerini etkileyebilecekleri inancına sahip olmak, çocuğun etrafındaki diğer aile bireylerinin çocuğu destekleyebilecekleri inancına sahip olmak ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (75).

Anne ve babanın çocuk gelişimi ve bakımı konusunda bilgi düzeyleri ve özyeterlik arasında ilişki beklenenden daha karışıktır (86).

### **Ebeveyn Özyeterliğinin Gelişimi**

Ebeveyn özyeterliğinin gelişimi, kişilerin kendi anne-babalarıyla yaşadıkları ilişkisinin niteliğiyle, eşlerinden, akrabalarından ve yakın çevrelerindeki diğer insanlardan elde ettikleri sosyal desteklerle ve eğitim düzeyleriyle ilişkilidir. Coleman ve Karraker'a göre, erken çocuklukta anne-babalarıyla yaşadıkları etkileşim sonucunda kişilerin ebeveynliğe ilişkin şemalarının oluştuğu ve ebeveynleriyle oluşturdukları bağlanmanın niteliğine göre de ebeveyn özyeterlik algılarının temellerinin oluştuğu varsayılmaktadır. Her kültürün ve toplumun kendine özgü çocuk bakımı, gelişimi ve ebeveynlik pratiklerine ilişkin değer ve uygulamaları toplumsallaşma süreçlerinde birey tarafından özümşenerek ebeveynliğe ilişkin bilişsel

tasarımı oluşturmaktadır. Bireylerin yakın akrabalarının çocukları ya da kendi çocuklarıyla yaşadığı ebeveynlik deneyimleri onların ebeveyn özyeterliklerine ilişkin kendi algılarını meydana getirmektedir. Ebeveyn özyeterliğinin potansiyel kaynağı olarak, ulaşılabilen kaynaklarda sistematik olarak açıklanmayan ya da bahsedilmeyen, bireyin ebeveynlik rollerine ilişkin bilişsel ve davranışsal hazırlığı ya da hazır bulunmuşluğu olduğu gösterilmektedir (75,87).

### **Ebeveyn Özyeterliği ve Gelişimi Risk Altında Olan Bebekler**

Erken çocukluk dönemi gelişimde kritik öneme sahiptir ve çocuğun bu dönemdeki gelişimi ileri yıllardaki gelişimini de doğrudan etkilemektedir. Luebering, ilk kez anne olan yeni doğan anneleriyle yaptığı çalışmada annelik özyeterlik algısıyla bebek bakımına dair inançlar arasında olumlu bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Annelik rolleri ile ebeveyn özyeterlik algısı arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve anne olmaktan mutluluk duyan annelerin kendilerini daha fazla yeterli hissettiklerini, algılanan ebeveyn özyeterliği ile uygun ebeveynlik beceri ve davranışlarının birbirleriyle bağıntılı olduğunu belirtmiştir (88).

Yüksek ebeveynlik özyeterlik algısına sahip annelerin çocuklarına uygun çevresel ortamlar oluşturdukları ve daha az cezalandırıcı oldukları, bebeklerinin verdikleri işaretlere daha duyarlı oldukları, bebekleriyle etkileşimde etkin ve sorumluluk alan anneler oldukları belirtilmektedir. Bu annelerin bebekleriyle iletişimde duyarlı ve içten oldukları ve sorumluluk duygusuyla hareket ettikleri ayrıca vurgulanmıştır (77,89).

### **Ebeveyn Özyeterliği ve Bilişsel Gelişim**

Yüksek ebeveyn özyeterliği olan ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte evde öğrenme ortamlarına daha yüksek düzeyde katılım gösterdikleri ve erken çocuklukta evde öğrenme ortamının uygun olmasının, çocuğun bilişsel ve akademik gelişiminin sağlanabilmesinde önem taşıdığı belirtilmektedir. Coleman, ebeveynlik yeterlikleriyle bebeklerin zihinsel gelişim puanları arasında olumlu bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Buna göre, anne babaların uygun anne babalık davranışları sergileme düzeyleri arttıkça çocukların bilişsel gelişimi de paralel olarak artmaktadır. Özyeterlik, çocuğun gelişimsel çıktılarıyla ebeveynlik arasında aracı işlevi görmekte ve ebeveynlik etkinliklerine özgü özyeterlik düzeyinin artışı çocukların bilişsel gelişimine de olumlu katkı sağlamaktadır (78,83,90).

Bir başka çalışmada, Jackson ve Scheines, bekâr annelerin sosyoekonomik gelir düzeyleriyle çocuklarının bilişsel ve akademik gelişimleri arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Düzenli bir işi olan annelerin, işi olmayan annelere göre daha yüksek özyeterlik algısına sahip olduklarını dile getirmiştir. Bu durumdaki annelerin çocuklarının

bilişsel gelişimleri işi olmayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada babaların çocuklarıyla kurduğu ilişki düzeyi arttıkça, yani annelerin ebeveynlik sorumluluğu paylaşıldıkça ve sosyal destekleri arttıkça, özyeterlik düzeylerinin ve beraberinde çocukların bilişsel ve akademik gelişim düzeylerinin olumlu olarak yükseldiği belirtilmiştir (91).

Ergenlik çağındaki annelerin çocukları, yaşamlarının ilk yıllarında uygun bakımı alamamakta, ev ortamlarında daha az bilişsel uyaran ve uygun besin almakta ve akranlarına göre daha düşük bilişsel gelişim göstermektedir. Ergenlik çağındaki annelerin çocuklarının bilişsel gelişimlerinin gecikmesinin ve dil gelişim düzeylerinin düşük olmasının annelerin eğitim düzeylerinin düşük olmasıyla ilgili olmaktadır (92,93,94).

### **Özyeterlik Kaynakları**

Bireyin öz kavramı, zamanla değişebilen bir kavramdır ve bireyin yetenekli olduğu alanlara özgüdür. Bandura, özyeterlik inançlarının dört temel kaynağı olduğunu belirtmektedir. Bunlar tam ve doğru deneyimler, sosyal modeller tarafından sağlanan dolaylı yaşantılar, sözel ikna ve bireyin fiziksel ve duygusal durumudur. Birbiri ile etkileşim halinde olan başlıca bu dört bilgi kaynağını kısaca açıklamak gerekirse;

1. Performans Başarıları (Yapılan işler ve Erişilen Hedefler): Bireyin giriştiği işlerde gösterdiği başarı onun daha sonra benzer işlerde başarılı olacağını göstergesidir. Dolayısıyla yaşanan başarı ödül etkisi yapmakta ve bireyi gelecekte de benzer davranışlara güdülemektedir.

2. Dolaylı Yaşantılar (Başkalarının deneyimleri): Pek çok beklenti diğer kişilerin deneyimlerinden kaynaklanır. Başka kişilerin başarılarını gözlemek, kişinin başarılı olabileceği beklentisine girmesini sağlayabilir.

3. Sözel ikna: Bir davranışın başarıyla yapılabileceğine ilişkin teşvik ve öğütlerle bireyin cesaretlendirilmesi, özyeterlik beklentilerinin değişmesine neden olabilir.

4. Duygusal Durum: Bireyin davranışa girişeceği sırada bedensel ve duygusal olarak iyi durumda olması girişimde bulunma olasılığını artırır. Bu kaynaklardan en etkili olanı bireyin bizzat yaşadığı deneyimlerdir. Öyle ki gözleme yoluyla edinilen deneyimlerden daha fazla etkilidir (95,96,97).

Özyeterlik inançları insanların kendileri için belirledikleri amaçları, bu amaçlara ulaşmak için ne kadar çaba harcayacaklarını, amaçlarına ulaşmak için karşılaştıkları güçlüklerle ne kadar süre yüz yüze kalabileceklerini ve başarısızlık karşısındaki tepkilerini etkilemektedir (98).



## **Ebeveyn Özyeterliği ve Dil Gelişimi**

İlk yıllar, çocuk gelişiminin hızlı olduğu kritik yıllardır. Bu erken gelişim yıllarında temeli atılan gelişimlerden biri de dil gelişimidir. Erken çocuklukta dilsel uyarıların sağlanması çocuğın dil gelişimi ve daha sonraki dönemde okula hazır olması bakımından önemlidir (99).

Ebeveyn özyeterliği, erken çocuklukta dil gelişimini destekleyici annelik uygulamalarını olumlu yönde etkilemektedir. Çocuğın dili kullanmayı öğrenmesi, gelişimin en önemli göstergelerindendir. Gelişimin doğum öncesinden başladığı düşünülerek çocuğın, dil ile ilgili becerileri bu andan itibaren öğrendiği kabul edilmektedir. Çocuğın biyolojik kapasitesiyle birlikte çevrenin ve eğitimin dil gelişimi üzerinde etkisi büyüktür. Bu nedenle çocuğın ana dilini kazanırken geçirdiği aşamalarda eğitimin destekleyici rolünden yararlanılmalıdır. Çocuğın ilk dönemlerde konuşması için desteklenmesi, araç-gereçlerle düzenlenmiş uygun ortamlar yaratılması, uyarıcılar sunulması ve etkinlikler düzenlenmesi dil gelişimini destekler ve dil gelişim kapasitesini en üst düzeyde kullanmasını sağlar (99,100).

Annelerin sahip oldukları bazı özelliklerin ve yaşadığı bazı sorunların ebeveynlik özyeterlik düzeylerine etki ettiği, bunun sonucunda bebeklerde bazı sorunların ortaya çıktığı ya da bu sorunların anneler tarafından daha olumsuz bir biçimde algılandığı belirtilmektedir. Çevre uyarıcılarından yoksun ortamlarda büyüyen çocukların dil düzeylerinin düşüklüğü, çevrenin dil gelişimi üzerindeki önemini belirtir. Çocuğın okuduğu ya da çocuğa okunan kitap sayısı, anne babanın çocukla meşgul olma derecesi ve oynadığı oyunlar dil gelişimini etkiler. Yetişkinlerin bebekle erken dönemden başlayarak kurdukları sözel iletişim, bebeğin dili öğrenmesinin temelini oluşturur (100).

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

### **ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ**

Araştırma Edirne Merkez'deki Hastanelerin Çocuk Servislerine Gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş grubu çocukların annelerinin bilgi düzeylerini, evde yaptıkları uygulamaları ve annelerin analık görevlerinde özyeterliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

### **ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

Hipotez 1: Gastroenterit tanısı konmuş 0-3 yaş grubu çocuğa sahip annelerin bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları uygulamalar arasında ters orantılı bir ilişki vardır.

Hipotez 2: Gastroenterit tanısı konmuş 0-3 yaş grubu çocuğa sahip annelerin bilgi düzeyleri ve özyeterlik seviyeleri arasında doğru orantı vardır.

### **ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER**

Araştırma , Edirne Merkez Hastanelerinin Çocuk Servislerinde yapıldı.

### **ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi. Çalışma, Edirne Merkez'deki hastanelerin çocuk servislerine Eylül 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş arası çocukların annelerinden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 269 anne ile gerçekleştirildi.

## VERİLERİN TOPLANMASI

### Verileri Toplama Araçları

#### 1. Anket formu

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak geliştirilen ve 58 sorudan oluşan anket formu kullanıldı. Anket formu araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Her anne ile görüşme ortalama 30 dk. sürdü (Ek:1).

#### 2. Anne babalık görevlerinde özyeterlilik ölçeği (1-3 yaş), (the self efficacy for parenting tasks index-toddler scale)

1-3 yaş arası çocukların anne babalarının özyeterlilik becerisini ölçmek amacıyla Bob Emde tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. 1997’de Zeanah tarafından gözden geçirilip yeniden düzenlenmiştir (Ek:2) (13).

Ölçek, 1-3 yaş arasındaki çocukların anne-babalarının özyeterliliklerini ölçmeğe yönelik 53 maddeden (sorudan) oluşan skala orijinal makalesinde yedi alt gruptan oluşmaktadır. Her bir madde altılı likert ölçeği kullanılarak puanlanmıştır. Toplam puanlar 53 ile 318 arasında değişmekte olup yüksek puanlar güçlü özyeterliliği göstermektedir. Orijinal makaledeki yedi alt grubun adı ve her alt gruptaki madde sayısı aşağıdaki gibidir;

1. Duygusal yeterlik (7 madde; 1-7),
2. Tepkisellik (8 madde; 8-15),
3. Koruma (7 madde; 16-22),
4. Disiplin (9 madde; 23-29),
5. Oyun (7 madde; 30-36),
6. Öğretme (7 madde; 37-45),
7. Günlük (8 madde; 46-53),

Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91 bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Elibol ve arkadaşları tarafından orijinali altılı likert tipi olan ölçek sahibinden izin alınarak beşli likert tipi ölçeğe dönüştürülerek yapılmıştır (Olumlu maddeler için; 5: Tamamen Katılıyorum, 4: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 2: Katılmıyorum, 1:Hiç Katılmıyorum). Ölçeğin Türkçe uyarlamasındaki güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında, benzer alt grup oluşumunun meydana gelip gelmediği araştırılmış, farklı faktör döndürme ve faktör çıkarım yöntemleri denenmiş, bu süreçte alt faktör oluşumu sağlanamamıştır. İlgili maddeler madde analizi ile de incelenmiş ve her bir maddenin ölçeğe katkısı belirlenmeye çalışılmıştır. 13. ve 23. maddeler silindiğinde Cronbach alfa

katsayılarının diğerlerine göre yüksek çıkması nedeniyle bu maddeler ölçekten çıkarılmış, 51 maddenin Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,90$  olarak bulunmuştur. Bu katsayı 53 maddelik orijinal ölçekte 0,91 idi (12,13).

Bu çalışmada, 0-3 yaş arasındaki çocukların anne babaların özyeterliklerini ölçmeye yönelik 53 sorudan oluşan skalanın her bir madde için iç tutarlılık güvenilirliği katsayısı Cronbach alfa elde edildi. Faktörleşmenin olmaması ancak ölçeğin tümüne ilişkin alfa katsayısının yüksek olması nedeniyle alt faktörlerden yararlanılmaksızın 53 maddelik ölçeğin tümünün kullanılmasına karar verildi. İlgili maddeler madde analizi ile de incelendi ve her maddenin ölçeğe katkısı belirlenmeye çalışıldı. Her madde için ortalama ve standart sapma alınarak özyeterlik gösterme başarısı gözden geçirildi. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların ortalama değerleri  $4.56\pm 1.62$  arasında idi. Bütün ölçeğin 269 olguda Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,9677$  olarak bulundu (Ek: 3).

## **VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Anne Babalık Görevlerinde Özyeterlik Ölçeği'nin olumsuz maddeleri ters kodlanarak 7 alt boyutuna ve ölçeğin geneline ilişkin ortalama skorlar hesaplandı. Ölçeğe madde analizi uygulanarak her bir maddesine ilişkin madde ortalamaları, standart sapmaları, madde-toplam korelasyon katsayıları,  $R^2$  açıklayıcılık katsayıları ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Ayrıca ölçeğin geneline ilişkin ve ölçeklerden elde edilen alt boyutlara ilişkin madde analizi uygulanarak Cronbach alfa katsayıları hesaplandı.

Sonuçlar ortalama $\pm$ Std.Sapma yada sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile incelendi.

Ölçekten elde edilen toplam skor ve alt boyut skorlarının demografik verilere göre karşılaştırılmasında grup sayısı  $>2$  ise; Kruskal Wallis ANOVA testi kullanıldı. Anlamlı farklılık saptandığında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni post-hoc test kullanıldı, grup sayısı=2 ise Mann-Whitney U testi kullanıldı.

$P<0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

İstatistiksel analizler, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 paket programı kullanıldı. Verilerin analizi STATISTICA AXA 7.1 (Lisans No: AXA 507C775506FAN3) paket programı kullanılarak yapıldı.

## BULGULAR

Çocuk ve aileyi tanıttıcı özellikler, ishal oluşumuna zemin hazırlayabilecek faktörler, çocuğun ishal olmasında etkili etmenler ve annelere ait özelliklerin özyeterlik ölçeğine göre değerlendirilmesi başlıkları altında verilmiştir.

### ÇOCUK VE AİLEYİ TANITICI ÖZELLİKLER

Çocuk ve aileyi tanıttıcı özellikler olarak; çocukların yaş ortalaması, cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı, annelerin yaşları, eğitim düzeyleri ve iş durumları ile babaların eğitim düzeyleri ve iş durumları ele alındı.

#### Çocuğu Tanıtıcı Özellikler

##### a) Yaş Ortalaması

Araştırma kapsamına alınan çocukların aylara göre yaş ortalaması  $9.14 \pm 8.18$  (min:0 ay, max:36 ay), cinsiyete göre yaş ortalaması ise kızlarda  $9.52 \pm 8.85$  (min:0 ay, max:36 ay), erkeklerde  $8.83 \pm 7.60$  (min:0 ay, max:34 ay) idi.

##### b) Cinsiyet, Yaş, Doğumdaki Kilo ve Boy

Araştırma kapsamına alınan çocukların, yarısından çoğunun (%54.6) erkek ve yaş gruplarına göre çocukların yarıya yakınının (%42.8) 0-6 ay arasında olduğu bulundu. Doğumdaki kilolarına bakıldığında çocukların yarısına yakınının (%37.2) 3000-3400gr ve doğumdaki boylarının çocukların yarıdan fazlasında (%69.9) 46-50cm olduğu görüldü (Tablo 6).

**Tablo 6. Çocukların demografik özellikleri (n=269)**

Özellikler		Sayı	%
Yaş	0-6 aylık	115	42,8
	7-12 aylık	85	31,6
	13-18 aylık	28	10,4
	19-24 aylık	20	7,4
	25-36 aylık	21	7,8
Cinsiyet	Erkek	147	54,6
	Kız	122	45,4
Doğumdaki kilo	2500 ve altı	11	4,1
	2501-3000	78	29,0
	3001-3500	100	37,2
	3501 ve üzeri	80	29,7
Doğumdaki boy	45cm ve altı	13	4,8
	46-50cm	188	69,9
	51-55cm	67	24,9
	56cm ve üzeri	1	0,4

#### **Aileyi Tanıtıcı Özellikler**

Araştırma yapılan gruptaki annelerin yaş ortalamasının  $26.73 \pm 5.08$  (min:14, max:38), yarıya yakınının (%33.8) 25-29 yaş grubunda olduğu, yaklaşık yarısının (%40.9) ortaokul mezunu ve çoğunluğunun (%69.5) çalışmıyor/ev hanımı olduğu görüldü (Tablo 7).

Araştırma yapılan gruptaki babaların yaklaşık yarısının (%44.6) lise ve serbest meslek sahibi (%42.0) olduğu görüldü (Tablo 7).

Araştırma grubundaki ailelerin çoğunun (%76.2) şehirde yaşadığı, SSK güvencesine sahip olduğu (%61.7), aylık gelirlerinin orta düzeyde (%75.8) ve çekirdek aile yapısında (%92.6), yarıya yakınının (%43.1) 3 nüfuslu olduğu bulundu (Tablo 7).

**Tablo 7. Anne ve babaları tanıtıcı özellikler (n=269)**

Özellikler			Sayı	%
Anne	Yaş	14-19 yaş	20	7,4
		20-24 yaş	79	29,4
		25-29 yaş	91	33,8
		30-34 yaş	51	19,0
		35 yaş ve üstü	28	10,4
	Eğitim durumu	Okur-yazar değil	6	2,2
		Okur-yazar	14	5,2
		İlkokul	61	22,7
		Ortaokul	110	40,9
		Lise	63	23,4
		Üniversite ve üzeri	15	5,6
	Meslek	Çalışmıyor/ev hanımı	187	69,5
Memur		16	5,9	
İşçi		45	16,7	
Serbest Meslek		21	7,8	
Baba	Eğitim durumu	İlkokul	19	7,1
		Ortaokul	99	36,8
		Lise	120	44,6
		Üniversite ve üzeri	31	11,5
	Meslek	Çalışmıyor/işsiz	3	1,1
		Memur	31	11,5
İşçi		95	35,3	
Emekli		2	0,7	
Serbest Meslek		113	42,0	
Çifçi	25	9,3		
Aile	Yaşadığı bölge	Şehir	205	76,2
		İlçe	48	17,8
		Köy/kasaba	16	5,9
	Sosyal güvence	Yok	31	11,5
		Emekli sandığı	21	7,8
		Bağkur	23	8,6
		SSK	166	61,7
		Yeşil kart	28	10,4
	Sosyoekonomik durum	İyi	25	9,3
		Orta	204	75,8
Kötü		40	14,9	
Aile tipi	Çekirdek	249	92,6	
	Geniş	19	7,1	
	Parçalanmış	1	0,4	
Ailedeki nüfus	3	116	43,1	
	4	99	36,8	
	5	44	16,4	
	6 ve daha fazla	10	3,7	

Araştırma grubundaki çocukların çoğunluğuna (%76.2) çocuğun annesi tarafından bakıldığı, ailelerin 1 çocuklu aile (%44.2) ve bu çocuğun ailedeki ilk çocuk (%43.9) olduğu görüldü (Tablo 8).

Ailelerin büyük çoğunun kaybedilen (ölen) çocuklarının olmadığı (%94.4), kaybedilen (ölen) çocuğa sahip ailelerin de çocuğunun ölüm nedeninin yarıya yakınının erken doğum (%39.3) ve ishale bağlı (%33.9) olduğu görüldü (Tablo 8).

**Tablo 8. Araştırma grubundaki çocuğa ve annenin önceki çocuklarına ait özellikler (n=269)**

Özellikler		Sayı	%
Ailedeki canlı çocuk sayısı	1	119	44,2
	2	98	36,4
	3	44	16,4
	4 ve daha fazla	8	3,0
Ailede kaybedilen (ölen) çocuk olma durumu	Hayır	254	94,4
	Evet	15	5,6
Çocukların ölüm nedenleri	İshal	5	33,9
	Sarılık	1	7,2
	Erken doğum	6	39,3
	Bilinmeyen	3	19,6
Ailedeki kaçınıcı çocuk	1	118	43,9
	2	99	36,8
	3	45	16,7
	4	7	2,6
Çocuğa bakan kişi	Anne	205	76,2
	Akraba	61	22,7
	Bakıcı	3	1,1



## İSHAL OLUŞUMUNA ZEMİN HAZIRLAYABİLECEK FAKTÖRLER

Araştırma grubundaki annelerin yarıya yakınının, beslenme biçimi kaynağı ile ilgili bilgi almak için komşulara/büyüklere ve hemşire/doktora başvurduğu (sırasıyla %37.6, %37), çocukların yine yarıya yakınının anne sütü ve ek gıda (%42.8) aldığı ve biberonla beslendiği (%35.5) görüldü (Tablo 9).

Araştırma grubundaki ailelerin büyük çoğunluğunun çocuğa anne sütü verdiği (%97.8), yarıya yakının da 2-4 ay yalnızca anne sütü verdiği (%45) görüldü (Tablo 9).

**Tablo 9. Ailelerin çocuğun beslenme durumunda evde yaptıkları uygulamalar**

Özellikler		Sayı	%
<b>Beslenme biçimi kaynağı</b>	Hemşire- doktor	244	37,0
	Kitap- televizyon	148	22,5
	Komşular- büyükler	247	37,6
	Eczane	19	2,9
<b>Toplam *</b>		<b>658</b>	<b>100</b>
<b>Beslenme şekli</b>	Anne sütü	21	7,8
	Anne sütü ve mama	30	11,2
	Anne sütü ve ek gıda	115	42,8
	Sadece mama	12	4,5
	Normal beslenme	91	33,5
<b>Toplam</b>		<b>269</b>	<b>100</b>
<b>Beslenme yöntemi</b>	Biberon	213	35,5
	Kaşık	208	34,6
	Meme	179	29,9
<b>Toplam*</b>		<b>600</b>	<b>100</b>
<b>Anne sütü verme durumu</b>	Hayır	6	2,2
	Evet	263	97,8
<b>Toplam</b>		<b>269</b>	<b>100</b>
<b>Yalnız anne sütü verme süresi</b>	0-1 ay	88	32,7
	2-4ay	121	45,0
	5-6ay	33	12,3
	6 aydan daha uzun süre	27	10,0
<b>Toplam</b>		<b>269</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubundaki ailelerin yarıya yakını besinlerini satın aldığı kapta ve plastik kaplarda (sırasıyla %34.2, %34.1), mutfak ve buzdolabında (sırasıyla %40.1, %40.1) ve yarıdan fazlasının konserve yaparak (%60.1) sakladığı görüldü (Tablo 10).

**Tablo 10. Ailelerin besin saklama ile ilgili evde yaptıkları uygulamalar**

Özellikler		Sayı	%
<b>Saklama kabının özelliği</b>	Cam	230	30,3
	Plastik	260	34,1
	Satın alındığı kap	261	34,2
	Teneke	10	1,4
<b>Toplam *</b>		<b>761</b>	<b>100</b>
<b>Besin saklama yeri</b>	Mutfak	269	40,1
	Buzdolabı	269	40,1
	Balkon	107	16,0
	Kiler	25	3,8
<b>Toplam *</b>		<b>670</b>	<b>100</b>
<b>Besin saklama yöntemi</b>	Konserve yapma	197	60,1
	Dondurarak saklama	32	9,7
	Kurutma	30	9,2
	Tuzlama	31	9,4
	Saklamayan	38	11,6
<b>Toplam</b>		<b>269</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubundaki ailelerin yarıya yakınının beslenmeden önce ara sıra (%43.9), yarıdan fazlasının tuvaletten önce ara sıra (%58.0) ve yine yarıdan fazlasının tuvaletten sonra her zaman (%68.8) ellerini yıkadığı görüldü (Tablo 11).

Araştırma grubundaki ailelerin yarıya yakınının içme suyunu musluktan kaynatmadan (%36.1) temin ettiği, tamamına yakınının su kaynağının şebeke suyu olduğu (%99.6) ve helanın kanalizasyona bağlı olduğu (%99.3), tuvalette musluğu (%98.9) ve lavabosu (%99.3) olduğu bulundu. Ayrıca grubun büyük çoğunluğunun tuvalet kağıdı (%98.5) kullandığı görüldü (Tablo 11).

**Tablo 11. Ailelerin hijyen ile ilgili evde yaptıkları uygulamalar (n=269)**

Özellikler	Sayı	%	
<b>Beslenmeden önce el yıkama</b>	Yıkamam	46	17,1
	Ara sıra	118	43,9
	Çoğunlukla	59	21,9
	Her zaman	46	17,1
<b>İçme suyu temin yeri</b>	Musluktan kaynatarak	85	31,6
	Musluktan kaynatmadan	97	36,1
	Damacanadan	87	32,3
<b>Su kaynağı</b>	Şebekeye bağlı	268	99,6
	Kaynak suyu	1	0,4
<b>Hela tipi</b>	Kanalizasyona bağlı	267	99,3
	Foseptik çukur	2	0,7
<b>Tuvalet kağıdı kullanımı</b>	Hayır	4	1,5
	Evet	265	98,5
<b>Tuvalet suyu temin yeri</b>	Musluk	266	98,9
	Bidon veya kova	3	1,1
<b>Tuvalette lavabo olma durumu</b>	Yok	2	0,7
	Var	267	99,3
<b>Tuvaletten önce el yıkama</b>	Yıkamam	24	8,9
	Arasıra	156	58,0
	Çoğunlukla	62	23,0
	Her zaman	27	10,1
<b>Tuvaletten sonra el yıkama</b>	Çoğunlukla	84	31,2
	Her zaman	185	68,8

Araştırma grubundaki ailelerin yarıya yakınının ishalin üçüncü günü çocuğunu hastaneye götürdüğü (%49.4), yarıdan fazlasının çocuğunun daha önce en az bir hastalık geçirdiği (%62.5), büyük çoğunluğunun çocuğun aşılarını tam zamanında yaptırdığı (%91.4) ve tamamının çocuğu sağlık kontrollerine götürdüğü (%100) görüldü (Tablo 12).

Araştırma yapılan gruptaki ailelerin yarıya yakınının dokunarak ve genel görünümünden ateşi anladığı (sırasıyla %46.8, %46.7), ateşlendiğinde giysilerini çıkarma ve ılık kompres uygulama yöntemlerini kullandıkları (sırasıyla %45.4, %43.2) görüldü (Tablo 12).

**Tablo 12. Ailelerin çocukların hastalık durumunda evde yaptıkları uygulamalar (n=269)**

<b>Özellikler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kaçıncı gün hastaneye getirildi</b>	İkinci gün	48	17,8
	Üçüncü gün	133	49,4
	Dördüncü gün ve üzeri	88	32,7
<b>Daha önce hastalık geçirme</b>	Hayır	101	37,5
	Evet	168	62,5
<b>Aşıları yaptırma</b>	Yarım yaptırmış	23	8,6
	Tam zamanında	246	91,4
<b>Normal kontrole götürme</b>	Evet	269	100
<b>Ateşi olduğunda anlama yöntemleri</b>	Dokunarak	230	46,8
	Genel görünümünden	229	46,7
	Termometre ile	32	6,5
<b>Ateşi olduğunda yapılan uygulamalar</b>	Giysileri çıkarma	252	45,4
	Ateş düşürücü kullanma	32	5,7
	Ataş düşürücü sonrası termometre kullanma	32	5,7
	Ilık kompres uygulama	240	43,2

Araştırma grubundaki çocukların yarıdan fazlasının ilk kez ishal olduğu (%64.3), büyük çoğunluğunun son bir ayda hiç ishal olmadığı (%86.6), büyük çoğunluğunda ailede başka birinde/birilerinde ishal olmadığı (%94.4) görüldü (Tablo 13).

Araştırma grubundaki çocukların yarıdan fazlasında dışkı miktarında artma (%59.1), kokusuz (%58.7) ve sarı renkte dışkılama (%45.7) olduğu görüldü (Tablo 13).

**Tablo 13. Çocuktaki ishal durumu ve ishalin özelliklerine göre dağılımı (n=269)**

Özellikler		Sayı	%
İshal olma durumu	İlk kez	173	64,3
	İkinci kez	84	31,2
	Dört ve üzeri	12	4,5
Son 1 ayda ishal olma durumu	Hiç	233	86,6
	Bir kez	24	8,9
	İki kez	12	4,5
Ailede ishal varlığı	Diğer çocuğunda/ çocuklarında	8	3,0
	Aileden birinde	4	1,5
	Akrabalarında	3	1,1
	Yok	254	94,4
Dışkı miktarı	Normalden biraz fazla	159	59,1
	Normalden çok fazla	110	40,9
Koku	Hayır	158	58,7
	Evet	111	41,3
Renk	Normal	61	22,7
	Yeşil	73	27,1
	Sarı	123	45,7
	Kırmızı-kanlı	12	4,5

Araştırma grubundaki ailelerin çocukların ishal oldukları zaman en fazla su, muz, yoğurt ve çorba (sırasıyla %92.5, %77.5, %77.5, %42.9) verdikleri görüldü (Tablo 14).

Araştırma grubundaki ailelerin yarıdan fazlasının ishal durumunda çocuğa sıvı gıdaların fazla verilmesi (%90.7), emzirmeye devam edilmesi (%95.5) gerektiğini bildiği, ve büyük çoğunluğunun da ORS'yi bildiği (%81.8) ancak vermediği (%72.9) bulundu (Tablo 15).

**Tablo 14. Annelerin ishal olduğunda çocuklarına verdikleri besin maddeleri  
(n=269)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı*</b>	<b>%</b>	
<b>İshal olduğunda verilen gıdalar</b>	Su	249	92,5
	Kahve	28	10,4
	Pirinç	70	26,0
	Patates	88	32,7
	Çorba	129	47,9
	Gazoz	15	5,5
	Çay	77	28,6
	Muz	208	77,3
	Arpa ekmeği	2	0,7
	Nişasta	6	2,2
	Yoğurt	208	77,3
	Tuzlu ayran	6	2,2
	Kızılıcık	4	1,4
	Maden suyu	9	3,3
	Limon	14	5,2
	Ayva	4	1,4
	Havuç	19	7,0
	Elma	22	8,1
	Turp	4	1,4
	Adaçayı	20	7,4

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Tablo 15. Ailelerin ishal ile ilgili bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları uygulamalar  
(n=269)**

Özellikler		Sayı	%
<b>Katı yiyecek miktarı değiştirme</b>	Hayır	38	14,1
	Bilmiyorum	55	20,4
	Evet, daha fazla verilmeli	176	65,4
<b>Sıvı yiyecek miktarı değiştirme</b>	Bilmiyorum	25	9,3
	Evet, daha fazla verilmeli	244	90,7
<b>Emzirme durumu değiştirme</b>	Bilmiyorum	12	4,5
	Devam etmeli	257	95,5
<b>ORS bilme durumu</b>	Hayır	49	18,2
	Evet	220	81,8
<b>ORS verme</b>	Hayır	196	72,9
	Evet	73	27,1

### **ÇOCUĞUN İSHAL OLMASINDA ETKİLİ ETMENLER**

Çocuğun yaşı ile son bir ayda ishal olma durumu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). 0-6 aylık çocukların son bir ayda ishal olma oranı diğer gruplara göre daha yüksek idi (Tablo 16).

Cinsiyette kız çocuklarının (%58.3) erkek çocuklarına göre, doğum kiloları 3000-3400 gr olan (%38.9) ve boyları 46-50 cm olanların (%61.1) diğer kilo ve boylara göre son bir ayda daha fazla ishal olduğu bulundu (Tablo 16).

20-24 yaş grubunda (%38.9), ortaokul mezunu (%41.6) ve çalışmıyor/ev hanımı (%77.8) olan annelerin çocuklarının son bir ayda ishal olma durumunun diğer gruplardaki annelerin çocuklarına göre daha fazla olduğu bulundu (Tablo 17).

**Tablo 16. Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun çocuğa ait bazı özelliklere göre dağılımı**

Çocuğa Ait Özellikler		Son bir ayda ishal olma durumu				Toplam		x <sup>2</sup> , p
		Var		Yok				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>	0-6 aylık	17	42.2	98	42.1	115	42.7	20.71, <b>0.008</b>
	7-12 aylık	6	16.7	79	33.9	85	31.6	
	13-18 aylık	5	13.9	23	9.9	28	10.4	
	19-24 aylık	7	19.4	13	5.6	20	7.4	
	25-36 aylık	1	2.8	20	8.5	21	7.9	
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	15	41.7	132	56.7	147	54.6	4.84, 0.08
	Kız	21	58.3	101	43.3	122	45.4	
<b>Doğumdaki kilo</b>	2500 gr ve altı	1	2.8	10	4.3	11	4.0	9.55, 0.14
	2501-3000 gr	8	22.2	70	30.0	78	29.0	
	3001-3500 gr	14	38.9	86	36.9	100	37.2	
	3501 gr ve üzeri	13	36.1	67	28.8	80	29.8	
<b>Doğumdaki boy</b>	45cm ve altı	1	2.8	12	5.1	13	4.8	4.62, 0,32
	46-50cm	22	61.1	166	71.3	188	69.9	
	51-55cm	13	36.1	54	23.2	67	24.9	
	56cm ve üzeri	0	0	1	0.4	1	0.4	
<b>Çocuğa bakan kişi</b>	Anne	27	75.0	178	76.4	205	76.2	6.26, 0.18
	Akraba	8	22.2	53	2.7	61	22.6	
	Bakıcı	1	2.8	2	0.9	3	1.2	

Babaların eğitim düzeyi ile çocukların son bir ayda ishal olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Lise mezunu babaların çocuklarının (%72.2) daha fazla ishal olduğu tespit edildi (Tablo 17).

Şehirde yaşayan (%75.1), çekirdek aile tipine (%91.6) ve orta sosyoekonomik düzeye sahip (%83.3) olan ailelerin çocuklarının diğer aile yapısına sahip olan ailelerin çocuklarına göre son bir ayda daha fazla ishal olduğu bulundu (Tablo 17).



**Tablo 17. Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun aileye ait bazı özelliklerine göre dağılımı**

Aileye Ait Özellikler			Son bir ayda ishal olma durumu				Toplam		x <sup>2</sup> , p
			Var		Yok				
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Anne	Yaş	14-19 yaş	4	11.1	16	6.9	20	7.4	9.19, 0.32
		20-24 yaş	14	38.9	65	27.9	79	29.4	
		25-29 yaş	9	25.0	82	35.2	91	33.8	
		30-34 yaş	7	19.4	44	18.9	51	19.0	
		35 yaş ve üstü	2	5.6	26	11.2	28	10.4	
	Eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	2.7	5	2.1	6	2.2	7.66, 0.66
		Okur-yazar	2	5.5	12	5.2	14	5.2	
		İlkokul	6	16.6	55	23.6	61	22.7	
		Ortaokul	15	41.6	95	40.8	110	40.9	
		Lise	10	27.7	53	22.7	63	23.4	
		Üniversite ve üzeri	2	5.5	13	5.5	15	5.6	
	Meslek	Çalışmıyor/ev hanımı	28	77.8	159	68.2	187	69.5	3.91, 0.68
		Memur	2	5.6	14	6.0	16	5.9	
		İşçi	6	16.6	39	16.7	45	16.7	
		Serbest Meslek	0	0	21	9.0	21	7.8	
Baba	Eğitim durumu	İlkokul	2	5.6	17	7.3	19	7.1	16.89, 0.01
		Ortaokul	6	16.6	93	39.9	99	36.8	
		Lise	26	72.2	94	40.3	120	44.6	
		Üniversite ve üzeri	2	5.6	29	12.4	31	11.5	
Aile	Yaşadığı bölge	Şehir	27	75.1	178	76.4	205	76.2	2.70, 0.60
		İlçe	6	16.6	42	18.0	48	17.8	
		Köy/kasaba	3	8.3	13	5.6	16	5.9	
	Sosyoekonomik durum	İyi	2	5.6	23	9.9	25	9.3	1.57, 0.81
		Orta	30	83.3	174	74.7	204	75.8	
		Kötü	4	11.1	36	15.5	40	14.9	
	Aile tipi	Çekirdek	33	91.6	216	92.7	249	92.6	0.25, 0.99
		Geniş	3	8.4	16	6.9	19	7.1	
		Parçalanmış	0	0	1	0.4	1	0.4	

Beslenme biçimi için hemşire/doktora (%35.9) ve büyükler/komşulara (%35.9) başvuru, beslenme şekli anne sütü ve ek gıda (%50.0) olan ve biberon ile (%37.6) beslenen çocukların son bir ayda daha fazla ishal olduğu bulundu (Tablo 18).

Anne sütü alan çocukların çoğunun (%97.4) son bir ayda ishal olmadığı bulundu (Tablo 18).

Yalnız anne sütü ile beslenme süresi ile çocukların son bir ayda ishal olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.05$ ). 2-4 ay yalnızca anne sütü ile beslenen çocuklarının (%47.2) son bir ayda ishal olmadığı tespit edildi (Tablo 18).

**Tablo 18. Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun beslenmeye ait bazı özelliklerine göre dağılımı**

Beslenmeye Ait Özellikler		Son bir ayda ishal olma durumu				Toplam		$\chi^2, p$
		Var		Yok		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
<b>Beslenme biçimi kaynağı</b>	Hemşire- doktor	33	35.9	211	37.2	244	37.0	2.20, 0.90
	Kitap- televizyon	24	26.0	124	21.9	148	22.5	
	Komşular-büyükler	33	35.9	215	37.9	247	37.6	
	Eczane	2	2.2	17	3.0	19	2.9	
<b>Beslenme şekli</b>	Anne sütü	0	0	21	9.0	21	7.8	0.75, 0.99
	Anne sütü ve mama	5	13.9	25	10.8	30	11.2	
	Anne sütü ve ek gıda	18	50.0	97	41.8	115	42.8	
	Sadece mama	1	2.8	11	4.7	12	4.5	
	Normal beslenme	12	33.3	78	33.7	91	33.5	
<b>Beslenme yöntemi</b>	Biberon	32	37.6	181	35.1	213	35.5	0.37, 0.98
	Kaşık	29	34.1	179	34.8	208	34.6	
	Meme	24	28.3	155	30.1	179	29.9	
<b>Anne sütü verme durumu</b>	Hayır	0	0	6	2.6	6	2.2	0.94, 0.62
	Evet	36	100	227	97.4	263	97.8	
<b>Yalnız anne sütü verme süresi</b>	0-1 ay	11	30.5	77	33.0	88	32.7	14.43, 0.02
	2-4ay	11	30.5	110	47.2	121	45.0	
	5-6ay	6	16.7	27	11.6	33	12.3	
	6 aydan fazla	8	22.1	19	8.2	27	10.0	

Çocukların son bir ayda ishal olma durumu ile ailelerin besin saklama koşulları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Konserve yaparak besinleri saklayan annelerin çocuklarının diğer besin saklama koşullarını kullananlara göre daha fazla ishal olduğu (%61.2) görüldü (Tablo 19).

**Tablo 19. Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun besin saklama koşullarına ait özelliklerine göre dağılımı**

Besin saklama koşullarının ait özellikler		Son bir ayda ishal olma durumu				Toplam		$\chi^2, p$
		Var		Yok		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
<b>Saklama kabının özelliği</b>	Cam	30	30.6	200	30.2	230	30.3	0.84, 0.99
	Plastik	32	32.7	228	34.4	260	34.1	
	Satın alındığı kap	35	35.7	226	34.1	261	34.2	
	Teneke	1	1.0	9	1.3	10	1.4	
<b>Besin saklama yeri</b>	Mutfak	36	39.1	233	40.3	269	40.1	1.78, 0.93
	Buzdolabı	36	39.1	233	40.3	269	40.1	
	Balkon	15	16.3	92	15.9	107	16.0	
	Kiler	5	5.5	20	3.5	25	3.8	
<b>Besin saklama yöntemi</b>	Konserve yapma	28	62.2	169	59.7	197	60.1	0.83, 0.99
	Dondurarak saklama	2	4.4	30	10.6	32	9.7	
	Kurutma	8	17.8	22	7.8	30	9.2	
	Tuzlama	2	4.4	29	10.2	31	9,4	
	Saklamayan	5	1.2	33	11.7	38	11,6	

Tuvaletten önce el yıkama alışkanlığı ile çocukların son bir ayda ishal olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Tuvaletten önce her zaman el yıkayan annelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, yıkamayan, arasıra ve çoğunlukla yıkayanların (sırasıyla %33.3, %33.3, %33.4) son bir ayda ishal oldukları görüldü (Tablo 20).

Çocukların son bir ayda ishal olma durumu ile su kaynağı, hela tipi, tuvalet kağıdı kullanımı, tuvalet suyu temin yeri ve tuvalette lavabo olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 20).

Beslenmeden önce el yıkama alışkanlığı ile çocukların son bir ayda ishal olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Beslenmeden önce her zaman el yıkayan annelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, arasıra yıkayanların (%52.8) ve yıkamayanların (%38.9) son bir ayda ishal oldukları görüldü (Tablo 20).

İçme suyu temin yeri ile çocukların son bir ayda ishal olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Damacandan içme suyu temin eden ailelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, musluktan kaynatarak (%55.5) ve musluktan kaynatmadan (%45.5) su temin eden ailelerin çocuklarının son bir ayda ishal oldukları görüldü (Tablo 20).

Çocukların son bir ayda ishal olma durumu ile daha önce hastalık geçirme, aşılarını yaptırma, normal kontrollerine götürme ve ateş olduğunda anlama yöntemlerini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Daha önce hastalık geçiren çocukların (%80.6), daha önce hastalık geçirmeyen çocuklara göre son bir ayda daha fazla ishal olduğu görüldü (Tablo 21).

**Tablo 20. Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun hijyene ait bazı özelliklerine göre dağılımı**

Hijyen Ait Özellikler		Son bir ayda ishal olma durumu				Toplam		x <sup>2</sup> , p
		Var		Yok				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Beslenmeden önce el yıkama</b>	Yıkamam	14	38,9	32	13,7	46	17,1	29,46, 0,00
	Ara sıra	19	52,8	99	42,5	118	43,9	
	Çoğunlukla	3	8,3	56	24,0	59	21,9	
	Her zaman	0	0	46	19,7	46	17,1	
<b>İçme suyu temin yeri</b>	Musluktan kaynatarak	20	55,5	65	27,9	85	31,6	54,7, 0,00
	Musluktan kaynatmadan	16	45,5	81	34,8	97	36,1	
	Damacanadan	0	0	87	37,3	87	32,3	
<b>Su kaynağı</b>	Şebekeye bağlı	36	100	232	99,6	268	99,6	0,15, 0,92
	Kaynak suyu	0	0	1	0,4	1	0,4	
<b>Hela tipi</b>	Kanalizasyona bağlı	36	100	231	99,1	267	99,3	0,31, 0,85
	Foseptik çukur	0	0	2	0,9	2	0,7	
<b>Tuvalet kağıdı kullanımı</b>	Hayır	1	2,8	3	1,3	4	1,5	1,57, 0,81
	Evet	35	97,2	229	98,3	265	98,5	
<b>Tuvalet suyu temin yeri</b>	Musluk	35	97,2	231	99,1	266	98,9	2,30, 0,31
	Bidon veya kova	1	2,8	2	0,9	3	1,1	
<b>Tuvalette lavabo olma durumu</b>	Yok	1	2,8	1	0,4	2	0,7	4,21, 0,12
	Var	35	97,2	232	99,6	267	99,3	
<b>Tuvaletten önce el yıkama</b>	Yıkamam	12	33,3	12	5,2	24	8,9	83,08, 0,00
	Arasıra	12	33,3	144	61,8	156	58,0	
	Çoğunlukla	12	33,4	50	21,5	62	23,0	
	Her zaman	0	0	27	11,6	27	10,1	
<b>Tuvaletten sonra el yıkama</b>	Çoğunlukla	12	33,3	72	30,9	84	31,2	37,33, 0,00
	Her zaman	24	66,4	161	69,1	185	68,8	

**Tablo 21. Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun çocukların bazı özelliklerine göre dağılımı**

Hastalıklara Ait Özellikler		Son bir ayda ishal olma durumu				Toplam		x <sup>2</sup> , p
		Var		Yok				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Kaçıncı gün hastaneye getirildi</b>	İkinci gün	12	33.3	36	15,5	48	17,8	41.27, 0.00
	Üçüncü gün	12	33.3	121	51,9	133	49,4	
	Dördüncü gün ve üzeri	12	33.4	76	32,6	88	32,7	
<b>Daha önce hastalık geçirme</b>	Hayır	7	19.4	94	40,3	101	37,5	5.86, 0.05
	Evet	29	80.6	139	59,7	168	62,5	
<b>Aşıları yaptırma</b>	Yarım yaptırmış	1	2.8	22	9,4	23	8,6	1.94, 0.37
	Tam zamanında	35	97.2	211	90,6	246	91,4	
<b>Normal kontrole götürme</b>	Evet	36	100	233	100	269	100	-
<b>Ateşi olduğunda anlama yöntemleri</b>	Dokunarak	30	46.1	200	46.9	230	46,8	2.01, 0.73
	Genel görünümünden	33	50.8	196	46.0	229	46,7	
	Termometre ile	2	3.1	30	7.1	32	6,5	
<b>Ateşi olduğunda yapılan uygulamalar</b>	Giysileri çıkarma	33	49.2	220	44.9	252	45,4	2.28, 0.89
	Ateş düşürücü kullanma	2	3.0	30	6.1	32	5,7	
	Ateş düşürücü sonrası termometre kullanma	2	3.0	30	6.1	32	5,7	
	Ilık kompres uygulama	30	44.8	210	42.9	240	43,2	

## ANNELERE AİT ÖZELLİKLERİN ÖZYETERLİK ÖLÇEĞİ' NE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 22'de annelerin özyeterlik ve alt ölçeklerine göre puanlarının ortalama değerleri alınarak annelerin özyeterlik becerileri gözden geçirildi.

Araştırmadaki annelerin özyeterlik ölçeğinin alt gruplarından aldıkları puanların ortalama değerlerinin  $24.98 \pm 1.21$  ile  $35.30 \pm 3.87$  arasında değiştiği saptandı (Tablo 22).

Ölçeğin alt gruplarının Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,960$  ile  $\alpha=0,041$  arasında bulundu (Tablo 22).

**Tablo 22. Özyeterlik ölçeğinin madde alt grupları (n=269)**

Özyeterlik Ölçeği Alt Grupları	X	SD	$\alpha$
Duygusal yeterlik	24,98	1,21	0,286
Duyarlı tepki verme, bakım- ilgi değer verme	35,30	3,87	0,969
Koruma	29,91	2,84	0,785
Disiplin/kısıtlama yapma	25,03	2,97	0,333
Oyun	30,21	3,60	0,924
Öğretme	32,76	3,61	0,655
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	34,40	3,73	0,974
Toplam	212,63	18,56	0,967

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamaları ile annelerin yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). 25-29 yaş grubunda olan annelerin duygusal yeterliğin daha fazla olduğu saptandı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların annelerin yaşlarına göre dağılımı (n=269)**

Annelerin Yaşları Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	14-19 yaş (n=20)	20-24 yaş (n=79)	25-29 yaş (n=91)	30-34 yaş (n=51)	35 ve üstü (n=28)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.52±0.16	3.58±0.17	3.60±0.18	3.54±0.16	3.50±0.12	9.13, 0.05
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.35±0.50	4.43±0.48	4.45±0.48	4.35±0.49	4.38±0.47	3.50, 0.47
Koruma	4.20±0.44	4.26±0.41	4.32±0.42	4.24±0.38	4.22±0.34	2.69, 0.61
Disiplin/kısıtlama yapma	3.64±0.37	3.53±0.46	3.54±0.43	3.62±0.40	3.66±0.35	2.67, 0.61
Oyun	4.28±0.51	4.33±0.52	4.33±0.54	4.27±0.49	4.31±0.44	0.49, 0.97
Öğretme	3.55±0.42	3.65±0.40	3.68±0.38	3.58±0.41	3.62±0.40	3.09, 0.54
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.26±0.45	4.31±0.48	4.35±0.49	4.23±0.43	4.22±0.38	1.75, 0.78
<b>Toplam</b>	3.97±0.36	4.01±0.36	4.04±0.36	3.97±0.32	3.98±0.30	1.32, 0.85

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin eğitim durumunda fark gözetmeksizin, annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile annelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 24).



**Tablo 24. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların annelerin eğitim durumuna göre dağılımı (n=269)**

Annelerin eğitim durumu	Okur yazar değil (n=6)	Okur yazar (n=14)	İlkokul (n=61)	Ortaokul (n=110)	Lise (n=63)	Üniversite ve üzeri (n=15)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları							
Duygusal yeterlik	3.52±0.17	3.58±0.17	3.52±0.15	3.57±0.17	3.60±0.17	3.60±0.19	8.36, 0.13
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.43±0.54	4.54±0.49	4.31±0.46	4.40±0.49	4.46±0.47	4.55±0.45	5.16, 0.39
Koruma	4.50±0.47	4.30±0.37	4.18±0.35	4.27±0.39	4.32±0.44	4.30±0.44	6.28, 0.28
Disiplin/kısıtlama yapma	3.52±0.53	3.68±0.40	3.50±0.37	3.60±0.41	3.56±0.46	3.60±0.52	3.86, 0.56
Oyun	4.40±0.56	4.40±0.58	4.25±0.48	4.30±0.51	4.33±0.54	4.47±0.47	2.25, 0.81
Öğretme	3.55±0.46	3.71±0.46	3.55±0.34	3.63±0.42	3.69±0.39	3.76±0.40	5.29, 0.38
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.33±0.51	4.41±0.49	4.22±0.43	4.28±0.45	4.30±0.49	4.53±0.48	5.99, 0.30
<b>Toplam</b>	4.03±0.43	4.09±0.36	3.93±0.31	4.00±0.35	4.04±0.37	4.12±0.32	5.04, 0.41

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının çocuğun cinsiyetlerinden bağımsız olarak diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile çocukların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların cinsiyetine göre dağılımı (n=269)**

Çocukların cinsiyetleri	Erkek (n=147)	Kız (n=122)	z, p
	Ort±SD	Ort±SD	
Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları			
Duygusal yeterlik	3.56±0.17	3.57±0.16	-0.476, 0.63
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.40±0.49	4.42±0.47	-0.746, 0.45
Koruma	4.25±0.39	4.29±0.41	-0.580, 0.56
Disiplin/kısıtlama yapma	3.59±0.40	3.55±0.44	-0.438, 0.66
Oyun	4.32±0.50	4.31±0.53	-0.070, 0.94
Öğretme	3.64±0.38	3.64±0.42	-0.135, 0.89
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.28±0.45	4.31±0.48	-0.116, 0.90
Toplam	4.00±0.34	4.01±0.36	-0.009, 0.99

\*Mann-Whitney U Testi

Annelerin özyeterlik ölçeği alt gruplarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamalarının çocukların yaşları arasında fark olmadan diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile çocukların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 26.).

Annelerin özyeterlilik ölçeği alt grup puan ortalamalar ile annelerin meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte, annelerin meslek durumu farkı olmadan, özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü ( $p>0.05$ ) (Tablo 27).

Ailelerin yaşadıkları bölgelerin annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile ailelerin yaşadıkları bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 26. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların yaşlarına göre dağılımı (n=269)**

Çocukların yaşları Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	0-6 aylık (n=115)	7-12 aylık (n=85)	13-18 aylık (n=28)	19-24 aylık (n=20)	25-36 aylık (n=21)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.57±0.18	3.54±0.16	3.61±0.17	3.57±0.15	3.55±0.18	5.17, 0.27
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.40±0.48	4.38±0.47	4.46±0.51	4.52±0.51	4.36±0.48	2.12, 0.71
Koruma	4.28±0.41	4.22±0.40	4.34±0.45	4.40±0.42	4.18±0.30	5.14, 0.27
Disiplin/kısıtlama yapma	3.55±0.41	3.60±0.43	3.56±0.43	3.69±0.46	3.49±0.38	3.12, 0.53
Oyun	4.30±0.52	4.29±0.48	4.38±0.60	4.37±0.55	4.32±0.43	1.33, 0.85
Öğretme	3.61±0.41	3.62±0.39	3.73±0.33	3.75±0.49	3.62±0.35	3.07, 0.54
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.29±0.47	4.23±0.42	4.41±0.55	4.40±0.46	4.33±0.45	2.88, 0.57
Toplam	4.00±0.35	3.98±0.33	4.07±0.38	4.10±0.40	3.98±0.28	1.71, 0.78

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

**Tablo 27. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların annenin mesleğine göre dağılımı (n=269)**

Annelerin Mesleği Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	Çalışmıyor/ ev hanımı (n=187)	Memur (n=16)	İşçi (n=45)	Serbest (n=21)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.56±0.17	3.60±0.18	3.57±0.17	3.59±0.18	1.23, 0.53
Duyarlı tepki verme, bakım- ilgi değer verme	4.41±0.48	4.34±0.44	4.41±0.50	4.49±0.50	0.33, 0.84
Koruma	4.26±0.39	4.24±0.41	4.25±0.43	4.36±0.44	0.39, 0.82
Disiplin/kısıtlama yapma	3.57±0.41	3.49±0.54	3.55±0.42	3.68±0.38	0.48, 0.78
Oyun	4.31±0.51	4.20±0.52	4.32±0.51	4.42±0.52	0.92, 0.63
Öğretme	3.61±0.38	3.63±0.37	3.69±0.44	3.73±0.44	1.39, 0.49
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.27±0.45	4.29±0.51	4.34±0.48	4.41±0.49	0.73, 0.69
<b>Toplam</b>	4.00±0.34	3.97±0.33	4.02±0.37	4.10±0.38	0.56, 0.97

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

**Tablo 28. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı (n=269)**

Yaşadıkları bölge	Şehir (n=205)	İlçe (n=48)	Köy/kasaba (n=16)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları				
Duygusal yeterlik	3.57±0.17	3.55±0.16	3.54±0.16	0.93, 0.62
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.43±0.48	4.36±0.49	4.22±0.44	2.69, 0.26
Koruma	4.28±0.41	4.23±0.37	4.18±0.42	1.62, 0.44
Disiplin/kısıtlama yapma	3.60±0.42	3.51±0.42	3.41±0.45	4.05, 0.13
Oyun	4.33±0.51	4.29±0.50	4.10±0.50	2.47, 0.29
Öğretme	3.66±0.40	3.60±0.40	3.47±0.39	3.09, 0.21
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.31±0.46	4.28±0.46	4.14±0.43	2.82, 0.24
Toplam	4.03±0.34	3.97±0.35	3.86±0.35	4.70, 0.09

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Aile tiplerinin annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 29).

**Tablo 29. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların aile tipine göre dağılımı (n=269)**

Aile tipi	Çekirdek (n=249)	Geniş (n=19)	Parçalanmış (n=1)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları				
Duygusal yeterlik	3.56±0.17	3.56±0.16	3.57±0.17	0.18, 0.91
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.40±0.48	4.45±0.49	4.87±0.48	0.49, 0.77
Koruma	4.27±0.41	4.27±0.35	4.42±0.24	0.74, 0.69
Disiplin/kısıtlama yapma	3.57±0.42	3.65±0.43	3.71±0.35	0.87, 0.64
Oyun	4.31±0.51	4.30±0.57	5.00±0.00	2.22, 0.32
Öğretme	3.63±0.39	3.68±0.44	4.11±0.37	0.99, 0.60
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.29±0.46	4.31±0.47	5.00±0.00	1.92, 0.38
Toplam	4.00±0.35	4.03±0.35	4.39±0.44	1.00, 0.60

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının ailelerin sosyoekonomik durumu arasında fark olmadan, diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile ailelerin sosyoekonomik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 30).

Kaybedilen çocuğunun olması durumunda annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile kaybedilen çocuğunun olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 31).

**Tablo 30. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların sosyoekonomik duruma göre dağılımı (n=269)**

Sosyoekonomik durum Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	Yok (n=31)	Emekli sandığı (n=21)	Bağkur (n=23)	SSK (n=166)	Yeşil kart (n=28)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.54±0.16	3.57±0.17	3.56±0.18	3.57±0.17	3.55±0.17	1.11, 0.89
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.41±0.50	4.37±0.43	4.41±0.51	4.42±0.48	4.34±0.50	1.11, 0.89
Koruma	4.20±0.35	4.19±0.37	4.36±0.45	4.28±0.41	4.23±0.40	2.97, 0.56
Disiplin/kısıtlama yapma	3.49±0.44	3.48±0.50	3.63±0.45	3.59±0.41	3.61±0.37	2.71, 0.60
Oyun	4.31±0.54	4.24±0.51	4.37±0.52	4.32±0.51	4.28±0.49	1.35, 0.85
Öğretme	3.62±0.41	3.59±0.35	3.62±0.41	3.64±0.40	3.65±0.41	0.62, 0.96
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.32±0.47	4.25±0.46	4.30±0.48	4.30±0.47	4.29±0.44	0.51, 0.97
<b>Toplam</b>	3.98±0.34	3.95±0.30	4.03±0.38	4.02±0.35	3.99±0.35	0.55, 0.96

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

**Tablo 31. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların kaybedilen çocuğu olma durumuna göre dağılımı (n=269)**

Kaybedilen çocuk Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	Hayır (n=254)	Evet (n=15)	z, p
	Ort±SD	Ort±SD	
Duyusal yeterlik	3.57±0.17	3.54±0.16	-0.626, 0.53
Duyarlı tepki verme, bakım- ilgi değer verme	4.41±0.48	4.30±0.45	-0.969, 0.33
Koruma	4.28±0.41	4.11±0.18	-0.848, 0.39
Disiplin/kısıtlama yapma	3.58±0.42	3.47±0.38	-0.982, 0.32
Oyun	4.32±0.51	4.14±0.57	-1.369, 0.17
Öğretme	3.64±0.40	3.53±0.36	-1.452, 0.14
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.30±0.46	4.20±0.44	-0.894, 0.37
Toplam	4.01±0.35	3.90±0.30	-1.452, 0.22

\*Mann-Whitney U Testi

Çocuk sayısı farkı olmadan, annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım- ilgi değer verme puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 32).



**Tablo 32. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocuk sayısına göre dağılımı (n=269)**

Çocuk sayısı	1	2	3	4 ve üzeri	K, p
	(n=119)	(n=98)	(n=44)	(n=8)	
Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.56±0.17	3.57±0.17	3.53±0.16	3.64±0.18	3.49, 0.32
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.40±0.48	4.39±0.48	4.42±0.48	4.70±0.51	2.86, 0.41
Koruma	4.24±0.39	4.31±0.41	4.19±0.38	4.51±0.49	5.26, 0.15
Disiplin/kısıtlama yapma	3.55±0.42	3.58±0.43	3.57±0.40	3.85±0.31	4.01, 0.26
Oyun	4.30±0.51	4.29±0.53	4.35±0.48	4.64±0.41	3.91, 0.27
Öğretme	3.64±0.41	3.62±0.39	3.61±0.38	3.95±0.27	5.16, 0.16
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.30±0.46	4.26±0.47	4.31±0.45	4.62±0.44	5.52, 0.13
<b>Toplam</b>	4.00±0.34	4.00±0.35	4.00±0.32	4.28±0.34	4.90, 0.17

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Ailedeki nüfusa göre annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puanının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha fazla olduğu görüldü. Ancak alt puan ortalamaları ile ailedeki nüfusa göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 33).

Annelerin özyeterlik ölçeği alt gruplarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puanı ile kaçınıcı çocuk olması arasında fark olmaksızın diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile çocukların kaçınıcı çocuk olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 34).

**Tablo 33. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların ailedeki nüfusa göre dağılımı (n=269)**

Nüfus Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	3 (n=116)	4 (n=99)	5 (n=44)	6 ve daha fazla (n=10)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.56±0.17	3.58±0.17	3.53±0.16	3.60±0.18	2.16, 0.53
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.40±0.48	4.40±0.48	4.42±0.48	4.56±0.54	1.03, 0.79
Koruma	4.24±0.40	4.31±0.41	4.19±0.38	4.44±0.46	4.96, 0.17
Disiplin/kısıtlama yapma	3.54±0.43	3.58±0.43	3.57±0.40	3.84±0.29	4.56, 0.20
Oyun	4.30±0.51	4.30±0.53	4.35±0.48	4.45±0.55	1.41, 0.70
Öğretme	3.64±0.41	3.62±0.39	3.61±0.38	3.80±0.43	1.72, 0.63
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.30±0.46	4.27±0.47	4.31±0.45	4.50±0.47	3.31, 0.34
<b>Toplam</b>	4.00±0.35	4.00±0.35	4.00±0.32	4.17±0.38	2.39, 0.49

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

**Tablo 34. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların kaçınıcı çocuk olduğu durumuna göre dağılımı (n=269)**

Kaçınıcı çocuk Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	1 (n=118)	2 (n=99)	3 (n=45)	4 (n=7)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.57±0.17	3.57±0.17	3.53±0.16	3.65±0.19	3.10, 0.37
Duyarlı tepki verme, bakım- ilgi değer verme	4.40±0.48	4.39±0.48	4.43±0.48	4.66±0.54	1.89, 0.59
Koruma	4.24±0.39	4.31±0.41	4.20±0.38	4.48±0.52	3.94, 0.26
Disiplin/kısıtlama yapma	3.55±0.42	3.58±0.43	3.58±0.40	3.87±0.33	4.09, 0.25
Oyun	4.30±0.52	4.29±0.52	4.36±0.48	4.63±0.44	3.79, 0.28
Öğretme	3.64±0.41	3.62±0.39	3.62±0.38	3.95±0.29	4.53, 0.20
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.30±0.46	4.26±0.47	4.31±0.44	4.64±0.47	5.30, 0.15
<b>Toplam</b>	4.00±0.35	4.00±0.35	4.00±0.32	4.27±0.37	4.34±0.22

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının çocukların son bir ayda ishal olma durumunda fark olmadan diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile çocukların son bir ayda ishal olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 35).

**Tablo 35. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların son bir ayda ishal olma durumuna göre dağılımı (n=269)**

Son bir ayda ishal olma durumu	Hiç (n=233)	İlk kez (n=24)	İkinci kez (n=12)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
<b>Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları</b>				
<b>Duygusal yeterlik</b>	3.56±0.17	3.57±0.16	3.55±0.15	0.09, 0.95
<b>Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme</b>	4.42±0.48	4.39±0.50	4.32±0.45	0.19, 0.91
<b>Koruma</b>	4.27±0.40	4.30±0.45	4.16±0.42	1.11, 0.57
<b>Disiplin/kısıtlama yapma</b>	3.58±0.41	3.45±0.46	3.59±0.47	1.73, 0.42
<b>Oyun</b>	4.33±0.50	4.25±0.58	4.13±0.51	2.66, 0.26
<b>Öğretme</b>	3.64±0.40	3.66±0.41	3.53±0.41	0.93, 0.62
<b>Günlük işler/ bakım/yapılandırma</b>	4.30±0.46	4.32±0.48	4.10±0.37	2.72, 0.25
<b>Toplam</b>	4.01±0.34	3.99±0.39	3.91±0.34	2.12, 0.34

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamaları ile annelerin çocuklarına anne sütü verme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 36). Anne sütü vermeyen annelerde disiplin-kısıtlama yapma grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü.

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından disiplin-kısıtlama yapma ve öğretme ile annelerin çocukları beslemeden önce el yıkama alışkanlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 36-37). Ara sıra el yıkayan annelerin disiplin-kısıtlama yapma ve öğretme alt grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı.

**Tablo 36. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların anne sütü alma durumuna göre dağılımı (n=269)**

Anne sütü	Hayır (n=6)	Evet (n=263)	z, p
	Ort±SD	Ort±SD	
Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları			
Duyusal yeterlik	3.52±0.17	3.57±0.17	-0.682, 0.49
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.43±0.48	4.41±0.48	-0.094, 0.92
Koruma	4.33±0.43	4.27±0.40	-0.433, 0.66
Disiplin/kısıtlama yapma	3.85±0.18	3.57±0.42	-1.752, 0.08
Oyun	4.42±0.47	4.31±0.51	-0.650, 0.51
Öğretme	3.72±0.35	3.63±0.40	-0.595, 0.55
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.33±0.51	4.30±0.46	-0.269, 0.78
Toplam	4.08±0.32	4.01±0.35	-0.950, 0.34

\*Mann-Whitney U Testi

**Tablo 37. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların annelerin çocukları beslemeden önce el yıkama alışkanlıklarına göre dağılımı (n=269)**

Beslenme öncesi el yıkama Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	Yıkamam (n=46)	Arasıra (n=118)	Çoğunlukla (n=59)	Her zaman (n=46)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.59±0.18	3.57±0.17	3.54±0.15	3.55±0.17	2.22, 0.46
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.41±0.49	4.46±0.49	4.37±0.46	4.33±0.46	5.08, 0.16
Koruma	4.24±0.41	4.35±0.44	4.16±0.31	4.23±0.38	5.01, 0.17
Disiplin/kısıtlama yapma	3.50±0.45	3.67±0.40	3.50±0.36	3.49±0.47	12.56, 0.00
Oyun	4.28±0.55	4.38±0.50	4.26±0.51	4.24±0.50	4.32, 0.22
Öğretme	3.63±0.33	3.71±0.41	3.54±0.40	3.58±0.40	7.91, 0.04
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.28±0.48	4.35±0.47	4.22±0.43	4.26±0.47	3.74, 0.29
<b>Toplam</b>	3.99±0.35	4.07±0.36	3.94±0.30	3.95±0.34	8.04, 0.04

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından koruma ve oyun grup puan ortalamasının, çocukların ishal olduğunda başkasında ishal olma durumu diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek bulundu. Ancak alt grup puan ortalamaları ile çocukların ishal olduğunda başkasında ishal olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 38).

**Tablo 38. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların ishal olduğunda ailede başkasında ishal olma durumuna göre dağılımı (n=269)**

Başkasında Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	Diğer çocuğunda/ Çocuklarında (n=8)	Aileden birinde (n=4)	Akrabalarında (n=3)	Yok (n=254)	K, p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.53±0.16	3.60±0.21	3.76±0.16	3.56±0.17	3.45, 0.17
Duyarlı tepki verme, bakım- ilgi değer verme	4.56±0.47	4.21±0.54	4.91±0.07	4.40±0.48	2.11, 0.34
Koruma	4.10±0.25	4.46±0.37	4.42±0.51	4.27±0.41	5.40, 0.06
Disiplin/kısıtlama yapma	3.44±0.52	3.42±0.42	3.57±0.37	3.58±0.42	0.26, 0.87
Oyun	4.46±0.53	4.03±0.57	4.95±0.08	4.30±0.51	5.03, 0.08
Öğretme	3.54±0.39	3.41±0.55	3.96±0.35	3.64±0.39	3.16, 0.20
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.21±0.48	4.18±0.55	5.00±0.00	4.29±0.46	4.59, 0.10
<b>Toplam</b>	3.98±0.28	3.90±0.44	4.37±0.15	4.01±0.35	3.71, 0.15

\*Kruskal Wallis Varyans Analizi

Annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamaları ile çocuğun daha önce hastalık geçirme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Daha önce hastalık geçiren çocuğu olan annelerin duygusal yeterliğinin daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 39).

**Tablo 39. Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocuklarının daha önce hastalık geçirme durumuna göre dağılımı (n=269)**

Hastalık geçirme Özyeterlik Ölçeği Alt Puanları	Hayır (n=101)	Evet (n=168)	z, p
	Ort±SD	Ort±SD	
Duygusal yeterlik	3.53±0.15	3.59±0.18	<b>-2.301, 0.02</b>
Duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme	4.39±0.48	4.42±0.48	-0.930, 0.35
Koruma	4.28±0.37	4.26±0.42	-1.054, 0.29
Disiplin/kısıtlama yapma	3.61±0.40	3.55±0.43	-1.017, 0.30
Oyun	4.33±0.46	4.30±0.54	-0.303, 0.30
Öğretme	3.62±0.41	3.65±0.39	-0.133, 0.89
Günlük işler/ bakım/yapılandırma	4.24±0.41	4.33±0.49	-0.840, 0.40
<b>Toplam</b>	4.00±0.32	4.01±0.36	-0.062, 0.95

\*\*Mann-Whitney U Testi



## TARTIŞMA

Bu araştırma Edirne Merkez'deki Hastanelerin Çocuk Servislerine Gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş grubu çocukların annelerinin bilgi düzeylerini, evde yaptıkları uygulamalarını belirlemek ve annelerin analık görevlerinde özyeterliklerini tespit etmek amacıyla planlandı.

Çalışma, elde edilecek sonuçların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere ve ailelere verilecek eğitimde rehber olması amacıyla, Edirne Merkez'deki hastanelerin çocuk servislerine gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş arası çocukların anneleri ile, raslantısal örnekleme yöntemi ile belirlenen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 269 anne ile gerçekleştirildi.

Türkiye'de gastroenterit tanısı alan çocukların aileleri tarafından evde yaptıkları uygulamalara ve annelerin analık görevlerinde özyeterliklerini belirlemeye yönelik çalışmalara az rastlanmaktadır. Bu nedenle tartışma sınırlı sayıda kaynakla yapılabildi.

Gelişmiş ülkelerin çocuklarında nadir görülen, görülse de öldürmeyen ishaller gelişmekte olan ülkelerin beş yaşından küçük çocuklarındaki ölümlerin başında özellikle 6 ay ile 2 yaş grubundaki çocuklarda sık görülmektedir. Araştırma grubundaki çocukların aylara göre yaş ortalamasının  $9.14 \pm 8.18$  (min:0ay, max:36ay), yarısından çoğunun erkek (%54.6) ve yarıya yakınının 0-6 ay arasında (%42.8) olduğu (Tablo 6) ve 0-6 aylık (%42.2), kız (%58.3), doğumda 3000-3400 gram (%38.9) ve boyları 46-50 cm (%61.1) olan çocukların son bir ayda daha fazla ishal olduğu saptandı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 16). Baykan ve ark. 'ın (101) yapmış olduğu çalışmada 12-23 aylık çocukların daha çok ishal olduklarını (%25.7) ancak cinsiyetle ishal arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığını bulmuştur. TNSA (103) temel özelliklere göre bakıldığında, 6 aydan küçük ve 23 aydan büyük çocuklar, 6-23 aylık çocuklara göre daha çok

ishale yakalanmaktadırlar. İshal yaygınlığı cinsiyete ve yerleşim yerine göre önemli bir farklılık göstermemektedir (101,102,103).

Bu çalışmada annelerin yaş ortalamasının  $26.73 \pm 5.08$  (min:17, max:36), yarıya yakınının (%33.8) 25-29 yaş grubunda ve ortaokul mezunu (%40.9), çoğunluğunun çalışmıyor/ev hanımı (%69.5) olduğu (Tablo 7) ve 20-24 yaş grubunda (%38.9), ortaokul mezunu (%41.6) ve çalışmıyor/ev hanımı (%77.8) olan annelerin çocuklarının son bir ayda ishal olma durumunun daha fazla olduğu tespit edildi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 17). Şanlıer ve ark. 'nın (102) yaptığı çalışmada da benzer sonuç bulunmuş, annelerin genelde (%46.2) ortaokul ve %77.5'inin ev hanımı, yaş ortalamasını  $27.04 \pm 0.18$  yıl olduğu saptanmıştır. Baykan ve ark. (101) çalışmasında annelerin %35.2'si 25-29 yaş grubunda, %63.3'ü ilkokul mezunu ve %94.5'i ev hanımıdır. TNSA (103) verilerine göre annesinin eğitimi olmayan (%36) çocuklarda ishal olma olasılığı daha yüksektir (101,102,103).

Araştırmada ailelerin yarıdan çoğunun aylık gelirlerinin orta düzeyde (%75.8) ve çekirdek aile yapısında (%92.6), 1 çocuklu (%44.2) olduğu ve çocuklara çocuğun annesi tarafından bakıldığı (%76.2) (Tablo 8), şehirde yaşayan (%75.1), çekirdek aile tipine (%83.3) ve orta sosyoekonomik düzeye sahip (%91.6) olan ailelerin çocuklarının son bir ayda daha fazla ishal olduğu bulundu ( $p > 0.05$ ) (Tablo 17). Energin ve ark.'ın (18) çalışmasında annelerin (%39) orta gelir düzeyine sahip olduğu, Baykan ve ark. 'nın (101) yaptığı çalışmada annelerin %81.3' ünün 1 çocuğu bulunduğu, Şanlıer ve ark. 'nın (102) Ankara'da yaptığı çalışmada da %89.1'inin çekirdek aile ve çocukların %76.6'sına annesinin bakmakta olduğunu saptamıştır (18,101,102).

Çocuk ve özellikle de bebek ölüm hızları sıkça sosyal kalkınma göstergeleri ya da toplumun sağlık durumunun özel göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Çocukluk dönemi ölümlerinin düzeyi ve örüntüsünün tespiti, sağlık programlarına yön vermekte ve çocuğun hayatta kalması için gösterilen çabaların geliştirilmesine önemli katkılar sunmaktadır (103). Araştırmada ailelerin büyük çoğunun kaybedilen (ölen) çocuklarının olmadığı (%94.4), kaybedilen (ölen) çocuğa sahip ailelerin de çocuğunun ölüm nedeninin yarıya yakınının erken doğum (%39.3) ve ishale bağlı (%33.9) olduğu bulundu (Tablo 8). Şanlıer ve ark. 'nın (102) yaptığı çalışmada ölen çocuk sayısını  $0.14 \pm 0.02$  olarak bulmuştur. Baykan ve ark. 'nın (101) 0-6 yaş çocuğu olan ve üç farklı sosyoekonomik düzeyde yaşayan kadınların %71.9'unun ölen çocuk sayısının bir olduğu tespit edilmiştir. TNSA (103) sonuçlarında beş yaşından önce ölme olasılığının da binde 24 olduğunu göstermektedir (101,102,103).

UNICEF ve DSÖ, bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını (başka katı ve sıvı gıdalar ve su almadan) ve 7. aydan itibaren katı ve lapa ek

gıdalara başlanılmasını önermektedirler. İlk 6 aydan sonra ek gıda verilmeye başlanması ve emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir. Biberon kullanımı ise çocuk hangi yaşta olursa olsun sindirim sistemi enfeksiyonları riskini arttırdığını önerilmemektedir. Araştırma grubundaki ailelerin yarıya yakınının çocuklarının anne sütü ve ek gıda (%42.8) aldığı, biberonla beslendiği (%35.5) ve 2-4 ay yalnızca anne sütü aldığı (%45) saptandı (Tablo 9). TNSA (103) sonuçları 2 aydan daha küçük çocukların % 22'si anne sütü dışında başka bir süt ile beslenmiştir. Bebekler 2-3 aylık olduğunda, sadece anne sütü ile beslenenlerin yüzdesi %42'ye düşmektedir. Bu durum altıncı aydan sonra diğer süt ve ek gıda ile beslemenin anne sütünden daha yaygın olduğunu da göstermektedir. Çocuklar 12-15 aylık olduğunda %65'i ek gıda almakta olup %33'ü artık emzirilmemektedir. Bu değer, TNSA'te (104) %45 seviyesindedir. Altı aydan küçük çocuklar arasında biberon kullanımının %41 olduğunu, biberon kullanımı 6-7 aylık çocuklarda en yüksek seviyeye ulaşarak %60'lara yükseldiği görülmektedir (14,103,104).

Araştırmada anne sütü alan çocukların çoğunun (%97.4) son bir ayda ishal olmadığı, 2-4 ay yalnızca anne sütü ile beslenen çocuklarının (%47.2) son bir ayda ishal olmadığı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 18). Ötkem ve ark. 'nın (19) araştırmasında anne sütü alım süresi 2 yaşın altındaki hastalarda 0-18 ay arasında değiştiği (ortalama  $4.8\pm 3.8$ ) ve anne sütü alım süresi ile hastanın ishal süresi arasında kolerasyon saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Şanlıer ve ark. 'nın (102) yaptığı araştırmada çocukların %5.3'ünün hiç anne sütü almadığını, %34.0'ünün 4-6 ay anne sütü aldığını tespit etmiştir. TNSA (103) sonuçlarında ise, hayatın ilk iki ayında bebeklerin yüzde 69'unun sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir, bu yüzde TNSA-2003'de elde edilen yüzdelerden önemli ölçüde yüksektir (% 44). Baykan ve ark. (101) anne sütünün teşvik edilmesi ve ek gıdalara zamanında geçilmesinin küçük yaşlardaki ishalleri ve ishallerle bağlı ölümleri azaltacağı öngörülmektedir (19,101,102,103,104).

Günümüzde Türk mutfağında besinler cam, emaye ve plastik kaplarda saklanmaktadır. Besinlerin cam kaplarda saklanması en ideal uygulamadır. Plastik kaplar besinlere uzun dönemde sağlığı olumsuz etkileyebilen çeşitli kimyasal maddelerin karışabilmesi ve çevre kirliliği açısından sorun oluştururlar. Özellikle besin saklama amacıyla yapılmamış plastik kaplarda sıvı ve yarı sıvı besinlerin saklanması hatalı bir uygulamadır. Besin saklama için yapılan plastik kabın bir kez kullanılması gerekirken tekrar tekrar kullanılması da zararlı kimyasal maddelerin besine geçişini hızlandırmaktadır. Özellikle yoğurdun satın alındığı kaplarda saklanması sağlık açısından saptanan en hatalı uygulamalardır (105). Bu çalışmada ailelerin besinlerini satın aldığı kapta ve plastik kaplarda (sırasıyla %34.2, %34.1), mutfak ve buzdolabında (sırasıyla %40.1, %40.1) sakladığı (Tablo 10) ve konserve yaparak besinleri

saklayan (%61.2) annelerin çocuklarının son bir ayda daha fazla ishal olduğu bulundu ( $p>0.05$ ) (Tablo 19). Çiçek ve ark. 'nın (105) yaptığı araştırmada ev kadınlarının büyük çoğunluğunun yiyecekleri cam ve plastik kaptaki sakladığı ve yine büyük çoğunluğunun yiyecekleri mutfakta ve buzdolabında, dondurarak sakladığı belirlenmiştir. Sosyoekonomik düzeylerine göre, besinleri saklamak için kullandıkları kaplar ve besin saklama yerleri açısından ev kadınlarının oranları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

İyileştirilmiş içme suyuna sürdürülebilir bir şekilde ulaşabilen nüfusun oranının artırılması, Türkiye'nin Dünyadaki diğer devletler ile birlikte kabul ettiği Binyıl Kalkınma Hedeflerinden bir tanesidir. İçme suyunun kaynağı, o suyun içmek için uygun olup olmadığının bir göstergesidir. Su kaynağına kolay erişimin olmaması, kullanılan sağlıklı su miktarını sınırlayabilmektedir. Üstelik taşıma ve depolama sırasında su kirlenebilmektedir (106). Araştırmada ailelerin içme suyunun musluktan kaynatmadan (%36.1) temin ettiği, su kaynağının şebeke suyu (%99.6) (Tablo 11) ve damacandan içme suyu temin eden ailelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, musluktan kaynatarak (%55.5) ve musluktan kaynatmadan (%45.5) su temin eden ailelerin çocuklarının son bir ayda ishal oldukları bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 20). Odabaş ve ark. (107) çalışmalarında ailelerin hepsinin şebekeden su kullandığı, şebekeye ek olarak diğer kaynaklardan da oldukça sınırlı düzeylerde su kullandıkları saptanmıştır. TNSA (103) araştırmasında Türkiye'de hanelerin %92'si iyileştirilmiş içme suyu kaynağına ulaşabilmektedir. Türkiye'deki konutların yaklaşık olarak %35'i şebeke suyu kullanmaktadır (103,107).

Ellerin sabunla yıkanması, ishali ve buna bağlı ölümleri önlemede başvurulabilecek en etkin yoldur. Aileler ve bireyler ellerini sabunla yıkayarak çocuklardaki ishal vakalarının oranını azaltabilirler (71,72). Bu araştırmada beslenmeden önce her zaman el yıkayan annelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, ara sıra yıkayanların (%52.8) ve yıkamayanların (%38.9) son bir ayda ishal oldukları, tuvaletten önce her zaman el yıkayan annelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, yıkamayan, ara sıra ve çoğunlukla yıkayanların (sırasıyla %33.3, %33.3, %33.4) son bir ayda ishal oldukları tespit edildi ( $p<0.05$ ) (Tablo 20).

Yeterli atık sisteminin sağlanması bir diğer Binyıl Kalkınma Hedefidir. Hijyenik atık sistemine sahip olunmaması ciddi bir sağlık sorunu yaratmaktadır. Bir hanedeki tuvalet, eğer o tuvalet sadece hane halkı üyeleri tarafından kullanılıyorsa ve tuvalet, atığı insan temasından etkin bir şekilde ayırıyorsa hijyenik olarak sınırlandırılmaktadır (108). Bu çalışmada ailelerin

kullandıkları helanın kanalizasyona bağı (%99.3), tuvalette musluğu (%98.9) ve lavabosu (%99.3) olduğu ve tuvalet kağıdı (%98.5) kullandığı tespit edildi (Tablo 11). TNSA (103) Türkiye'deki hanelerin büyük çoğunluğu evin içinde bir tuvalet sahibidir (%86), ve %80'i kanalizasyona bağı tuvalet, %13'ü ise kapalı çukurdur. Odabaş ve ark. (107)'nin araştırmasındaki ailelerin %97.0'sinin helasının kanalizasyona bağı, %98.7'sinin helada tuvalet kağıdı kullandığı, %98.9'unun helasında su ve lavabosunun olduğu, %99.1'nin heladan sonra el yıkamada sabun kullanma olanaklarının olduğu görülmüştür (103,107).

Araştırmada ailelerin ishal varlığının üçüncü günü çocuğunu hastaneye götürdüğu (%49.4), çocuğunun daha önce en az bir hastalık geçirdiği (%62.5), çocuğun aşılarını tam zamanında yaptırdığı (%91.4) ve normal sağlık kontrollerine götürdüğu (%100) saptandı (Tablo 12). Daha önce hastalık geçiren çocukların (%80.6), daha önce hastalık geçirmeyen çocuklara göre son bir ayda daha fazla ishal olduğu görüldü (Tablo 21). Şanlıer ve ark. 'nın (102) yaptığı araştırmada ilkokul mezunu annelerin %50.4'i ishal durumunda çocuğunu doktora götürmezken, Çetinkaya ve ark. 'nın (109) çocuk ishal olduğunda annelerin %92.1'i her zaman yada bazen doktora götürmüştür. Şen Cealsın ve ark. 'nın (110) araştırmasında annelerin %94'ünün çocuğunu doğumdan itibaren düzenli olarak sağlık kontrolü ve aşılama götürmüştür. TNSA (103) çalışmasında beş yaş altı çocuklardan ishal görülenlerin neredeyse yarısı, ishal sırasında bir sağlık kuruluşuna götürülmüşlerdir (%47). Annelerin büyük çoğunluğunun çocuklarını sağlık kontrolü ve aşılama götürmesi, çocuklarının sağlığı açısından duyarlı olduklarını göstermektedir (103,109,110).

Ateşin dokunma yolu ile tespit edilmesi, yanlış algılamalara yol açabilmesi ve objektif bir sonuç yansıtmaması nedeniyle güvenli bir yol olarak kabul edilmemektedir (110). Bu çalışmada çocuğun ateşi olduğunda, ailelerin dokunarak ve genel görünümünden ateşi anladığı (sırasıyla %46.8, %46.7), ateşlendiğinde giysilerini çıkarma ve ılık kompres uygulama yöntemlerini kullandığı bulundu (sırasıyla %45.4, %43.2) (Tablo 12). Şen Celasın ve ark. (110) araştırmasında annelerin; %77.2'sinin "cildine dokunarak", %26.4'ünün "genel görünümünden" ve %50.8'inin "termometre ile" çocuğun ateşini belirledikleri, ateşlenme durumunda %60.2'sinin çocuğun giysilerini çıkardığı, %60.2'sinin ılık duş aldırđığı, %56.7'sinin ılık kompres uyguladığı, %83.1'inin antipiretik ilaç kullandığı, %0.5'inin bol sıvı içirdiği, %1.0'inin çocuğun bulunduğu odayı havalandırđığı belirlendi. Demir ve Bayat'ın (111) çalışmasında, annelerin %82.2'sinin dokunma, %16.1'inin derece ile, %8.7'sinin huzursuzluk, ağlama gibi belirtilerle, %1.5'inin sağlık kurumunda ölçtürme ile ateşi belirledikleri saptanmıştır. Esenay ve Yiğit'in (112) çalışmasında annelerin %65.9'u çocuğunun ateşini dokunarak, %14'ü genel durumuna bakarak ve %20.1'i derece kullanarak

belirlediklerini belirtmişleridir. Yaramis ve ark. 'nın (113) yaptığı çalışmada da annelerin %43'ü çocuğunun ateşini dokunarak anlamaktadırlar. Demir ve Bayat'ın (111) çalışmasında, annelerin %54.7'sinin doktor önerisine göre antipiretik verdikleri, %59.5'inin ılık uygulama yaptıkları, %20.5'inin çocuğun giysilerini çıkardıkları, %2.4'ünün odayı havalandırdığı bulunmuştur (110,111,112,113).

Bu çalışmada çocukların ilk kez ishal olduğu (%64.3), son bir ayda hiç ishal olmadığı (%86.6) ve çocuk ishal olduğunda ailede başka birinde/birlerinde ishal olmadığı (%94.4) saptandı (Tablo 13). Şanlıer ve ark. 'nın (102) yaptığı çalışmada çocukların %44.2'sinin seyrek, %32.7'sinin ayda 1-2 kez ishal olduğu, %35.8'inin son bir ayda ishal durumu yaşamıştır (102).

İshalin neden olduğu dehidratasyona en basit ve etkili tedavi çocuğun aldığı sıvı miktarını ORS ile arttırmaktır. İshali olan çocuklar için en uygun olan beslenme, katı gıda miktarının öncesi ile aynı seviyede tutulup, sıvı miktarının artırılmasıdır. Bu çalışmada ailelerin çocukların ishal oldukları zaman en fazla su, muz , yoğurt ve çorba (sırasıyla %92.5, %77.5, %77.5, %42.9) verdikleri (Tablo 14), ailelerin ishal durumunda çocuğa sıvı gıdaların fazla verilmesi (%90.7), emzirmeye devam edilmesi (%95.5) gerektiğini bildiği, ve büyük çoğunluğunun da ORS'yi bildiği (%81.8) ancak vermediği (%72.9) bulundu (Tablo 15) . Şanlıer ve ark. 'nın (102) yaptığı çalışmada annelerin %71.1'i ishal durumunda çocuğunu aç bırakmayıp bol su verdiğini, %53.3'ü haşlanmış patates, pirinç lapası, %51.3'ü kaynamış su, %48.7'si sulu besinler, %40.2'si hazır tuz şeker paketi, %23.6'sı ilaç verdiğini bildirmiştir. Annelerin %90.1'i verdikleri sıvı miktarını arttırmış, %50.5'i daha fazla katı yemek yedirmiş, %91.6'sının ORS vermemiştir. Energin ve ark. 'nın (18) çalışmasında %59.2 sıvı miktarı artırılmasını, %95.5 emzirmeye devam edilmesi gerektiğini ve %76.4 ORS'yi bildiğini ifade etmiştir. TNSA (103) çalışmasında annelerin %63'ü ishali çocuklarının tedavisinde ya verdikleri sıvı miktarını arttırmış, ya da ağızdan sıvı tedavisi paketlerini kullandıklarını, ishali olan çocukların %27'si için verilen sıvı miktarının öncekiyle aynı tutulduğunu, %49'u için sıvı miktarının artırılmış ve %16'sı için ise verilen sıvı miktarın azaltıldığını göstermektedir. Vakaların yalnızca yüzde 6'sında ishal öncesine göre daha çok katı gıda verilirken, yarısından fazlasında verilen katı gıda azaltılmıştır (18,102,103).

Literatürde öz yeterlilik; zamanla, deneyimler aracılığıyla gelişen bir inançtır. Bireylerin ne yapabilecekleri konusunda öz yeterliliklerini doğrudan deneyim, diğer insanları gözlemlenmeleri ya da başkalarının yorumlarını dinleme yoluyla geliştirebilirler (95). Öz yeterlilik kavramı, öğrenmek için motivasyonu artırmada güçlü bir faktördür. Bu demektir ki bireyin başaracağına ilişkin inancı, onun öz yeterliliğini güçlendirirken motivasyonunu da

yükseltmektedir. Ayrıca öz yeterlilik, sadece başarı üzerinde etkili değildir. Bireylerde bulunan yetenek, bilgi, beceri, beklenen sonuçlar ya da diğer sonuçlar üzerinde de önemlidir. Öyle ki gerekli bilgi, beceri ya da yetenek kısıtlı olduğu zaman yüksek öz yeterlilik, yetkin performansı ortaya çıkarmayacaktır (114,115). Başarılı deneyimler öz-yeterlik inancını artırırken, üst üste yaşanan başarısızlıklar öz-yeterlik inancının düşmesine neden olur. Güçlü öz-yeterlik inancının zamanla, başarılı deneyimler sayesinde geliştiğini, direncinin yüksek olduğunu ve arada sırada yaşanan başarısızlıklardan kolay etkilenmediğini belirtir. İnsanlar, kendi eylemlerinin sonuçlarını değerlendirmenin yanı sıra, başkalarını gözleyerek de, başka bir deyişle, başkalarının deneyimlerinden yola çıkarak da öz-yeterlik inancı geliştirirler. Özyeterlik inançlarının oluşturulmasında başkalarının deneyimlerinden edinilen bilgiler kişisel deneyimlerden elde edilenler kadar etkili değildir. Özellikle, söz konusu alanda deneyimleri yoksa veya çok sınırlıysa insanlar başkalarının deneyimlerinden daha fazla etkilenirler. Başkalarının deneyimleri, kişi, kendisiyle deneyimlerini gözlediği, başka bir deyişle model aldığı kişi arasında benzerlikler görüyorsa daha etkilidir. Yaş, eğitim düzeyi ve/veya cinsiyet gibi özellikleri kendisine benzeyen modelin başarısı kişide ben de yapabilirim/başarabilirim duygusu yaratırken, başarısızlığı kişinin kendi başarıma kapasitesi konusunda şüpheye düşmesine neden olabilmektedir (116,117,118). Kişiler özyeterlik inançlarını geliştirirken diğer insanlardan gelen tepkilerden de etkilenirler. Bu daha çok, başkalarının, kişinin belli becerilere sahip olduğu yönünde yaptıkları sözlü değerlendirmeleri içerir. Bir işi yapabilecek kapasitede olduğu konusunda dışardan gelen bir değerlendirmenin özyeterlik inancı üzerindeki etkisi çok güçlü olmamakla beraber kişinin işi yapmak/başarmak konusunda göstereceği gayreti olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Diğer taraftan olumsuz değerlendirmelerin özyeterlik üzerinde zayıflatıcı rol oynadığı bilinmektedir (116,118).

Erken çocukluk dönemi gelişimde kritik öneme sahiptir ve çocuğun bu dönemdeki gelişimi ileri yıllardaki gelişimini de doğrudan etkilemektedir. Luebering (88), ilk kez anne olan yeni doğan anneleriyle yaptığı çalışmada annelik öz yeterlik algısıyla bebek bakımına dair inançlar arasında olumlu bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Annelik rolleri ile ebeveyn öz yeterlik algısı arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve anne olmaktan mutluluk duyan annelerin kendilerini daha fazla yeterli hissettiklerini, algılanan ebeveyn öz yeterliği ile uygun ebeveynlik beceri ve davranışlarının birbirleriyle bağıntılı olduğunu belirtmiştir. Öz yeterlik inançlarına dair algının anne-baba davranışları için öngörü sağladığı ve yüksek öz yeterlik algısına sahip annelerin daha uygun ebeveyn uygulamaları gerçekleştirdikleri bildirilmektedir (77,88,89). Bu çalışmada annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamaları ile annelerin yaş grupları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). 25-29 yaş grubunda

olan annelerin duygusal yeterliğinin daha fazla olduğu saptandı ( $p>0.05$ ) (Tablo 23). Annelerin eğitim durumu (Tablo 24), çocuğun cinsiyeti (Tablo 25), çocukların yaşları (Tablo 26), annelerin meslek durumları (Tablo 27), ailelerin yaşadıkları bölge (Tablo 28), aile tipi (Tablo 29), sosyoekonomik durum (Tablo 30), kaybedilen çocuğu olma durumu (Tablo31), çocuk sayısı (Tablo 32), ailedeki nüfus (Tablo 33), bu çocuğun kaçınıcı çocuk olması (Tablo 34) arasında fark gözetmeksizin, annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak alt grup puan ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Ayrıca annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme puan ortalamasının çocukların son bir ayda ishal olma durumunda fark olmadan diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 35).

Yüksek ebeveynlik öz yeterlik algısına sahip annelerin çocuklarına uygun çevresel ortamlar oluşturdukları ve daha az cezalandırıcı oldukları, bebeklerinin verdikleri işaretlere daha duyarlı oldukları, bebekleriyle etkileşimde etkin ve sorumluluk alan anneler oldukları belirtilmektedir (89). Bu annelerin bebekleriyle iletişimde duyarlı ve içten oldukları ve sorumluluk duygusuyla hareket ettikleri ayrıca vurgulanmıştır (77). Annelerin ebeveyn öz yeterlik algıları ile bebeklerin bilişsel gelişimleri arasında ilişkinin de araştırmalara konu edildiği yapılan inceleme sonucu görülmüştür. Ebeveyn öz yeterliğinin çocuğa sağlanan bakımın kalitesi üzerinde doğrudan etkili olduğu, öz yeterliğin gelişmiş olmasıyla anne-bebek etkileşiminin niteliğinin yüksek olması arasında ilişkinin varlığı ortaya konmuştur (119). Bu araştırmada annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamaları ile annelerin çocuklarına anne sütü verme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 36). Anne sütü vermeyen annelerde disiplin-kısıtlama yapma grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü.

Çocuğun bilişsel ve akademik gelişiminin sağlanabilmesinde erken çocuklukta evde öğrenme ortamının uygun olmasının önem taşıdığı ve yüksek ebeveyn öz yeterliği olan ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte evde öğrenme ortamlarına daha yüksek düzeyde katılım gösterdikleri belirtilmektedir (90). Coleman'a göre, ebeveynlik yeterlikleriyle bebeklerin zihinsel gelişim puanları arasında olumlu bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Buna göre, anne babaların uygun anne babalık davranışları sergileme düzeyleri arttıkça çocukların bilişsel gelişimi de paralel olarak artmaktadır. Özyeterliğin, çocuğun gelişimsel çıktılarıyla ebeveynlik arasında aracı işlevi gördüğü ve ebeveynlik etkinliklerine özgü öz yeterlik düzeyinin artışının çocukların bilişsel gelişimine de olumlu katkı sağladığı gösterilmiştir (78,83). Bu araştırmada



annelerin çocukları beslemeden önce el yıkama alışkanlığı ile annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından disiplin-kısıtlama yapma ve öğretme arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 36-37). Ara sıra el yıkayan annelerin disiplin-kısıtlama yapma ve öğretme grup alt puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Küçüker ve ark. (120) çalışmasında anne babaların çocuklarının bir şey yapmasını sağlamaya yönelik ısrar edici davranışlarıyla, bir şey yapmamasını sağlamaya yönelik zorlayıcı, kontrol edici davranışlarının sıklığında artma görülmemiş, yapılan başka bir çalışmada etkileşimde annenin aşırı yönlendirici ve baskın olmasının, çocuğun gelişimiyle ve davranışlarıyla olumsuz yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (120). Harty, Alant ve Uys (114) iletişim yetersizliği olan çocukların alıcı dil düzeyleriyle annelerin disipline ve öğretime ilişkin öz yeterlikleri arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır. Çocukların alıcı dil yeterlikleri düştükçe annelerde kendilerini daha yetersiz hissetmektedirler. Ebeveynlikle ilgili olarak ebeveyn öz yeterliğinin ebeveynlerin davranışlarını ve stres düzeylerini etkilediği belirtilmiştir (114).

Litaratürde anne baba tutumunda koruyucu tutum daha çok anne ve çocuk arasında gözlenir. Her türlü kararı çocuk yerine aile alır. Geç kavuşulan, aşırı istenilen, tek çocuk, tek erkek veya kız çocuk gibi çocuklar genellikle abartılmış sevginin odak noktası olurlar. Bu tip anne babalar çocuklarını el bebek gül bebek büyütürler. Adeta kucaktan yere indirmezler. Genellikle bu tür çocuklar erken konuşup geç yürürler. Aile tarafından çocuğun her çağrısına cevap verilir. Koruyucu tutumla yetişen çocuklar aşırı bağımlı, özgüveni gelişmemiştir. Sosyal gelişimi zedelenir, toplum tarafından kabulü zorlaşır kendini gruba kabul ettirmek için isyankar olabilir, tek başına kararlar alamaz (121). Bu araştırmada annelerin özyeterlik ölçeği alt grup puan ortalamalarından koruma ve oyun ile çocukların ishal olduğunda başkasında ishal olma durumu diğer alt grup puan ortalamalarına göre daha yüksek bulundu ( $p>0.05$ ) (Tablo 38). Ayrıca daha önce hastalık geçiren çocuğu olan annelerin duygusal yeterliğinin daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 39).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

Edirne ili merkez hastanelerinde 0-3 yaş grubu gastroenterit olan çocukların annelerinin hastaneye getirmeden öne evde yaptıkları uygulamalar ve özyeterlik düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bu çalışma sonuçları şöyle sıralanabilir:

#### Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler

Araştırma grubundaki çocukların aylara göre yaş ortalamasının  $9.14 \pm 8.18$  (min:0ay, max:36ay), yarısından çoğunun erkek (%54.6) ve yarıya yakınının 0-6 ay arasında (%42.8) olduğu,

Annelerin yaş ortalamasının  $26.73 \pm 5.08$  (min:17, max:36), yarıya yakınının (%33.8) 25-29 yaş grubunda ve ortaokul mezunu (%40.9), çoğunluğunun çalışmıyor/ev hanımı (%69.5) olduğu,

Ailelerin yarısından çoğunun şehirde (%76.2), SSK güvencesine sahip (%61.7), aylık gelirlerinin orta düzeyde (%75.8) ve çekirdek aile yapısında (%92.6), yarıya yakınının (%43.1) 3 nüfuslu yaşadığı,

Çalışma grubundaki çocukların çoğunluğuna çocuğun annesi tarafından bakıldığı (%76.2), ailelerin 1 çocuklu aile (%44.2) ve bu çocuğun ailedeki ilk çocuk (%43.9) olduğu,

Ailelerin büyük çoğunun kaybedilen (ölen) çocuklarının olmadığı (%94.4), kaybedilen (ölen) çocuğa sahip ailelerin de çocuğunun ölüm nedeninin yarıya yakınının erken doğum (%39.3) ve ishale bağlı (%33.9) olduğu bulundu.

### **İshal Oluşumuna Zemin Hazırlayabilecek Faktörler**

Araştırma grubundaki ailelerin yarıya yakınının beslenme biçimi için komşulara/büyüklerle ve hemşire/doktora başvurduğu (sırasıyla %37.6, %37), çocukların anne sütü ve ek gıda (%42.8) aldığı, biberonla beslendiği (%35.5) ve 2-4 ay yalnızca anne sütü aldığı (%45),

Ailelerin besinlerini satın aldığı kaptan ve plastik kaplarda (sırasıyla %34.2, %34.1), mutfak ve buzdolabında (sırasıyla %40.1, %40.1) ve yarıdan fazlasının konserve yaparak (%60.1) sakladığı,

Ailelerin yarıya yakınının beslenmeden önce ara sıra (%43.9), yarıdan fazlasının tuvaletten önce ara sıra (%58.0) ve tuvaletten sonra her zaman (%68.8) ellerini yıkadığı,

Ailelerin içme suyunun musluktan kaynatmadan (%36.1) temin ettiği, su kaynağının şebeke suyu (%99.6) ve helanın kanalizasyona bağlı (%99.3), tuvalette musluğu (%98.9) ve lavabosu (%99.3) olduğu ve tuvalet kağıdı (%98.5) kullandığı,

Ailelerin ishal varlığının üçüncü günü çocuğunu hastaneye götürdüğü (%49.4), çocuğunun daha önce en az bir hastalık geçirdiği (%62.5), çocuğun aşılarını tam zamanında yaptırdığı (%91.4) ve normal sağlık kontrollerine götürdüğü (%100),

Çocuğun ateşi olduğunda, ailelerin dokunarak ve genel görünümünden ateşi anladığı (sırasıyla %46.8, %46.7), ateşlendiğinde giysilerini çıkarma ve ılık kompres uygulama yöntemlerini kullandıkları (sırasıyla %45.4, %43.2),

Çocukların ilk kez ishal olduğu (%64.3), son bir ayda hiç ishal olmadığı (%86.6) ve çocuk ishal olduğunda ailede başka birinde/birlerinde ishal olmadığı (%94.4),

Çocukların dışkı miktarında artma (%59.1), kokusuz (%58.7) ve sarı renkte dışkılaması (%45.7) olduğu,

Ailelerin çocukların ishal oldukları zaman en fazla su, muz, yoğurt ve çorba (sırasıyla %92.5, %77.5, %77.5, %42.9) verdikleri,

Ailelerin ishal durumunda çocuğa sıvı gıdaların fazla verilmesi (%90.7), emzirmeye devam edilmesi (%95.5) gerektiğini bildiği, ve büyük çoğunluğunun da ORS'yi bildiği (%81.8) ancak vermediği (%72.9) bulundu.

### **Çocuğun İshal Olmasında Etkili Etmenler**

0-6 aylık çocukların son bir ayda ishal olma oranı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu (p<0.05),

Cinsiyette kız çocuklarının (%58.3), doğumda 3000-3400 kilo (%38.9) ve boyları 46-50 cm (%61.1) olanların son bir ayda daha fazla ishal olduğu (p>0.05),

20-24 yaş grubunda (%38.9), ortaokul mezunu (%41.6) ve çalışmıyor/ev hanımı (%77.8) olan annelerin çocuklarının son bir ayda ishal olma durumunun daha yüksek olduğu ( $p>0.05$ ),

Şehirde yaşayan (%75.1), çekirdek aile tipine (%83.3) ve orta sosyoekonomik düzeye sahip (%91.6) olan ailelerin çocuklarının son bir ayda daha fazla ishal olduğu ( $p>0.05$ ),

Beslenme biçimi için hemşire/doktora (%35.9) ve büyükler/komşulara (%35.9) başvuru alan, beslenme şekli anne sütü ve ek gıda (%50.0) olan ve biberon ile (%37.6) beslenen çocukların son bir ayda daha fazla ishal olduğu ( $p>0.05$ ),

Anne sütü alan çocukların çoğunun (%97.4) son bir ayda ishal olmadığı ( $p>0.05$ ),

2-4 ay yalnızca anne sütü ile beslenen çocuklarının (%47.2) son bir ayda ishal olmadığı ( $p<0.05$ ),

Konserve yaparak besinleri saklayan (%61.2) annelerin çocuklarının son bir ayda daha fazla ishal olduğu ( $p>0.05$ ),

Beslenmeden önce her zaman el yıkayanların annelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, arasıra yıkayanların (%52.8) ve yıkamayanların (%38.9) son bir ayda ishal oldukları ( $p<0.05$ ),

Damacanadan içme suyu temin eden ailelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, musluktan kaynatarak (%55.5) ve musluktan kaynatmadan (%45.5) su temin eden ailelerin çocuklarının son bir ayda ishal oldukları ( $p<0.05$ ),

Tuvaletten önce her zaman el yıkayanların annelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı, yıkamayan, arasıra ve çoğunlukla yıkayanların (sırasıyla %33.3, %33.3, %33.4) son bir ayda ishal oldukları ( $p<0.05$ ),

Daha önce hastalık geçiren çocukların (%80.6), daha önce hastalık geçirmeyen çocuklara göre son bir ayda daha fazla ishal olduğu tespit edildi ( $p<0.05$ ).

### **Annelerin Özyeterlik Düzeyleri**

Araştırmadaki annelerin özyeterlik ölçeğinin alt gruplarından aldıkları puanların ortalama değerlerin  $24.98\pm 1.21$  ile  $35.30\pm 3.87$  ve Cronbach alfa katsayısının  $\alpha=0,960$  ile  $\alpha=0,041$  arasında değiştiği,

25-29 yaş grubunda olan annelerin duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),

Annelerin eğitim ve meslek, ailelerin yaşadıkları bölge, aile tipleri, sosyoekonomik durumu, kaybedilen çocuk olması, ailedeki çocuk sayısı ve ailedeki nüfusa göre dağılımında annelerin duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $p>0.05$ ),

Çocuğun cinsiyet, yaşlarına ve son bir ayda ishal olma durumunda göre dağılımında annelerin duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $p>0.05$ ),

Anne sütü vermeyen annelerde disiplin-kısıtlama yapma grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0.05$ ).

Ara sıra el yıkayan annelerin disiplin-kısıtlama yapma ve öğretme grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),

Çocukların ishal olduğunda başkasında da ishal olan annelerin koruma ve oyun grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $p>0.05$ ),

Daha önce hastalık geçiren çocuğu olan annelerin duygusal yeterliğinin daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

### **ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI**

Annelerle yapılan görüşmeler sırasında, çocuğun hastanede tedavisinin devam ediyor olması,

Çocuğun bakım, hijyen, beslenme, uyku düzeni gibi birincil ihtiyaçlarının tamamen anneye bağlı olması,

Hasta odasında bulunan diğer hasta ve hasta yakınları, çalışmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

### **ÖNERİLER**

Bu sonuçlar ve sınırlılıklar çerçevesinde öneriler;

Özellikle risk grubu altındaki ailelere (sosyoekonomik durumu ve eğitim durumu düşük, sosyodemografik açıdan olumsuz koşullarda bulunan, gecekondü semti vb. ) ağırlık vermek üzere tüm ailelere DSÖ ve UNİSEF'in değerlendirmeleri göz önünde bulundurularak ishalleri hastalıklardan korunma stratejileri, ishalleri hastalıkların belirtileri ve evde uygulanabilecek tedavi yaklaşımları ile ishalleri çocuğun bakımı hakkında eğitim verilmelidir.

Dünyada el yıkama istenildiği kadar yaygın bir alışkanlık değildir. Ellerin sabunla yıkanması, ishalleri ve buna bağlı ölümleri önlemede başvurulabilecek en etkin yoldur. Çocuklar, etkili sanitasyon imkânlarının olmayışı ve yetersiz hijyenin yol açtığı hastalıklara son derece açık durumdadır. Aileler ve bireyler ellerini sabunla yıkayarak çocuklardaki ishal vakalarının oranını azaltabilirler. Özellikle tuvaletten sonra ve yemeğe oturmadan önce ellerin sabunla yıkanması sağlık, yaşam ve çocuk ölümleri üzerinde etkili olabilir. İkinci basamakta görev yapan hemşireler, diğer sağlık personelleriyle beraber ellerin

sabunla yıkanması konusunda duyarlılık geliştirilmesi ve ailelere daha gelişkin hijyen uygulamalarını öğrettikten sonra, ailelerin bu mesajları evlerine taşıyarak değişimin öznelere olarak hareket etmelerini sağlamalıdır.

Anne sütü ile beslenmenin yaygınlaştırılması, anne sütü alan bebeklerin daha sık olarak emzirilmeye devam edilmesi, anne sütü almayan bebeklerin ise normalde aldıkları süt veya mamalarla öğün sayısı arttırılarak, beslenmelerine devam edilmesi sağlanmalıdır. İshalde ORS kullanımının yaygınlaştırılması için ailelere ORS'nin avantajları, etkileri, kullanımı ve temini hakkında bilgi verilmelidir.

Ailelere uygun beslenme eğitimi, gerekli durumlarda ise besinlerin zenginleştirilmesi (fortifikasyon) veya diyetin geliştirilmesi (improvement) yaklaşımları, .mikronütrient (demir, çinko, gibi) desteği diğer sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği yapılarak sağlanmalıdır.

Aşıların geliştirilmesi ve giderek daha düzenli bir şekilde uygulanması sonucunda, özellikle çocukluk dönemi hastalıklarının sıklığı, sakatlık ve ölümler oldukça azalmıştır. Aşı ile korunulabilen hastalıklara karşı aşı yaptırılmaları ve ücretsiz aşılama programına dahil olan aşıların sayısının artırılması için yapılan çalışmalara katılım desteklenmelidir.

Salgın sırasında, kişisel hijyenin, su hijyeninin ve besin hijyeninin sağlanması, atıkların uygun şekilde uzaklaştırılması, hayvanların su havzalarını kirletmelerinin önlenmesi, sineklerin kontrolü gibi müdahaleler yapılırken hastaların tedavisi, temaslıların korunması, taşıyıcıların ortaya çıkarılması gerekir. Bunun için de işleyen bir sörveyans sistemi sağlanmalıdır.

Çocuk gereksinimlerini karşılanması için tamamen anne ve babasına bağımlıdır. Bu dönemde anne babanın pozitif anne babalık becerilerine sahip olmaları ve çocuklarını bilinçli bir şekilde desteklemeleri için aileler teşvik edilmelidir.

Çocuk gelişimi ile ilgili erken dönemdeki bilgi düzeyi anne-babalık davranışının kalitesini olumlu etkilediği bilinmektedir bu nedenle anne babaların bilgi düzeyinin eğitim programları ile desteklenmelidir.

Annelere ihtiyaçları doğrultusunda verilen grup eğitiminin annelerin özyeterliliklerine ve çocuklarının gelişim puanlarına göre verilen eğitim programının uzun dönemdeki etkilerini görmek amacıyla eğitim verilen gruba belirli aralıklarla aynı ölçme araçları tekrar uygulanabilir.

## ÖZET

Bu araştırma Edirne Merkez'deki Hastanelerin Çocuk Servislerine Gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş grubu çocukların annelerinin bilgi düzeylerini, evde yaptıkları uygulamaları ve annelerin analık görevlerinde öz yeterliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı..

Araştırma grubunu, yaş ortalaması  $26.73 \pm 5.08$  (min:17, max:36), yarıya yakını 25-29 yaş grubunda (%33.8) ve ortaokul mezunu (%40.9), çoğunluğu çalışmıyor/ev hanımı (%69.5) olan anneler oluşturdu.

Gruptaki çocukların aylara göre yaş ortalaması  $9.14 \pm 8.18$  (min:0ay, max:36ay), yarısından çoğu erkek (%54.6) ve yarıya yakını 0-6 ay arasında (%42.8) idi.

Çocukların yarısından çoğunun ilk kez ishal olduğu (%64.3), ailelerin çocuklara ishal olduğu zaman en fazla su, muz , yoğurt ve çorba (sırasıyla %92.5, %77.5, %77.5, %42.9) verdikleri, annelerin çocuğa sıvı gıdaların fazla verilmesi (%90.7), emzirmeye devam edilmesi (%95.5) gerektiğini bildiği ve büyük çoğunluğunun da ORS'yi bildiği (%81.8) ancak vermediği (%72.9) bulundu.

0-6 aylık , kız çocuğu (%58.3), doğumda 3000-3400 gram (%38.9) ve boyları 46-50 cm (%61.1) olan, biberon ile (%37.6) beslenen, daha önce hastalık geçiren (%80.6) ve anneleri 20-24 yaş grubunda (%38.9), ortaokul mezunu (%41.6) ve çalışmıyor/ev hanımı (%77.8) olan çocukların diğer gruplara göre son bir ayda ishal olma durumunun daha fazla olduğu tespit edildi ( $p < 0.05$ ).

Anne sütü alan çocukların çoğunun (%97.4), 2-4 ay yalnızca anne sütü ile beslenen çocuklarının yarıya yakınının (%47.2) son bir ayda ishal olmadığı, beslenmeden önce ve

tuvaletten önce her zaman el yıkayan ve damacanadan içme suyu temin eden ailelerin çocuklarının son bir ayda hiç ishal olmadığı bulundu ( $p<0.005$ ).

25-29 yaş grubunda olan annelerin duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0.05$ ).

İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte annelerin eğitim ve meslek, yaşadıkları bölge, aile tipleri, sosyoekonomik durumu, kaybedilen çocuk olması, ailedeki çocuk sayısı ve nüfus, çocuğun cinsiyet, yaş ve son bir ayda ishal olma durumuna göre dağılımlarının annelerin özyeterlik gruplarından duyarlı tepki verme, bakım-ilgi değer verme grup puan ortalaması ile çocukların ishal olduğunda başkasında da ishal olan annelerin koruma ve oyun grup puan ortalamasının, diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p>0.05$ ).

Anne sütü vermeyen annelerde, annelerin özyeterlik gruplarından disiplin-kısıtlama yapma grup puan ortalamasının, ara sıra el yıkayan annelerin disiplin-kısıtlama yapma ve öğretme grup puan ortalamasının, daha önce hastalık geçiren çocuğu olan annelerin duygusal yeterlik grup puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0.05$ ).

Araştırmadaki annelerin özyeterlik ölçeğin alt gruplarından aldıkları puanların ortalama değerlerin  $24.98\pm 1.21$  ile  $35.30\pm 3.87$  ve Cronbach alfa katsayısının  $\alpha=0,960$  ile  $\alpha=0,041$  arasında değiştiği tespit edildi.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuklarda İshal, Evde Bakım, Özyeterlik Ölçeği



# **CHILDREN'S SERVICES WITH A DIAGNOSIS OF GASTROENTERITIS ADMITTED TO HOSPITALS IN THE CENTER OF EDIRNE FROM 0 TO 3 AGE GROUP OF MOTHERS OF CHILDREN AT HOME, THEIR APPLICATIONS, INFORMATION AND SELF-EFFICACY LEVELS**

## **SUMMARY**

Hospitals in the center with a diagnosis of gastroenteritis admitted to Children's Services in Edirne, this research group of mothers of children 0-3 years of knowledge, and mothers' child-care duties at home, their applications and cross-sectional descriptive study to determine whether self-competence as planned.

Research group, the mean age of  $26.73 \pm 5.08$  (min: 17, max: 36), nearly half of the 25-29 age group (33.8%) and secondary school graduates (40.9%), majority of the work / housewife (69.5%) mothers who created.

The mean age of the group of children for each month,  $9.14 \pm 8.18$  (min: 0ay, max: 36ay), more than half of men (54.6%) and almost half of 0-6 months (42.8%), respectively.

The first time in more than half of the children had diarrhea (64.3%), families with children up to the water when there is diarrhea, banana, yogurt and soups (respectively 21.1%, 17.6%, 17.6%, 10.9%), their mothers give the child more than liquid foods (% 90.7), to continue to breastfeed (95.5%), and he knew that he knew the majority of the ORS (81.8%) but did not (72.9%) were found.

0-6 months, girls (58.3%), 3000-3400 grams at birth (38.9%) and 46-50 cm in length (61.1%) which, with a bottle (37.6%) fed, who had earlier disease (80.6%) and mothers 20-24 years age group (38.9%), secondary school graduates (41.6%) and work / housewife (77.8%) compared to other groups of children with diarrhea being the last one month the state was found to be higher ( $p < 0.05$ ).

The majority of children breastfed (97.4%), 2-4 months in breast-fed their children only by almost half (47.2%), diarrhea is not the last one month, before being fed and a toilet, hand washing before and each time that provides drinking water for children from families of polycarbonates there is no runs in one month ( $p < 0.005$ ).

25-29 age group to react with sensitive mothers, care-interest is worth more than the average score of the group ( $p < 0.05$ ).

Although not statistically significant, mothers' education and occupation, their region, family type, socioeconomic status, have lost children, the number of children in the family and population, the child's gender, age, and diarrhea within the last month the state of being sensitive to the distribution of mothers responding to self-efficacy groups, mothers of children with diarrhea in the protection and the game runs at another when the average score of the group, valuing nursing-interest group scores were higher than average compared to other groups ( $p > 0.05$ ).

Mothers do not breast milk, mothers' discipline, self-efficacy-restraint to groups, the average score of the group, barring the occasional hand-washing to the discipline and teaching mothers the average score of the group, before the disease emotional competence in children of mothers who were found to be more than the average score of the group ( $p < 0.05$ ).

Their mothers' self-efficacy scale scores of the survey sub-groups with average values of  $24.98 \pm 1.21$   $35.30 \pm 3.87$  and Cronbach's alpha coefficient was found to vary between  $\alpha = 0.960$   $\alpha = 0.041$ .

**Key Words:** Diarrhea in Children, Home Care, Self-efficacy Scale

## KAYNAKLAR

1. Palanduz A. Gastrointestinal Enfeksiyon Etkenleri Ve Neden Oldukları Klinik Tablolar, Çocuk Enfeksiyonları Dergisi 2009; 3(1): 116-118.
2. <http://tippedu.cumhuriyet.edu.tr/Donem3/KomiteIVGastrointestinalveHematopoetikSistemler/Pediatric/OmerCevit/Gastroenterit.doc>. Çocukluk Çağı İshalleri Gastroenteritler (Erişim tarihi: 03.11.2009).
3. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu\\_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü (Erişim tarihi:28.08.2010).
4. [http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocuk/ders\\_konulari/4.sınıf/erdal\\_gokcay/oralrehidrasyonsivitedavisi.doc](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocuk/ders_konulari/4.sınıf/erdal_gokcay/oralrehidrasyonsivitedavisi.doc). Oral Rehidratasyon Sıvı Tedavisi (Erişim tarihi: 22.06.2009)
5. <http://www.health.nsw.gov.au/factsheets/infectious/gastroenteritis.html>. Gastroenteritis (Erişim tarihi:12.08.2010).
6. Öztürk R. Akut İshal, Etiyoloji, Patogenez, Tanı ve Tedavi , İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar I, Enfeksiyon Hastalıkları, Romatizmal Hastalıklar, Afetlerde Azimle Yaralanmaları Sempozyum Dizisi No: 55, Ocak. 2007;175-194.
7. Saç R, Dallar Y, Sarıyıldız E, Aral Y. Z, Acar B. Akut Gastroenteritli Çocuklarda Klinikte Varsayılan Ve Gerçek Dehidratasyonun Karşılaştırılması Araştırma Makalesi. Ege Tıp Dergisi 2008;47(3):187-192.
8. Yardım N, Mollahliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N. TC Sağlık Bakanlığı 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek. Ankara: 2007. s.60-142.

9. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/nbd\\_cilt28\\_29/tezcan-eryurt.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/nbd_cilt28_29/tezcan-eryurt.pdf). Türkiye’de İç Göç ve Kadın Sağlığı (Erişim tarihi:01.04.2010).
10. Özkan A. Çocukluk Çağı Akut Gastroenterit Olgularında Etyolojik Ajanların Belirlenmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2005.
11. <http://www.spf.boun.edu.tr/docs/MAHALLE%20KRESLERI%20%20ARASTIRMA%20RAPORU.pdf>. Türkiye’de Çocuk Bakım Hizmetlerinin Yaygınlaşmasına Yönelik Bir Öneri: Mahalle Kreşleri (Erişim tarihi:09.10.2010).
12. Aksoy V, Diken İ. H. Annelerin Ebeveynlik Özyeterlik Algıları İle Gelişimi Risk Altında Olan Bebeklerin Gelişimleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Araştırmalara Bir Bakış. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2009;10(1):59-68.
13. Elibol F. 12-36 Aylar Arasında Çocukları Olan Annelere Verilen Grup Eğitiminin Annelerin Anne-Babalık Görevlerinde Özyeterliklerine Yönelik Katkısının İncelenmesi (tez). Hacettepe Üniversitesi; Ankara, 2007.
14. <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/p/cp46.pdf>. Dünya Çocuklarının Durumu 2008 (Erişim tarihi:21.06.2010).
15. [http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik\\_istatistikleri2008.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf). Sağlık İstatistiği Yıllığı 2008 (Erişim tarihi:22.05.2010).
16. Etiler N. İshalli Hastalıklar Epidemiyolojisi Ve Kontrolü. Sted, 2000;9(8):14-16.
17. Taşar A. M , Ağızdan Sıvı Tedavisi. Klinik Pediatri, Ankara, 2003; 2(2):52-58.
18. Energin M, Ünal E, Kaya Ü, Baysal T, Köksal Y, İslı İ. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Çocuk Hastaların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Selçuk Tıp Dergisi, 2007;23:69-75.
19. Öktem S, Tokuç G, Şimşek Ş, Zeren M, Bostan Ö, Boran P, Tutar E, Ağzıkuru S, Ketenci Ö. Akut Gastroenteritli Olgularımızın Değerlendirilmesi. Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2004;15(3):147-150.
20. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan A.K, Ünüvar N, Aydın S (Ed). T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007. Ankara, 2007;23(2):69-75.
21. Sıdal M. Çocuklarda İshale Klinik Yaklaşım. ANKEM Dergisi, 2006; 20(2):135-138.
22. Arısoy S. E (Ed). T.C. Sağlık Bakanlığı 1. Basamağa Yönelik Tanı Ve Tedavi Rehberleri. 2.Basım, 2003;209-212.
23. Uzunismail H. Kronik İshalli Hastaya Yaklaşım. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’ De Sık Karşılaşılan Hastalıklar II, Sindirim

- Sistemi Hastalıkları Akciğer Kanserine Güncel Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 58 Kasım, 2007;59-68.
24. Bozdemir N.M, Kuk S, Yıldız M, Ateş Çelik M, Baştürk M, Kılıçaslan İ. Acil Servise Bşvuran İshalli Hastaların Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi Klinik Araştırma 2007;12(2):118-120.
25. Öztürk R, Akut Diyare. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastarointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul. 11-12 Ocak, 2001;27-56.
26. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne Ve Çocuk Beslenmesi. Ankara, 2006;101-139.
27. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006;905-913.
28. Özkasap S, Yıldırım A, Yüksel S. Akut Gastroenterit ve Tedavisi. Klinik Pediatri, Ankara, 2004;3(1):12-18.
29. Çullu F. Çocukluk Çağında Akut İshaller Ve Antibiyotik Tedavisi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Çocuklarda Akılcı Antibiyotik Kullanımı Sempozyum Dizisi No: 33 Aralık, 2002;59-76.
30. Gül M, Garip Arıncı M, Çıragil P, Aral M, Karabiber H, Güler İ. 0-5 Yaş Arası Gastroenteritli Çocuklarda Rotavirüs ve Adenovirüs Tıp 40/41 Araştırılması. ANKEM Dergisi 2005;19(2):64-67.
31. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/34.pdf>. Acilde Gastroenteritler (Erişim tarihi: 12.03.2010).
32. Biçer S, Şahin G.T, Koncay B, Gemici H, Engerek N, Ulucaklı Ö, Özlü N, Şiraneci R. Çocuklarda Adenovirüs Gastroenteriti Olgularının Sıklığı. Bakırköy Tıp Dergisi Araştırmalar, 2009;5:6-10.
33. Biçer S, Bezen D, Sezer S, Yavuzcan D, Akpınar Tekgündüz S, Ulucaklı Ö, Engerek N, Aldemir H. Acil Çocuk Servisindeki Kut Gastroenterit Olgularında Potavirüs Ve Adenovirüs İnfeksiyonları. ANKEM Dergisi 2006;20(4):206-209.
34. Yurdakök M. Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Sağlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005;48:203-205.
35. Biçer S, Ulucaklı Ö, Yüce O, Sezer S, Tombulca N, Engerek N, Aldemir H. Acil Çocuk Servisindeki Akut Gastro Enterit Vakaları Arasında Rotavirüs Enfeksiyonları. Klimik 2005 XII. Türk Klinik Mikrobiyoloji Ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi, Kasım 2005.

36. Bulut Y, İşeri L, Ağel E, Durmaz B. Akut Gastroenterit Öntanlı Çocuklarda Rotavirüs Pozitifliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;10(3):143-145.
37. Akıncı N, Erener Ercan T, Yalman N, Eren A, Severge B, Ercan G. Akut Gastroenteritli Çocuklarda Adenovirüs Ve Rotavirüs. Çocuk Enfeksiyonları Dergisi 2007;1:98-101.
38. [http://www.nhs.uk/translationturkish/Documents/Norovirus\\_Turkish\\_FINAL.pdf](http://www.nhs.uk/translationturkish/Documents/Norovirus_Turkish_FINAL.pdf) Norovirus (Erişim tarihi: 22.04.2010).
39. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/enfeksiyon/kitaplar/age/AGE-Part3.htm>. Akut Diyareli Hastaya Yaklaşım (Erişim tarihi:04.04.2010).
40. Esen Ş. Akut Gstroenteritli Hastaya Yaklaşım, Akut Gastroenterit, İnfeksiyon, 2001;55-64.
41. Ekşi F, Karslıgil T, Byram A. Çocukluk Yaş Grubu İshallerinde Escherichia Coli 0157: H 7'nin Araştırılması Van Tıp Dergisi 2007;14(1):15-18.
42. Bennish M, Bhan M. K., Golden H. N, Mahalanabis D, Miller L. T, Salazar E. The Treathment Of Diarrhoea, Department Of Child And Adolescent Health And Devalopment WHO/ FCH/ CAH; 2003.
43. Dalgıç B. Çocukluk Çağı Kronik İshal Etyolojisinde Parazit Ve Mantar Enfeksiyonları. Sted, 2002;11(9);340-342.
44. Rota S, Fidan I. Noninflamatuvar İshallerin Patogenezi. Türk Mikrobiyol Cem Derg, 2007;37(4):234-241.
45. Öztürk R. Akut İnfeksiöz İshaller , İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Akılcı Antibiyotik Kullanımı Ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi No: 31 Kasım 2002;195-224.
46. Uzunismail H. Kronik Diyare. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul: 11-12 Ocak 2001;57-69.
47. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/enfeksiyon/kitaplar/age/AGE-Part4.htm>. Akut Gastroenteritlerde Tanı (Erişim tarihi:09.05.2010).
48. Eroğlu C. Akut İshalli Hastaya Yaklaşım. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri,Toplumdan Edinilmiş İnfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar, Sempozyum Dizisi No : 61, Şubat 2008;171-178.
49. Demiral T. Akut İnfesiyöz İshallere Yaklaşım. Sted 2002;11(6):206-208.
50. T. C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, İshal Modül Eğitimi Katılımcı Kitabı, 2003.

51. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 7. Baskı, Ankara. 2004;2:225-235.
52. Aydın A. Çocuklarda Dehidrasyonun Klinik Ve Laboratuvar Bulgularını Değerlendirilmesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller Sempozyumu İstanbul: 14-15 Haziran 2001;145-153.
53. Ayaz C, Öngen B, Sıdal M. Barsak İnfeksiyonlarının Tanı Ve İzleminde Laboratuvar Yöntemlerinin Akılcı Kullanımı: Gastroenterit. ANKEM Dergisi 2006;20(2):121-144.
54. Kutlu T. İshal Çocuğun Beslenmesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller, Sempozyum Dizisi No:57, Nisan 2007;87-94.
55. Kutlu T. İshalli Çocuğun Beslenmesi ve Oral Rehidrasyon Tedavisi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Pediatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul. 2001;155-164.
56. Judd J. WHO / UNİCEF Joined Statement , Cilinical Manegement Of Acute Diarrhoea, 2004.
57. Çam H. İntravenöz Sıvı Tedavisi – Genel Tedavi Yaklaşımı , İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller Sempozyumu İstanbul 14-15 Haziran 2001;165-175.
58. Mott S. Nursing Care of Children and Families. Second Edition, Cummingg Publishing Company. Inc. New York, California, Sydney: 1990.
59. Nelson N.P, Beckel J. (Ed). Nursing Care Plans fort he Pediatric Patient. The C.V. Mosby Company. St. Louis, Toronto:1987.
60. Uzunismail H, Kronik İshalli Hastaya Yaklaşım. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastroentolojide Klinik Yaklaşım Sempozyum Dizisi No:38, Mart 2004;111-119.
61. Memeşa A, Özkan T, Özeke T. Çocuklarda Kronik İshale Tanı Yaklaşımları, Güncel Pediatri 2004;2:124-130.
62. Dalgıç B, Çocukluk Çağı Kronik İshallerinde Beslenme, Güncel Pediatri 2004;2:119-121.
63. Irmak H. Sularla İlişkili Hastalıklar. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı. Ankara: Ekim 2006;3-53.
64. <http://www.unicef.org.tr/tr/content/article/227/2008-10-15-cocuklarin-yasamini-kurtarma-ugrasinda-el-yikama-hayati-oneme-sahip.html>. Çocukların Yaşamını Kurtarmadan El Yıkamanın Önemi (Erişim tarihi:14.09.2010).

65. Yaşar İ, Ozanözü Z, Horzum E, Göktaş E, Karaodul G, Çobanoğlu N. T.C Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Ve Korunma Modülleri Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Ankara, 2008.
66. Akata F. Seyahat İshali. ANKEM Dergisi 2003;17(3):221-224.
67. Guarino A, Lo Vecchio A, Canani R. B. İshalin Önlenmesi Ve Tedavisinde Probiyotikler. Current Opinion İn Gastroenteroloji, Türkçe Baskı 2009;2(2):59-65.
68. Salman N. Rotavirüs Aşılı. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2008;2(2):35-38.
69. Kurugöl Z. Rotavirüs Aşılı. Çocuk Enfeksiyonları Dergisi 2007;1(1):76-82.
70. <http://zehirlenme./2007/10/asilama-asi-turleri-bcg-karma-asi.html>. Aşılama (Erişim tarihi:29.03.2010).
71. [http://www.unicef.org/turkey/pdf/\\_dcd05.pdf](http://www.unicef.org/turkey/pdf/_dcd05.pdf). Dünya Çocuklarının Durumu 2005 (Erişim tarihi:04.02.2010).
72. [http://www.unicef.org/turkey/pdf/\\_dcd04.pdf](http://www.unicef.org/turkey/pdf/_dcd04.pdf). Dünya Çocuklarının Durumu 2004 (Erişim tarihi:04.02.2010).
73. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 1982;32(2):122–147.
74. Bandura A, Self-efficacy: The exercise of control. Freeman: New York:1997.
75. Coleman P.K, Karraker K.H. Self efficacy and parenting quality findings and future applications. Developmental Review, 1997;18:47-85.
76. Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Pres. 1994.
77. Teti D. M, Gelfand D. M. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the meditational role of maternal self-efficacy. Child Development, 1991;62:918-929.
78. Coleman P. K. Maternal self-efficacy beliefs as predictors of parenting competence and toddlers' emotional, social, and cognitive development. Unpublished doctoral dissertation, the Eberly College of Arts and Sciences. West Virginia University, Morgantown.1998.
79. Hassall R, Rose J, McDonald J. Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. Journal of Intellectual Disability Research, 2005;49(6):405-418.



80. Montigny F, Lacharite C. Nursing theory and concept development or analysis perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2005;49(4):387-396.
81. Weaver C. M, Shaw D. S, Dishion T. J, Wilson M. N. Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression, 2008.
82. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In *Self-efficacy beliefs of adolescent*, Pajares F. & Urdan T. (Eds.) USA: Information Age Publishing; 2006.
83. Coleman P.K. Maternal self-efficacy beliefs competence in parenting and toddler's behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 2003;24(2):126-148.
84. Raikes A.H, Thompson R. A. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 2005;26(3):177-190.
85. [http://www.facs.gov.au/family/early\\_childhood\\_pip/volume2/sec3.htm](http://www.facs.gov.au/family/early_childhood_pip/volume2/sec3.htm). Centre for Community Child Health. (2004). Parenting Information Project. Department of Family and Community Services, Australian Government (Erişim tarihi: 15.01.2010).
86. Coleman P.K, Trent A, Bryan S, King B, Rogers N, Nazır. M. Parenting behavior mothers' self-efficacy beliefs and toddler performance on Bayley scales of infant development. *Early Child Development and Care*, 2002;172(2):123-140.
87. Holloway S. D, Suzuki S, Yamamoto Y, Behrens K. Y. Parenting self-efficacy among Japanese mothers. *Journal of Comparative Family Studies*, 2005;36(1):61-76.
88. Luebering A. The relationship between perceived parental self-efficacy and childrearing beliefs among first-time mothers of infant. Paper presented at the biennial meeting of the society for research in child development. Indianapolis, IN; March 30-April 2; 1995.
89. Coleman P. K, Karraker K. H, Parenting self-efficacy among mother of school-age children: conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 2000;49:13-24.
90. Machida S, Taylor A. R, Kim J. The role of maternal beliefs in predicting home learning activities in head start families. *Family Relations*, 2002;51:176-184.
91. Jackson A. P, Scheines R. Single mothers' self-efficacy, parenting in the home environment and children development in the two-wave study. *Social Work Research*, 2005;29(1):7-20.

92. Sameroff A. J, Fiese B. H. Transactional regulation. In Shonkoff J. P & Meisels S. J. (eds.) Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000;135-159.
93. Moore M. G. Children born to teenage mothers: analyses of the national longitudinal survey of youth-child supplement and the national survey of children. Child Trends Inc. Washington D; 1995.
94. Knoche L. L, Givens J. E, Sheridan S. M. Risk and protective factors for children of adolescents: maternal depression and parental self of competence. Journal of Child Family Study, 2007;16:684-695.
95. Lee W.S. Encyclopedia of School Psychology. Sage Publication. 2005.
96. Snyder C. R, Lopez S, Handbook of Positive Psychology. Oxford University PressUS. 2002.
97. Yılmaz M, Köseoğlu P. Yabancı Dilde Hazırlanan Bir Öğretmen Özyeterlik Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2004;(27):260-267.
98. Hazır Bıkmaz F. Sınıf Öğretmenlerinin Fen Öğretiminde Özyeterlilik inancı ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Milli Eğitim, 2004; 161.
99. McGowan M. W, Smith L.E, Noria C. V, Culpepper C, Langhinrichsen R. J, Borkowski J. G, Turner L. A. Intervening with at-risk mothers: supporting infant language development. Child Adolescent Social Work Journal, 2008;25:245-254.
100. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Dil Geişimi. Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi. Milli Eğitim Bakanlığı. Ankara; 2007.
101. Baykan Z, Maral I. Ankara İli Gölbaşı İlçesinde 0-60 Aylık Çocuğu Olan Annelerin İshal Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Çocukların Son İki Hafta İçindeki İshal Prevalansı. Klinik Pediatri, 2001;10:125-132.
102. Şanlıer N, Aytakin F. Sıfır- Üç Yaş Grubunda Çocuğu Bulunan Annelerin Beslenme ve İshal Konusunda Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. G.Ü,Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2004;24(3):81-100.
103. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara; Ekim, 2009.
104. Tezcan S. TNSA-2003 Önemli Sonuçları Hizmet Alanları. Ankara; 2004.
105. Çiçek B, Budak B, Şahin H. Kayseri İlinde Ev Kadınlarının Besinlerini Saklama ve Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005;14(1):43-51.

106. World Health Organization (WHO) ve United Nations Children's Fund (UNICEF) Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Water for life: making it happen. Cevova: Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu, 2005.
107. Odabaş Y, Topbaş M, Kazaz S, Sünbül Ş, Çan G. Trabzon Vakfikebir İlçesi Akut Gastroenterit Salgını İncelemesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(4):233-241.
108. World Health Organization (WHO) ve United Nations Children's Fund (UNICEF) Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Meeting on the MDG drinking water and sanitation target: A mid-term assessment of progress. New York: World Health Organization ve United Nations Children's Fund, 2004.
109. Çetinkaya F, Aykut M, Kocagül A, Öztürk Y. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 0-36 Aylık Çocuklarda İshal Morbiditesi ve Annelerin İshal Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, Beslenme ve Diyet Dergisi, 1994;23(1):7-20.
110. Şen Celasin N, Ergin D, Atman Ü. Yüksek Ateş Şikayeti İle Hastaneye Yatırılan 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Tutumları, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008;22(6):315-322.
111. Demir M, Bayat M. Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0- 5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005;14:22-29.
112. Esenay F I, Yiğit R. Annelerin yüksek ateş konusundaki bilgi ve uygulamaları. 2. Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Kongresi Bilimsel Program ve Özet Kitabı, Mersin, 2002;380.
113. Yaramis N, ve ark. 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerin yüksek ateşe ilişkin uygulamaları. 49. Milli Pediatri Kongresi, 5. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 2005;431-432.
114. Harty M, Alant E, Uys C. J. E. Maternal self-efficacy and maternal perception of child language competence in pre-school children with a communication disability. Child:Care, Health and Development, 2006;33(2):144-154.
115. Schunk D. H. Self-Efficacy for Learning and Performance, Paper presented at the Annual Conferance of the American educational Research Association (Newyork), April 8-12, 1996.
116. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1986;389-400.

117. Bandura A. Exercise of personel and collective efficacy in changing socities. A. Bandura (Ed.) Self-efficacy in changing socities, Cambridge: Cambridge University Press. 1995;1-45.
118. <http://www.emory.edu/EDUCATION/MFP/eff.html>. Overview of Social Cognitive Theory and of Self-Efficacy (Erişim tarihi:13.05.2010).
119. Tucker S, Gross D, Fogg L, Delaney K, Lapporte R. The longterm efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2 years old. Research in Nursing Health, 1998;21:199-210.
120. Kūçūker S, Bakkalođlu H.C, Sucuođlu B. Erken Eđitim Programına Katılan Geiřimsel Geriliđi Olan Çocuklar ve Anne-Babalarının Etkileřim Davranıřındaki Deđiřimin İncelenmesi. Özel Eđitim Dergisi, 2001;8(1):61-71.
121. <http://okulweb.meb.gov.tr/35/02/959733/dokuman%20arsivi/annebabaocukiletiimi.pdf>. Anne Baba Çocuk İletişimi. (Erişim tarihi:21.04.2010).

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> İshalli hastalıkların sınıflandırılması.....	7
<b>Tablo 2:</b> Dehidratasyon derecesinin belirlenmesi.....	24
<b>Tablo 3:</b> Alışıl gelmiş ishal tedavisinin uygulanış şekli ve dezavantajları .....	27
<b>Tablo 4:</b> Bir Litre Suda Eritilecek ORS Birleşimi İçindeki Maddeler .....	32
<b>Tablo 5:</b> İki Rotavirüs Aşısının Özellikleri.....	44
<b>Tablo 6:</b> Çocukların demografik özellikleri (n=269).....	55
<b>Tablo 7 :</b> Anne ve babaları tanıtıcı özellikler (n=269).....	56
<b>Tablo 8:</b> Araştırma grubundaki çocuğa ve annenin önceki gebeliklerine ait özellikler (n=269).....	57
<b>Tablo 9:</b> Ailelerin çocuğun beslenme durumu ile ilgili bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları uygulamalar .....	58
<b>Tablo 10:</b> Ailelerin besin saklama ile ilgili bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları Uygulamalar .....	59
<b>Tablo 11:</b> Ailelerin hijyen ile ilgili bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları uygulamalar (n=269).....	60
<b>Tablo 12:</b> Ailelerin çocuğun hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları uygulamalar (n=269).....	61
<b>Tablo 13 :</b> Çocuktaki ishal durumu ve ishali özelliklerine göre dağılımı (n=269).....	62
<b>Tablo 14 :</b> Annelerin ishal olduğunda çocuğuna verdiği besin maddeleri.....	63
<b>Tablo 15 :</b> Ailelerin ishal ile ilgili bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları uygulamalar (n=269).....	64
<b>Tablo 16 :</b> Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun çocuğa ait bazı özelliklerine göre dağılımı .....	65
<b>Tablo 17 :</b> Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun aileye ait bazı özelliklerine göre dağılımı.....	66
<b>Tablo 18 :</b> Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun beslenmeye ait bazı özelliklerine göre dağılımı .....	67
<b>Tablo 19:</b> Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun besin saklama koşullarına ait bazı özelliklerine göre dağılımı.....	68
<b>Tablo 20 :</b> Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun hijyene ait bazı özelliklerine göre dağılımı.....	70

<b>Tablo 21</b> : Çocukların son bir ayda ishal olma durumunun hastalıklara ait bazı özelliklerine göre dağılımı .....	71
<b>Tablo 22</b> : Özyeterlik ölçeğinin madde alt grupları (n=269).....	72
<b>Tablo 23</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların annelerin yaşlarına göre dağılımı (n=269).....	73
<b>Tablo 24</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların annelerin eğitim durumuna göre dağılımı (n=269).....	74
<b>Tablo 25</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların cinsiyetine göre dağılımı (n=269).....	75
<b>Tablo 26</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların yaşlarına göre dağılımı (n=269).....	76
<b>Tablo 27</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların annenin mesleğine göre dağılımı (n=269).....	77
<b>Tablo 28</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı (n=269).....	78
<b>Tablo 29</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların aile tipine göre dağılımı (n=269).....	79
<b>Tablo 30</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların sosyoekonomik duruma göre dağılımı (n=269).....	80
<b>Tablo 31</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların kaybedilen çocuk göre dağılımı (n=269).....	81
<b>Tablo 32</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocuk sayısı göre dağılımı (n=269).....	82
<b>Tablo 33</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların ailedeki nüfusa göre dağılımı (n=269) .....	83
<b>Tablo 34</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların kaçınıcı çocuk olduğu durumuna göre dağılımı (n=269).....	84
<b>Tablo 35</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların son bir ayda ishal olma durumuna göre dağılımı (n=269).....	85
<b>Tablo 36</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların anne sütü alma durumuna göre dağılımı (n=269).....	86
<b>Tablo 37</b> : Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukları beslemeden önce el yıkama alışkanlıklarına göre dağılımı (n=269).....	87

<b>Tablo 38 :</b> Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların ishal olduğunda başkasında ishal olma durumuna göre dağılımı (n=269).....	88
<b>Tablo 39 :</b> Annelerin özyeterlik ölçeğinden aldıkları puanların çocukların daha önce hastalık geçirme durumuna göre dağılımı (n=269).....	89

## ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Kırklareli’nde doğan Ayça Derindere Kuşku, ilk ve orta öğrenimini Kırklareli’nde tamamladı. 2003 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü’nde öğrenimine başladı. 2008 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü’nden ikincilikle mezun oldu. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Araştırma Hastanesi Çocuk Servisine atanana kadar, İstanbul’da özel hastanede yoğun bakım hemşireliği yaptı. 2008 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde Yüksek lisans eğitimine başladı. 2009 yılında Trakya Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Araştırma Hastanesi’ ne kadrolu olarak atıldı. Evli ve halen Trakya Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Araştırma Hastanesi Çocuk Servisinde Hemşire olarak görev yapmaktadır.



## **EKLER LİSTESİ**

**Ek 1 :** Anket formu,

**Ek 2 :** Anne Babalık Görevlerinde Özyeterlik ölçeği(1-3 yaş)

**Ek 3:** Maddelere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve madde bütün istatistikleri (n:269)

**Ek 4:** Etik kurul izni

## Ek:1 Edirne Merkezdeki Hastanelerin Çocuk Servislerinde Gastroenterit Tanısıyla Yatırılan 0-3 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Bilgi Düzeyleri Ve Evde Yaptıkları Uygulamalar

Bu çalışma, Edirne Merkezdeki Hastanelerin Çocuk Servislerine gastroenterit tanısıyla yatırılan 0-3 yaş grubu çocukların annelerinin bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları uygulamaları ortaya çıkarmak üzere planlanmıştır.

Toplanan bilgiler yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır, başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz içten yanıtlar için şimdiden teşekkür ederim.

AYÇA DERİNDERE  
Yüksek lisans Öğrencisi

### 1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Annenin yaşı :.....
2. Yaşadığınız bölge :1( )Şehir 2( )İlçe 3( )Köy/Kasaba
3. Annenin eğitim durumu :1( )Oku-yazar değil 2( )Oku-yazar 3( ) İlkokul  
4( ) Ortaokul 5( ) Lise 6( )Üniversite ve üzeri
4. Annenin mesleği : 1( ) Çalışmıyor/ev hanımı 2( )Memur 3( ) İşçi 4( ) Emekli  
5( ) Serbest meslek 6( ) Diğer (lütfen açıklayınız).....
5. Sosyal güvenceniz : 1( ) yok 2( )Emekli sandığı 3( )Bağkur 4( ) SSK  
5( ) Yeşil Kart 6( )Diğer(lütfen açıklayınız).....
6. Aylık gelir düzeyi : 1( ) çok iyi 2( )İyi 3( ) Orta  
4( ) Kötü 5( )Çok kötü
7. Aile tipiniz :1( ) Çekirdek 2( )Geniş 3( )Parçalı (Anne-Baba Ayrı, Ölü)
8. Babanın eğitim durumu: 1( )Oku-yazar değil 2( )Oku-yazar 3( ) İlkokul  
4( ) Ortaokul 5( ) Lise 6( )Üniversite ve üzeri
9. Babanın mesleği :1( ) Çalışmıyor 2( )Memur 3( ) İşçi 4( ) Emekli  
5( ) Serbest meslek 6( ) Diğer (lütfen açıklayın).....
10. Çocuğa bakan kişi :1( )Anne 2( )Baba 3( )Akraba  
4( )Bakıcı 5( )Diğer (lütfen açıklayınız).....
11. Ailedeki nüfus sayısı: 1( ) 3 2( ) 4 3( ) 5 4( ) 6 ve daha fazla
12. Ailedeki canlı çocuk sayısı: 1( ) 1 2( ) 2 3( ) 3 4( ) 4 ve üzeri
13. Doğumdan sonra kaybedilen (ölen) çocuk var mı? 1( ) Hayır 2( ) Evet
14. Ölen çocuk /çocukların yaşları: 1( )0-6 Aylık 2( )7-24 Aylık  
3( )25-36 Aylık 4( )37 Aylık ve üzeri
15. Ölen çocuk/ çocukların ölüm nedenleri? 1( )İshal 2( )Diğer (lütfen açıklayınız)...
16. Bu çocuk ailenin kaçınıcı çocuğu? 1( ) 1 2( ) 2 3( ) 3 4( ) 4

## 2. AİLENİN GASTROENTERİT İLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUM VE UYGULAMALARI

17. Çocuğunuzun yaşı (Gün, Ay, Yıl).....
18. Cinsiyeti : 1( )Erkek 2( )Kız
19. Çocuğunuzun doğumdaki kilosunu:.....
20. Çocuğunuzun doğumdaki boyu :.....
21. Çocuğunuzun beslenme biçimi için başvurduğunuz kaynaklar nelerdir?  
1( ) Hemşire-Doktor  
2( ) Kitap ve televizyon  
3( ) Komsular, büyükler  
4( ) Eczane  
5( ) Diğer (lütfen açıklayınız).....
22. Çocuğunuzun beslenme şekli nedir?  
1( ) Anne sütü  
2( ) Anne sütü ve mama  
3( ) Anne sütü ve ek gıda  
4( ) Sadece mama  
5( ) Diğer ( lütfen açıklayınız) .....
23. Çocuğunuz anne sütü aldı mı? 1( ) Hayır 2( ) Evet
24. Çocuğunuzun yalnız anne sütü ile beslenme süresi ne kadardır?  
1( ) 0-1 Ay  
2( ) 2-4ay  
3( ) 5-6 Ay  
4( ) 6 Aydan fazla
25. Çocuğunuzun beslenme yöntemi nedir?  
1( ) Biberon  
2( ) Kaşık  
3( ) Meme  
4( ) Diğer (lütfen açıklayınız) .....
26. Besinlerinizi saklamada kullandıkları kap çeşitleriniz nelerdir?  
1( ) Cam  
2( ) Plastik  
3( ) Satın alındığı kutu  
4( ) Teneke  
5( ) Diğer (lütfen açıklayınız) .....

27. Evde besinleri sakladığınız yerler nereleridir?  
1() Saklamıyorum  
2() Mutfak  
3() Buzdolabı  
4() Balkon  
5() Kiler  
6() Diğer (lütfen açıklayın) .....
28. Evde sebzeleri kış için saklama yöntemi olarak ne yapıyorsunuz?  
1() Konserve yapma  
2() Dondurarak saklama  
3() Kurutma  
4() Tuzlama  
5() Saklamayan  
6() Diğer (lütfen açıklayın) .....
29. Çocuğunuzu beslemeden önce ellerinizi yıkar mısınız?  
1() Yıkamam  
2() Ara sıra  
3() Çoğunlukla  
4() Her zaman
30. Çocuğunuza içme suyu nereden ve nasıl verirsiniz?  
1() Musluktan kaynatarak  
2() Musluktan kaynatmadan  
3() Damacanadan  
4() Diğer (lütfen açıklayınız) .....
31. Evde kullanılan su kaynağı olarak ne kullanılıyorsunuz?  
1() Şebekeye bağlı  
2() Kaynak suyu  
3() Hazır su  
4() Grup suyu  
5() Kuyu suyu  
6() Diğer (lütfen açıklayınız) .....
32. Evdeki hela tipi nasıl?  
1() Kanalizasyona bağlı  
2() Foseptik çukur  
3() Diğer (lütfen açıklayınız) .....
33. Helada tuvalet kağıdı kullanıyor musunuz?  
1() Hayır  
2() Evet
34. Heladaki su teminini ne ile karşılıyorsunuz?  
1() Musluk  
2() Bidon veya kova  
3() Diğer (lütfen açıklayınız) .....

35. Helada lavabo var mı?  
1() Yok  
2() Var
36. Heladan önce ellerinizi yıkar mısınız?  
1() Yıkamam  
2() Ara sıra  
3() Çoğunlukla  
4() Her zaman
37. Heladan çıktıktan sonra ellerinizi yıkar mısınız?  
1() Yıkamam  
2() Ara sıra  
3() Çoğunlukla  
4() Her zaman
38. Çocuğunuzun ishal olma durumu nedir?  
1() İlk kez  
2() İkinci kez  
3() Üçüncü kez  
4() Dört ve üzeri
39. Çocuğunuzun son bir ayda ishal olma durumu nedir?  
1() Hiç  
2() Bir kez  
3() İki kez  
4() Üç ve üzeri
40. Çocuğunuzu ishalin kaçınıcı günü hastaneye getirdiniz?  
1() Birinci gün  
2() İkinci gün  
3() Üçüncü gün  
4() Dördüncü gün ve üzeri
41. Çocuğunuz ishal olduğunda başkasında ishal var mıydı?  
1() Diğer çocuğunda/çocuklarında  
2() Aileden birinde  
3() Akrabalardan birinde  
4() Komşusunun çocuğunda  
5() Diğer (lütfen açıklayınız) .....
42. Çocuğunuzun ishal sırasında günde kaç kez dışkılaması oldu?  
1() 3 ten az  
2() 3 kez  
3() 4-5kez  
4() 5ten fazla

43. Çocuğunuzun ishal sırasındaki dışkı miktarı ne kadardı?  
1() Normalden az  
2() Normal  
3() Normalden biraz fazla  
4() Normalden çok fazla
44. Çocuğunuzun ishal sırasındaki dışkının kokusunda farklılık var mıydı?  
1() Hayır  
2() Evet
45. İshalin rengi nasıldı?  
1() Normal  
2() Yeşil  
3() Sarı  
4() Kırmızı/kanlı  
5() Diğer (lütfen açıklayınız) .....
46. Çocuğunuz ishal olunca neler verdiniz?  
.....
47. Sizce ishalde katı yiyecek verme miktarı değiştirilmeli mi?  
1() Hayır  
2() Bilmiyorum  
3() Evet daha az verilmeli  
4() Evet daha fazla verilmeli
48. Sizce ishalde sıvı yiyecek verme miktarı değiştirilmeli mi?  
1() Hayır  
2() Bilmiyorum  
3() Evet daha az verilmeli  
4() Evet daha fazla verilmeli
49. Çocuğunuz ishal iken emzirmeye devam edilmeli mi?  
1() Bilmiyorum  
2() Etmemeli  
3() Etmeli
50. Aşte(ağızdan şeker tuz eriyiği) hakkında bilginiz var mı?  
1() Hayır  
2() Evet
51. Çocuğunuza evde AST(ağızdan sıvı tedavisi) verdiniz mi?  
1() Hayır  
2() Evet
52. Çocuklarda yüksek ateş önemli bir sorun mudur?  
1() Hayır  
2() Evet

53. Çocuğunuzun ateşlendiğini nasıl anlarsınız?  
1() Dokunarak  
2() Genel görünümünden  
3() Termometre İle  
4() Diğer (lütfen açıklayınız) .....
54. Çocuğunuzun ateşi olduğunda yaptığınız uygulamalar nelerdir?  
1() Ateşlenme durumunda çocuğun giysilerini çıkarma.  
2() Antipiretik (Ateş düşürücü) kullanımı.  
3() Antipiretik kullanımından sonra termometre ile ateş kontrolü yapma.  
4() Ilık kompres uygulama.  
5() Diğer (lütfen açıklayınız) .....
55. Çocuğunuz daha önce herhangi bir hastalık geçirdi mi?  
1() Hayır  
2() Evet
56. Çocuğunuzun aşılarını tam zamanında yaptırıyor musunuz?  
1() Hiç yaptırmamış  
2() Yarım kalmış  
3() Tam zamanında
57. İshalli hastalıkların kontrolü programı çerçevesinde, (rotavirüs, kolera, shigella ve tifoya yönelik) aşı programlarını biliyor musunuz?  
1() Hayır  
2() Evet
58. Çocuğunuz normal sağlık kontrollerine götürüyor Musunuz?  
1() Hayır  
2() Evet

## **Ek:2 Anne Babalık Görevlerinde Özyeterlik Ölçeği (1-3 Yaş)**

Olumlu maddeler için: 5: Tamamen Katılıyorum, 4: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 2: Katılmıyorum, 1: Hiç Katılmıyorum

### **DUYGUSAL YETERLİLİK**

- M1. Çocuğum, benim çok sıkıntılı-stresli bir günümde bile, onun duygusal ihtiyaçlarını (sevilme ihtiyacı, ilgi görme ihtiyacı vb) karşılayacağını bilir.
- M2. Çocuğuma güven içinde olduğunu ve ailenin bir bireyi olarak benimsenip- sevildiğini hissettirdiğime inanıyorum.
- M3. Çocuğumun bana ihtiyacı olduğu an, her ne yapıyorsam yapayım kolaylıkla bırakabilirim.
- M4. Çocuğuma her gün karşı karşıya kaldığı korku ve engellerle baş etmesi ve rahatlaması için destek olmak bana zor gelir.\*
- M5. Çocuğumun fiziksel rahatlığını (altının temiz olması, ortamın sıcak olması vb) sağlamak benim için kolaydır.\*
- M6. Çocuğumun sevgiye ihtiyacı olduğunu fark ettiğimde, ne yapıyorsam yapayım seve seve bırakıp, ona sarılıp kucaklarım.\*
- M7. Genellikle çocuğumun duygularındaki değişimi takip edip, anlamaya çalışmak yerine kendi problemlerimle daha çok meşgul olurum.\*

### **DUYARLI TEPKİ VERME, BAKIM-İLGİ, DEĞER VERME**

- M8. Çocuğum kendisini sıkıntılı hissetmeye başladığın an bunu hemen anlayabilirim.
- M9. Çocuğum üzüldüğünde-kırdığında, benim onu anlayabileceğimi bilir.
- M10. Çocuğum onu taparcasına sevdiğimi, benim ona karşı olan davranışlarımdan anlar.
- M11. Çocuğum onu sevdiğimi hisseder.
- M12. Çocuğum olumsuz duygular sergilediğinde (sinirli, huysuz, inatçı davranışlarda bulunduğu) ona karşı anlayışlı ve hoşgörülü olduğumu düşünüyorum.
- M13. Çocuğumun morali bozuk olduğu zaman, sıkıntıya düşerim.
- M14. Çocuğumun duygusal ihtiyaçlarını (sevilme ihtiyacı, ilgi görme ihtiyacı vb) karşılama konusunda anne babalık görevimi tam olarak yerine getiririm.
- M15.Çocuğum bir problemi olduğunda, benim ona yardım etmek isteyeceğimi bilir.

### **KORUMA**

- M16.Çocuğuma, tehlikelerden uzak güvenli bir ortam sağlamak benim için çok zordur.\*
- M17. Çocuğumun sağlığı ile ilgili acil bir durum ortaya çıktığında, doğru davranabileceğim için bu konuda rahatım.
- M18. Çocuğumu, bakması için, ancak tehlikelerden koruyacağından emin olduğum kişiye bırakırım.
- M19. Çocuğumu evde olabilecek kazalardan korumak için gerekli düzenlemeleri yaptım.
- M20. Çocuğumu, asla gözetimsiz- tek başına bırakmamaya çok özen gösteririm.
- M21.Çocuğuma herhangi bir zarar gelmemesi için, onu gözümün önünden ayırmam.
- M22. Çocuğumun yaptığı şeylerin güvenli olup olmadığını belirlemede zorlanırım.\*

### **DİSİPLİN/KISITLAMA YAPMA**

- M23. Çocuğuma disiplin (ceza- ödül vermek) uygulamak anne babalığın diğer görevleri kadar doğal olmuyor.
- M24. Çocuğuma söz geçirmede zorlanıyorum.\*
- M25. Diğer anne babaları çocuklarına sınır koymada (kısıtlama getirmede) kendimden daha başarılı buluyorum.
- M26.Çocuğuma sınır koymak (kısıtlama getirmek) benim için oldukça kolaydır.
- M27.Çocuğum koyduğum kısıtlamalara uymamayı denediğinde (test ettiğinde) aşırı derecede moralim bozulur.\*
- M28. Tehlikeli durumlarda çocuğuma “hayır” demek benim için zordur.\*
- M29. Çocuğuma çevresini aktif (deneyerek-hareketli-etkili) bir biçimde keşfedebilmesi için yeterince özgürlük veririm.

### **OYUN**

- M30. Her zaman çocuğumla oynayabilecek oyunlar bulabilirim.
- M31. Çocuğum için eğlenceli bir oyun arkadaşım.
- M32. Rahatlayıp, gevşeyip sadece çocuğumla oynamak benim için zordur.\*
- M33. Çocuğumun oyununa aktif (hareketli-etkili) olarak katılabilirim.
- M34. Oyun, çocuğumla olan ilişkimin çok az zorlandığım bir kısımdır.
- M35.Çocuğumla birlikte nasıl eğlenebileceğimi öğrenmeye gerçekten ihtiyacım var.\*
- M36. Çocuğumla, oyun oynamak için yeterince zaman ayırdığımı düşünüyorum.



## **ÖĞRETME**

- M37. Çocuğumun, benim ona öğretme çabalarımından dolayı, çok fazla şey öğrendiğine inanıyorum.
- M38. Çocuğumun konuşmasına ve kelimeleri anlamasına yardımcı olmayı başkalarına bırakırım.
- M39. Çocuğuma düzenli bir şekilde oturup kitap okumak ya da onunla birebir etkinlik yapmak (oyunmak, resim yapmak...) benim için zor değildir.
- M40. Çocuğuma çevrede olup bitenleri öğretmede sanırım o kadar da başarılı değilim.
- M41. Çocuğuma bir şeyleri açıklamaya çalışırken, anlayacağı düzeyde bilgi vermekte zorlanırım.\*
- M42. Çocuğumun renkleri, eşya isimlerini vb öğrenmesine yardım etme konusunda, yeterli değilim.\*
- M43. Çocuğum yaşamındaki diğer kişilere oranla benden daha çok şey öğrenir.
- M44. Çocuğumla günlük etkileşimim sırasında; ona çevrede olup bitenlerle ilgili açıklamalar yapmak için kolaylıkla fırsat bulurum.
- M45. Çocuğuma çevresi hakkında daha fazla şey öğrenmesine yardım etmekten hoşlanmama rağmen, bunda kendimi yeterli bulmuyorum\*

## **GÜNLÜK İŞLER/ BAKIM/YAPILANDIRMA**

- M46. Çocuğumun günlük düzenini (uyku, yemek, temizlik düzeni) hem onun hem de benim rahat edebileceğimiz şekilde ayarlayabildim.
- M47. Çocuğumu oldukça rahat ettirecek günlük bir düzen (uyku, yemek, temizlik düzeni) kurabildim.
- M48. Çocuğuma oldukça düzenli zamanlarda, düzenli bir programla yemek yedirmede başarılıyım.
- M49. Çocuğumun uyku alışkanlığı üzerinde hiçbir kontrolüm olmadığını düşünüyorum.\*
- M50. Çocuğumun, düzenli günlük programına (yemek saati, uyku saati gibi) uymasını sağlamada çok iyi değilim.\*
- M51. Çocuğumun iyi bir yeme alışkanlığı kazanmasını denememe rağmen, bunda çok az başarılıyım.\*
- M52. Çocuğum için düzenli uyku öncesi hazırlık alışkanlıkları (diş fırçalama, süt içme, pijamaları giyme) planlamada başarılı değilim.\*
- M53. Çocuğum için oldukça düzenli sabah alışkanlıkları (el-yüz yıkama, giyinme, kahvaltı gibi) planlayabildim.

\*Olumsuz maddeler.

**Ek :3 Maddelere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve madde bütün istatistikleri (n:269)**

	Madde		Madde Silindiğinde				
	Madde Ortalaması	Madde Std.Sapması	Toplam ortalaması	Toplam Std.Sapması	Alfa	Toplam korelasyon katsayısı	R <sup>2</sup>
m1	4,38	0,49	208,26	18,13	0,931	0,893	0,833
m2	4,38	0,49	208,25	18,13	0,931	0,895	0,856
m3	4,38	0,49	208,26	18,13	0,931	0,889	0,916
m4	4,20	0,40	208,43	18,30	0,932	0,657	0,513
m5	1,82	0,85	210,81	19,23	0,942	-0,784	0,799
m6	1,62	0,49	211,01	19,01	0,939	-0,912	0,232
m7	4,20	0,40	208,43	18,30	0,932	0,657	0,513
m8	4,19	0,83	208,44	17,99	0,931	0,681	0,792
m9	4,45	0,50	208,18	18,11	0,931	0,905	0,677
m10	4,45	0,50	208,18	18,11	0,931	0,908	0,473
m11	4,45	0,50	208,18	18,11	0,931	0,908	0,473
m12	4,45	0,50	208,18	18,11	0,931	0,908	0,473
m13	4,45	0,50	208,18	18,11	0,931	0,908	0,473
m14	4,41	0,49	208,23	18,28	0,932	0,567	0,548
m15	4,45	0,50	208,19	18,11	0,931	0,908	0,977
m16	4,13	0,50	208,51	18,29	0,933	0,544	0,622
m17	3,79	1,06	208,84	18,11	0,934	0,411	0,593
m18	4,57	0,50	208,07	18,29	0,933	0,555	0,599
m19	4,53	0,50	208,10	18,28	0,932	0,568	0,612
m20	4,42	0,49	208,22	18,21	0,932	0,712	0,680
m21	4,34	0,48	208,29	18,22	0,932	0,717	0,769
m22	4,14	0,56	208,49	18,32	0,933	0,435	0,534
m23	3,54	1,25	209,10	18,89	0,942	-0,290	0,789
m24	3,91	0,85	208,72	18,14	0,933	0,487	0,593
m25	3,04	1,38	209,59	18,46	0,939	0,041	0,647
m26	3,16	1,33	209,48	18,05	0,935	0,355	0,668
m27	2,99	1,34	209,64	18,31	0,937	0,157	0,806
m28	3,97	0,71	208,67	18,20	0,932	0,509	0,836
m29	4,44	0,54	208,19	18,10	0,931	0,849	0,960
m30	4,36	0,65	208,27	18,01	0,930	0,853	0,860
m31	4,46	0,50	208,17	18,11	0,931	0,906	0,726
m32	4,15	0,44	208,48	18,36	0,933	0,465	0,687
m33	4,28	0,85	208,35	17,95	0,931	0,717	0,848
m34	4,45	0,52	208,19	18,11	0,931	0,876	0,942
m35	4,28	0,46	208,36	18,21	0,932	0,783	0,871
m36	4,25	0,90	208,39	17,90	0,931	0,732	0,960
m37	4,38	0,49	208,26	18,13	0,931	0,903	0,232
m38	2,30	1,24	210,33	18,97	0,942	-0,355	0,877
m39	4,36	0,50	208,27	18,12	0,931	0,882	0,942

m40	1,83	0,38	210,81	18,78	0,937	-0,560	0,844
m41	3,33	1,83	209,30	18,07	0,940	0,226	0,625
m42	4,28	0,45	208,35	18,21	0,932	0,783	0,764
m43	3,84	1,19	208,80	17,72	0,931	0,690	0,905
m44	4,17	0,86	208,46	17,91	0,930	0,747	0,928
m45	4,28	0,45	208,36	18,22	0,932	0,773	0,985
m46	4,38	0,49	208,26	18,13	0,931	0,903	0,232
m47	4,38	0,49	208,26	18,13	0,931	0,903	0,232
m48	4,37	0,49	208,26	18,13	0,931	0,885	0,736
m49	4,28	0,45	208,35	18,21	0,932	0,783	0,837
m50	4,28	0,45	208,35	18,21	0,932	0,783	0,764
m51	4,08	0,82	208,55	18,01	0,931	0,666	0,901
m52	4,28	0,45	208,35	18,21	0,932	0,783	0,764
m53	4,37	0,48	208,26	18,13	0,931	0,901	0,368

T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
YEREL ETİK KURULU Edirne, Türkiye  
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2009 / 159	
	PROTOKOL ADI	T.Ü. Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Servislerine Gastroenterit Tanısıyla Yatırılan 0-3 Yaş Grubu Çocuklara Annelerinin Evde Yaptıkları Uygulamalar, Bilgi ve Özyeterlilik Düzeyleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. İknur DİNDAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	T.Ü.T.F. Yerel Etik Kurulu	
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	Araştırmacıların Kendileri	
	FAZİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	08.06.2009		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12 / 19	Tarih: 25.06.2009
	<p>Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. İknur DİNDAR'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ayça DERİNDERE'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeleri araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, <b>araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyeceği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına</b> mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.</p>	

ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu				
ÜYELER						
Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	Romatoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Deontoloji ve Tıp Tarihi	T.Ü.T.F. Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Avukat Barış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	katılmadı

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENÇİ  
Dekan